

Российское кардиологическое общество
Russian Society of Cardiology

1-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
1st Global Educational Forum

“РОССИЙСКИЕ ДНИ СЕРДЦА”
Russian Cardiovascular Days

4-6 апреля 2013 г., Москва
4-6 April 2013, Moscow

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА
ACCEPTED ABSTRACTS

Российский кардиологический журнал, 2013; 2 (100), приложение 2
Russian Journal of Cardiology, 2013; 2 (100), Suppl. 2



Делает будущее доступным!



Действующее вещество препарата Акорта – розувастатин, позволяющий достигать целевого уровня ХС-ЛПНП у большего числа пациентов уже в стартовой дозе¹



Акорта изготовлена из сверхчистой* субстанции, одобренной для применения FDA с 2007 года; проведен дополнительный контроль наличия стереохимических примесей



Более качественная очистка субстанции повышает эффективность и безопасность лекарственных препаратов



Средняя стоимость терапии Акортой 16 рублей в день**, что делает Акорту доступной большинству российских пациентов

1. Kritharides L. Reducing low-density lipoprotein cholesterol – treating to target and meeting new European goals. Eur Heart J Suppl 2004;6(Suppl A): A12-A18.

* Фактическое содержание суммы примесей не более 0,1%. ** Данные обзора рынка Фармэксперт.

МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНЫХ ЗАСЕДАНИЙ

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ СИСТЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ревиншвили А. Ш.

ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Пациент П., 70 лет, поступил в отделение хирургического лечения тахикардий ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке и в покое, слабость, отеки нижних конечностей.

Из анамнеза известно, что в 1988 году перенес инфаркт миокарда нижней локализации. В 1994 году по результатам коронарографии было выявлено трёхсосудистое поражение и выполнена операция аортокоронарного шунтирования передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), ветви тупого края (ВТК), огибающей ветви. С 2006 года возобновление ангинозных приступов. В июне 2007 года была проведена транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием ПМЖВ, осложнившаяся острым тромбозом стента с развитием инфаркта миокарда передней локализации. Течение заболевания осложнилось митральной недостаточностью 3 степени. В феврале 2008 года было проведено стентирование венозного шунта к ВТК и в сентябре 2008 года выполнена пластика митрального клапана на опорном кольце в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиоплегии.

С 2007 года возникла персистентная фибрилляция предсердий. В октябре 2008 было произведено восстановление синусового ритма наружной кардиоверсией, однако в последующем вновь отмечался пароксизм фибрилляции предсердий с переходом в постоянную форму. На фоне перорального приема антикоагулянтов, при чреспищеводном эхокардиографическом исследовании было выявлено спонтанное контрастирование 4 степени в обоих предсердиях, без формирования тромбов в камерах сердца.

До 2009 года пациент регулярно находился на лечении в стационарах кардиологического профиля с явлениями декомпенсации сердечной недостаточности. Неоднократно выполнялись плевральные пункции, эвакуировалось до 2 литров трансудата. Постоянно получал диуретики, б-блокаторы, антикоагулянты, неоднократно проводились курсы кардиотонической терапии, в том числе и ингибитором фосфодиэстеразы.

Пациент госпитализирован в марте 2011 года для имплантации кардиовертера-дефибриллятора с функцией ресинхронизации.

На электрокардиограмме при поступлении регистрируется фибрилляция предсердий, полная блокада левой ножки пучка Гиса (расширение комплекса QRS до 160 мс).

По данным эхокардиографического исследования до операции КДО ЛЖ составил 189 мл, КСО — 131 мл, ударный объем — 58 мл, фракция выброса левого желудочка — 31%. Регистрировалась митральная регургитация до 2 степени. Время задержки трансортального потока составило 116 мс, время задержки транслегочного потока 67 мс, таким образом, межжелудочковая механическая задержка равнялась 49 мс. Внутривенная механическая задержка измерялась в М-режиме и составила 257 мс.

Процедура имплантации КВД с функцией ресинхронизации

Под комбинированной внутривенной анестезией был выполнен разрез в левой подключичной области. Пунктирована левая подключичная вена, через нее проведены: система доставки ScoutPro 7F (Biotronik, Germany) и дефибрилляционный электрод Linx S 65 (Biotronik, Germany), который установлен в трабекулярную часть ПЖ. Система доставки

установлена в венечный синус (ВС). При помощи баллонного катетера Galeo Hydro ES 014 (Biotronik, Germany) проведено контрастирование ВС с визуализацией анатомии венозного русла сердца (рис. 1). Далее проведен электрод для стимуляции левого желудочка Guidant Easytrak 2 IS-1 (Boston Scientific, USA) и установлен в заднее-боковую вену сердца (рис. 2). В левой подключичной области создано ложе и имплантировано ресинхронизирующее устройство с функцией кардиовертера-дефибриллятора Lumax 340 HF-T (Biotronik, Germany). Предсердный канал заглушен. Рана ушита послойно, наложена асептическая повязка.

До и после операции пациенту проведена многоканальная регистрация ЭКГ в 240 однополюсных отведениях с поверхности грудной клетки с использованием системы картирования при помощи нового ЭКГ-регистратора «Амикард», Россия). Для картирования использовались одноразовые хлор-серебряные электроды, применяемые в системах суточного мониторинга ЭКГ.

Пациенту с уже наложенными поверхностными электродами проводилась спиральная компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием. По данным компьютерной томографии строились реалистичные воксельные и полигональные модели торса и сердца. Далее по данным компьютерной томографии определялись трехмерные координаты центра каждого электрода для поверхностного картирования. На основе этих данных осуществлялась реконструкция потенциалов электрического поля сердца и построение изопотенциальных и изохронных карт на трехмерной модели торса и сердца, а также определялась топографическая анатомия венечного синуса и его ветвей.

По полученным реконструируемым эпикардальным изопотенциальным и изохронным картам на трехмерной модели сердца определялась область наиболее поздней, либо ранней активации с возможностью определения места имплантации левожелудочкового электрода (рис. 3).

В раннем послеоперационном периоде пациент отметил повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение одышки. На электрокардиограмме при бивентрикулярной стимуляции регистрируется уменьшение ширины комплекса QRS до 100 мс. По данным эхокардиографического исследования отмечается увеличение фракции выброса левого желудочка до 50%.

Через 6 месяцев после имплантации пациент перешел из IV во II функциональный класс сердечной недостаточности. За истекший период не было необходимости в госпитализации пациента в стационар кардиологического профиля. По данным эхокардиографического исследования КДО ЛЖ составил 155 мл, КСО — 68 мл, ударный объем — 87 мл, фракция выброса левого желудочка — 56% (рис. № 4). Регистрировалась митральная регургитация до 1 степени. Время задержки трансортального потока составило 35 мс, время задержки транслегочного потока 39 мс, таким образом, межжелудочковая механическая задержка равнялась 4 мс. Внутривенная механическая задержка измерялась в М-режиме и составила 77 мс.

Оптимизация сердечной ресинхронизирующей терапии в настоящее время является одним из наиболее перспективных и актуальных направлений современной медицины, и, в частности, кардиологии и кардиохирургии. Большой интерес к данному направлению обусловлен наличием пациентов, у которых при проведении ресинхронизирующей терапии не наблюдается положительного эффекта, в связи с чем появляется необходимость совершенствования уже существующих методик для повышения качества отбора пациентов и до/интраоперационная диагностика необходимых параметров для оценки показаний и противопоказаний к проведению сердечной ресинхронизирующей терапии, выбор оптимальных параметров как интраоперационно, так и при последующем программировании аппарата. Данный клинический слу-

чай наглядно демонстрирует эффективность и значимость разрабатываемых неинвазивных методов исследования для оценки эффективности сердечной ресинхронизирующей терапии.



Рис. 1. Контрастирование венечного синуса (рентгенограмма сердца в передне-задней проекции). Визуализируется анатомия венечного синуса и впадающих в него вен, края которых обведены пунктирными линиями. (ВС – венечный синус, БВС – большая вена сердца).

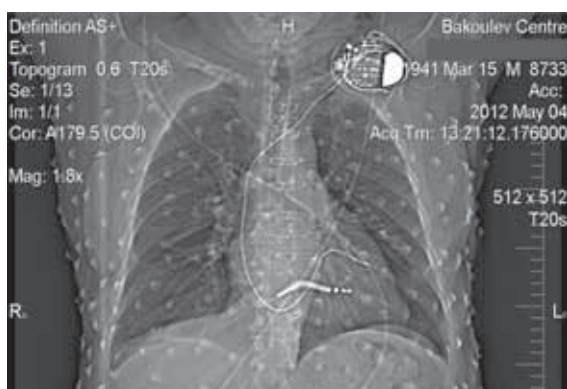


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма пациента в передне-задней проекции (получена при выполнении КТ). Визуализируется имплантированное ресинхронизирующее устройство и электроды в правом желудочке и передне-боковой вене сердца. На поверхности грудной определяются места расположения поверхностных ЭКГ электродов (n=256).

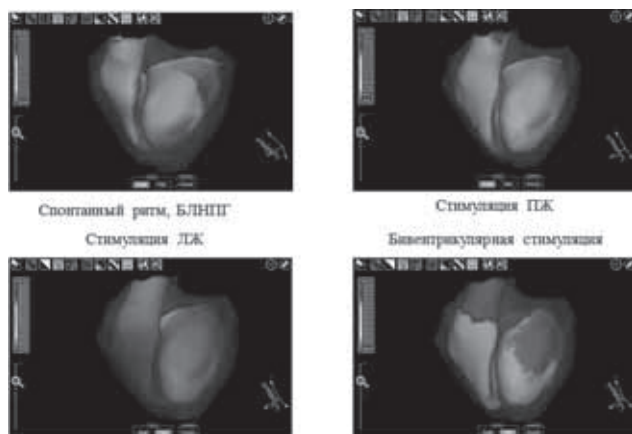


Рис. 3. Результаты поверхностного ЭКГ-картирования сердца, изохронные карты. (А) – во время спонтанного ритма, (Б) – при стимуляции ПЖ, (В) – при стимуляции ЛЖ, (Г) – при бивентрикулярной стимуляции.

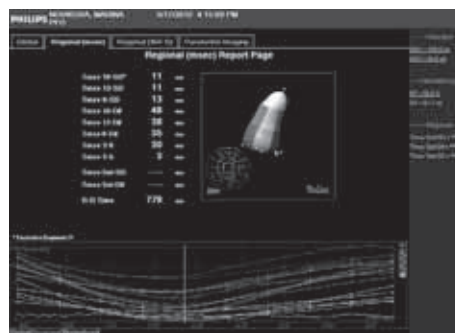


Рис. 4. Трехмерное эхокардиографическое исследование при бивентрикулярной стимуляции. Показано синхронное движение сегментов левого желудочка во время систолы по данным трехмерного эхокардиографического исследования при бивентрикулярной стимуляции, а также увеличение фракции выброса левого желудочка (EF) до 56%.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СЕРДЦА

Синицын В. Е., Мершина Е. А., Архипова И. М.

Центр лучевой диагностики ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

В кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии МСКТ применяется для диагностики болезней сердца, коронарных артерий, аорты и легочных артерий, периферических артерий и вен. Она может быть основным методом диагностики (например, при диагностике расслаивающихся аневризм аорты, тромбоэмболии легочной артерии, для скрининга коронарного атеросклероза), либо служить для уточнения данных других методов (применение в качестве метода диагностики «второй линии»). МСКТ сосудов, выполненная в артериальную фазу, часто называется КТ-ангиографией (КТА).

Показания для КТА сердца и коронарных артерий:

На сегодняшний день можно сформулировать следующие показания к применению МСКТ сердца и коронарных артерий, а также магистральных и периферических сосудов:

1. Проведение неинвазивной коронарографии у пациентов с предполагаемым или сомнительным диагнозом ИБС, когда отсутствуют явные показания к традиционной коронарной ангиографии (КАГ). Выявление неизмененных коронарных артерий при КТ-ангиографии практически исключает вероятность наличия гемодинамически значимых стенозов. При обнаружении значимых коронарных стенозов больные направляют на КАГ для уточнения состояния коронарного русла и выбора метода реваскуляризации.

2. Неинвазивная оценка состояния венозных и артериальных коронарных шунтов, а также коронарных стентов.

3. Неинвазивная диагностика аневризм и врожденных аномалий коронарных артерий

4. КТ-ангиография коронарных артерий может применяться для исключения ИБС у пациентов, которым планируются некоронарные оперативные вмешательства (например, протезирование клапанов сердца, резекция опухоли поджелудочной железы и т. д.).

5. МСКТ сердца и коронарных артерий может выполняться у пациентов с острой болью в грудной клетке с целью уточнения ее генеза, если исключен диагноз инфаркта миокарда (диагностика расслоения аорты, интрамуральных гематом, атеросклеротических язв аорты, тромбоэмболии легочной артерии, пневмоторакса, переломов позвонков и ребер или других видов патологии, приводящих к синдрому острой боли в груди).

6. МСКТ является методом выбора для неотложной диагностики аневризм аорты, расслаивающихся аневризм, коарктаций аорты, тромбоэмболии легочной артерии

7. МСКТ следует, по возможности, выполнять у пациентов с опухолями сердца, подозрением на констриктивный перикардит.

8. МСКТ является одним из лучших методов диагностики тромбов в камерах сердца (при неопределенных данных эхокардиографии).

9. МСКТ применяют при сложных врожденных пороках сердца. В отличие от эхокардиографии, она позволяет лучше оценивать состояние магистральных артерий и вен, трахеи и бронхов.

10. МСКТ используют для оценки состояния легочных вен и особенностей анатомии левого предсердия до и после процедур лечения нарушений ритма с помощью катетерной деструкции, а также для планирования имплантации аортальных стент-графтов и транскатетерной имплантации протезов аортального клапана (TAVI).

11. При необходимости, МСКТ может применяться для уточнения данных эхокардиографии (оценка анатомии и функции камер сердца, состояние клапанов) при любых болезнях сердца.

Абсолютных противопоказаний к проведению КТА не существует. К **относительным** противопоказаниям можно отнести:

- Общее тяжелое состояние пациента (соматическое, психическое), делающим невозможным сохранение им неподвижности во время исследования и задержку дыхания в течение 15–30 с.

- Беременность.

- Избыточный вес пациента, превышающий максимально допустимую нагрузку на стол для данной модели томографа.

- Противопоказания к введению йодсодержащих контрастных средств (аллергия на йод, почечная недостаточность и др.).

- Сплошной кальциноз коронарных артерий или частая экстрасистолия.

В случаях наличия этих **относительных противопоказаний** решение о целесообразности проведения исследования (анализ соотношения риск/польза) врачом, направляющим пациента на исследование и специалистом, проводящим его.

Как правило, специальная подготовка к МСКТ сердца не требуется. Необходим опрос пациента и знакомство с медицинской документацией для уточнения возможных противопоказаний к введению рентгеноконтрастных веществ (аллергия к йоду, нарушения функции почек), воздействию ионизирующего излучения (беременность). Необходимо инструктировать пациента (объяснение необходимости задерживать дыхание и не шевелиться при включении трубки, выполнения команд оператора). При ЧСС более 65/мин для предотвращения появления артефактов на изображениях обычно (при использовании одноконтрастных КТ) показан прием бета-блокаторов (атенолол, метопролол) перорально или (в экстренных ситуациях) — внутривенно для снижения ЧСС. Следует помнить о противопоказаниях к назначению бета-блокаторов.

Для выполнения КТ сердца и коронарных артерий необходим МСКТ с 16 (минимум) и большим числом рядов детекторов. Наиболее распространенными системами для КТ сердца сегодня являются 64-рядные МСКТ. Новые поколения КТ еще более расширяют возможности этого метода. Пространственное разрешение современных МСКТ составляет примерно 0,5–0,6 мм, временное разрешение — 85–185 мс. С помощью КТ-ангиографии достигается хорошая визуализация коронарных артерий (рис. 1).

Данные многочисленных проспективных исследований и мета-анализов показали, что чувствительность и специфичность МСКТ в выявлении гемодинамически значимых коронарных стенозов составляет 86–97% и 90–95%, соответственно. В 2005–2013 гг. были опубликованы данные нескольких исследований по оценке чувствительности и специфичности МСКТ в выявлении гемодинамически значимых стенозов КА. Их результаты совершенно очевидно продемонстрировали существенное снижение процента сегментов коронарных артерий, не поддающихся диагностической интерпретации с увеличением числа спиралей и сокращении времени оборота трубки (при применении 4-спираль-

ных систем трудности в интерпретации тех или иных сегментов коронарного русла встречались в 10–35%, у 64-спиральных систем — в 0–6%). Применение двухтрубных систем и томографов с широкими детекторами дало схожие результаты.

МСКТ используется для оценки проходимости коронарных стентов (рис. 2). Стенты хорошо видны при КТ-ангиографии, однако артефакты от металла могут затруднять визуализацию их внутреннего просвета. Новые модели МСКТ, использующие тонкие срезы и улучшенные алгоритмы реконструкции изображений, позволяют существенно улучшить визуализацию внутреннего просвета стентов. На сегодняшний день МСКТ позволяет достоверно оценивать внутренний просвет стентов калибром от 3 мм. Для надежной визуализации просвета более мелких стентов потребуются новые технические решения в устройстве систем МСКТ.

Помимо диагностики стенотических поражений коронарных артерий КТ-коронарография позволяет выявить врожденные аномалии и аневризмы коронарных артерий. У этих пациентов КТА может полностью заменить коронарную ангиографию.

МСКТ позволяет с высокой точностью оценивать проходимость венозных и артериальных коронарных шунтов (рис. 3). Чувствительности и специфичности МСКТ для оценки проходимости шунтов приближаются к 100%.

Несомненным преимуществом МСКТ является одновременная визуализация всех органов грудной клетки, то есть возможность выявить ряд заболеваний, которые могут сопровождаться болевым синдромом в грудной клетке, но не связаны с заболеванием коронарных артерий (болезни аорты, позвоночника, плевры, легких).

У кардиохирургических пациентов метод дает возможность диагностировать различные послеоперационные осложнения, таких как медиастинит, воспалительные изменения грудины, мягких тканей, ателектазы легких.

Современные системы МСКТ позволяют в каждом случае получать не только наборы данных для реконструкции коронарных артерий, но и серии изображений, позволяющие изучать размеры и объемы камер сердца и толщину миокарда в различные фазы сердечного цикла, рассчитывать массу миокарда, фракцию выброса, ударный объем, параметры локальной сократимости миокарда. Основное показание к применению МСКТ сердца в этих случаях — уточнение данных эхокардиографии (разумеется, если в этом есть необходимость).

С помощью МСКТ можно получать отчетливые изображения клапанов сердца. Важным преимуществом МСКТ является тот факт, что наряду с изображениями коронарных артерий, метод позволяет детально оценивать толщину и плотность миокарда, а также степень контрастирования сердечной мышцы. МСКТ является надежным методом выявления внутрижелудочковых и внутрисердечных тромбов.

У всех пациентов с острым инфарктом миокарда или постинфарктными рубцами МСКТ позволяет видеть область инфаркта как зону сниженной плотности на фоне контрастированного миокарда. В течение постинфарктного ремоделирования можно наблюдать процесс истончения сердечной мышцы в области инфаркта, развития нарушений локальной сократимости, изменения геометрии камер сердца.

Новые системы МСКТ позволяют изучать перфузию миокарда по “первому прохождению” болюса контрастного вещества. Сейчас эта сфера применения МСКТ находится в стадии активной разработки и изучения.

Лучевая нагрузка при МСКТ сердца и коронарных артерий составляет 1–15 мЗв. Новые поколения КТ позволяют выполнять такие исследования с нагрузкой менее 1 мЗв.

Таким образом, в настоящее время у части пациентов МСКТ коронарных артерий может заменить коронарную ангиографию. Этот метод стал широко применяться в кардиологической практике и показания к его применению постоянно расширяются.



Рис.1. Трехмерная реконструкция коронарных артерий. Норма.

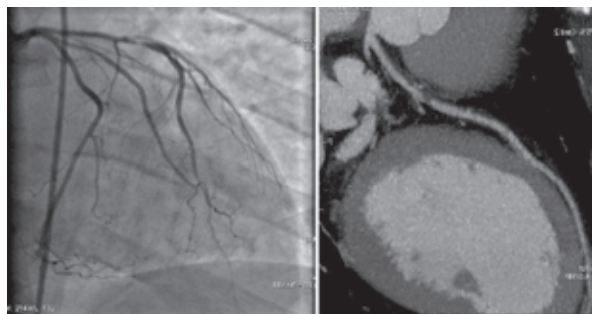


Рис. 2. Стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). Слева — коронарная ангиограмма, справа — КТА, проекция максимальной интенсивности в тонком слое по ходу сосуда.



Рис. 3. КТА аорто-коронарных шунтов и маммарного шунта. Трехмерная реконструкция.

Список рекомендуемой литературы:

1. Сеницын В. Е. МСКТ и ЭЛТ сердца и коронарных артерий. В книге: Национальное руководство “Кардиология” Под ред. Беленкова Ю. Н., Оганова Р. Г., Геотар-Мед, М., 2007.
2. Сеницын В. Е., Устюжанин Д. В. Мультиспиральная компьютерная томография: исследование коронарных артерий. Болезни сердца и сосудов 2006; 1: 20–24.
3. Терновой С. К., Сеницын В. Е., Гагарина Н. В. Неинвазивная диагностика атеросклероза и кальциноза коронарных артерий. Атмосфера, М., 2003.
4. Taylor A. J., Cerqueira M, Hodgson J. M. et al. ACCF/SCCT/ACR/ANA/ASE/ASNC/NASCI/SCAI/SCMR 2010

Appropriate Use Criteria for Cardiac Computed Tomography. J. of Cardiovascular Computed Tomography 2010; 4: 407.e1–407.e33.

5. Vanhoenacker PK, Heijenbroek-Kal MH, Van Heste R, Decramer I, Van Hoe LR, Wijns W, Hunink MG. Diagnostic performance of multidetector CT angiography for assessment of coronary artery disease: meta-analysis. Radiology. 2007;244:419–428.

6. Janne d’Othee B, Siebert U, Cury R, Jadvar H, Dunn EJ, Hoffmann U. A systematic review on diagnostic accuracy of CT-based detection of significant coronary artery disease. Eur J Radiol. 2008;65:449–461.

7. Achenbach S. Cardiac CT: state of the art for the detection of coronary arterial stenosis. J Cardiovasc Comput Tomogr 2007;1:3–20.

Сулимов В.А., директор НОКЦ Аритмологии, д.м.н., профессор

Слайд 1.

СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ VS. СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА

Слайд 4.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ, СВЯЗАННЫХ С
ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ,
ЕВРОПЕЙСКОГО АРИТМОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (EHRA)

Класс EHRA	Клинические проявления
EHRA I	«нет симптомов»
EHRA II	«умеренно выраженные симптомы»: нормальная ежедневная активность сохранена
EHRA III	«выраженные симптомы»: нормальная ежедневная активность снижена
EHRA IV	«инвалидизирующие симптомы»: выполнение нормальной ежедневной активности невозможно

Слайд 2.

Принципы медикаментозной антиаритмической терапии

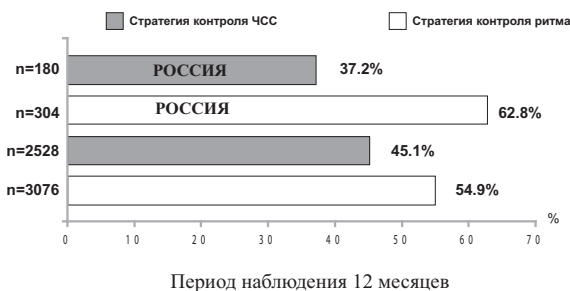
1. Цель лечения – попытка уменьшить клиническую симптоматику, обусловленную ФП.
2. Эффективность антиаритмических препаратов, используемых для сохранения синусового ритма, – умеренная.
3. Клинически эффективные антиаритмические препараты способны скорее уменьшать частоту рецидивов ФП, чем предупреждать ее возникновение.
4. Антиаритмические препараты часто вызывают проаритмические и внесердечные побочные эффекты
5. При выборе антиаритмического препарата следует, в первую очередь, руководствоваться его безопасностью, а не эффективностью !!!

Слайд 5.

ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ВЫБОР ВРАЧАМИ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

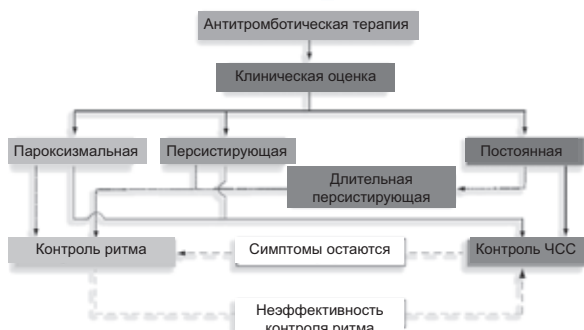
РЕГИСТР Record AF, 2009.

21 страна, 532 случайно выбранных кардиологических клиник.
Включено 5.604 больных с пароксизмальной или персистирующей
ФП (РОССИЯ=484 больных)



Слайд 3.

Выбор первоначальной стратегии контроля ритма и контроля ЧСС



Слайд 6.

СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Слайд 7.**Слайд 10.**

**СРАВНЕНИЕ ДВУХ СТРАТЕГИЙ В ЛЕЧЕНИИ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

PIAF (2000 г.)
Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation

AFFIRM (2002 г.)
Atrial Fibrillation Follow-Up in Rhythm Management

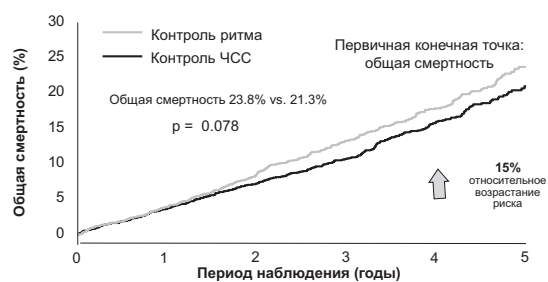
RACE (2002 г.)
Rate Control versus Electrical Cardioversion for persistent atrial fibrillation

STAF (2003)
Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation

HOT CAFÉ (2004)
How to Treat Chronic Atrial Fibrillation

Слайд 8.**Слайд 11.**

**AFFIRM: Антиаритмические препараты не снижают
общую смертность у больных с фибрилляцией
предсердий**

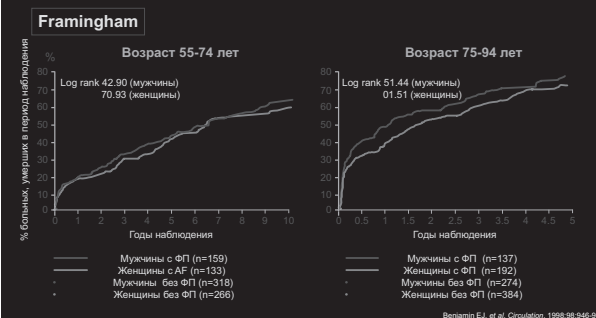


- Мета-анализ (N=5,239; 5 RCTs): OR 0.87, 95% CI 0.74-1.02 (p=0.09)
Для стратегии контроля ЧСС vs. контроля ритма

1. Wyse DG, et al. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33
 2. Testa L, et al. *Eur Heart J* 2005;26:2000-6

Слайд 9.**Слайд 12.**

Фибрилляция предсердий удваивает
риск смерти



Слайд 13.**ПОЧЕМУ СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА НЕ ПОКАЗАЛА ПРЕИМУЩЕСТВ ПЕРЕД СТРАТЕГИЕЙ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ?**

- Серьезные побочные эффекты антиаритмических препаратов нивелируют положительное влияние сохранения синусового ритма на общую и сердечно-сосудистую смертность.
- Серьезные побочные эффекты антиаритмических препаратов:
 - Проаритмическое действие (в т. ч. torsades de pointes)
 - Усугубление хронической сердечной недостаточности
 - Органная токсичность
 - Поражение нервной системы
 - Поражение легких
 - Поражение печени
 - Поражение глаз
 - Поражение щитовидной железы

Увеличение смертности**Слайд 16.****КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ № 2**

- Серьезные побочные эффекты антиаритмических препаратов нивелируют положительное влияние сохранения синусового ритма на общую и сердечно-сосудистую смертность.

Слайд 14.

AFFIRM: в группе контроля синусового ритма достоверно чаще регистрировалось возникновение полиморфной ЖТ типа torsades de pointes и остановки кровообращения вследствие брадиаритмий.

События	Контроль ЧСС (n = 2,027)	Контроль ритма (n = 2,033)	p
Смерть	310 (26%)	356 (27%)	0.08
ЖТ типа "torsades de pointes"	2 (0.2%)	12 (0.8%)	0.007
Устойчивая ЖТ	9 (0.7%)	6 (0.6%)	0.44
Остановка кровообращения вследствие ЖТ/ФЖ	10 (0.7%)	9 (0.5%)	0.83
Остановка кровообращения вследствие брадиаритмий	1 (< 0.1%)	9 (0.6%)	0.01
Первичные внутричерепные кровоизлияния	18 (1.1%)	16 (1.3%)	0.73
Субдуральные или субарахноидальные кровоизлияния	11 (0.8%)	13 (0.8%)	0.68
Большие кровотечения	107 (7.7%)	96 (6.9%)	0.44

AFFIRM investigators. *N Engl J Med.* 2002;347:1825-33.**Слайд 17.****КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ № 3**

- Современные возможности медикаментозной профилактики рецидивов фибрилляции предсердий ритма не являются достаточно безопасными для большинства больных.

Слайд 15.**КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ №1**

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ : КОНТРОЛЬ РИТМА ИЛИ КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ - НЕ ВЛИЯЕТ НА ОБЩУЮ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.

Слайд 18.**КЛЮЧЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ № 4**

- Как только появится эффективный и безопасный антиаритмический препарат, стратегия контроля синусового ритма, несомненно будет иметь преимущества перед стратегией контроля ЧСС

ТЕЗИСЫ ИНОСТРАННЫХ АВТОРОВ

MYOCARDIAL INFARCTION IN A CHILD WITH ADHD ON MEDICATION	ABSTRACT n° 93
---	-----------------------

Authors :

Name	Email	Country
Agarwala Brojendra	bagarwal@peds.bsd.uchicago.edu	United States

Topic : Risk factors**Keywords :** ADHD, Adderall, MI**Comments :****Date of submission :** 2013-01-14

Attention-Deficit hyperactivity Disorder (ADHD) is a psychiatric behavioral disorder that affects children, adolescents and adults. The brain uses various chemicals to help send messages across the nervous system. A balance of these chemical messengers results in the inattentive and hyperactive/impulsive symptoms of ADHD. Only a trained health care provider can accurately diagnose ADHD. At school, the teachers are very aware of this condition. Initially the behavior changes are noticed by teachers who contact parents for further evaluation and management by the physicians. Medications used to treat this condition are many and all of them have cardiovascular side effects. Currently in US these medications are very widely prescribed for this condition by pediatricians and psychiatrists. Prior to prescribing these medications physicians need to be very thorough in taking the patient's history and performing a good physical examination. Also an electrocardiogram is recommended, and if indicated, an echocardiogram should be done for complete evaluation. There have been reports of sudden death in children who had a cardiac problem, heart defects, and cardiac arrhythmias. When suspected, children should be evaluated by a pediatric cardiologist for cardiomyopathy (both dilated and hypertrophied), structural heart defect, any post operative cardiac conditions and also for arrhythmias e.g. premature Ventricular and Atrial contractions, Wolf-Parkinson syndrome, Brugada syndrome, long QTC intervals. Acute myocardial ischemia has been reported only in 4 children in the past. August 2011 issue of Pediatric Cardiology Journal we presented a 15 yr old male recently diagnosed with ADHD presented to the emergency department with one day history of acute left sided chest pain. He describes the pain as constant pressure type 6 out of 10 on the pain scale. No associated symptoms e.g. shortness of breath, diaphoresis or nausea. Four days prior, he had started on Adderall XR, 5 mg daily by a psychiatrist for ADHD. His past medical history is unremarkable. Physically active, no drug or tobacco abuse. The family history is positive for coronary artery disease in a maternal grand father and paternal uncle. Paternal grand father died from arrhythmia at the age of 55. In the emergency room his vital signs were normal. Electrocardiogram showed ST elevation in multiple leads and cardiac enzymes were elevated. Troponin I ranged from 0.65 to 2.25 (normal 0.01-0.1). He underwent a cardiac catheterization, the coronary arteries were normal. It was felt that the chest pain, EKG changes and rising serum Troponin I were due to transient coronary artery spasm from Adderall XR. In the past 4 cases of non-fatal myocardial infarction with Adderall XR in children (7-17 yr old) have been reported. All of the cases involved initial dosing, increased dosing or change from different medication. Some of the patients had underlying cardiac disease. Adderall XR was temporarily was taken off the market in Canada due to an increase cardiac related issues.

CHEST PAIN IN CHILDREN	ABSTRACT n° 127
-------------------------------	------------------------

Authors :

Name	Email	Country
Almawazini Abdulmajid	amawazini@yahoo.com	Saudi Arabia

Topic : Other**Keywords :****Comments :****Date of submission :** 2013-03-02

EXPERIENCE OF KING FAHAD HOSPITAL at ALBAHA This study prepared and in process for publication In SMJ Dr: Abdulmajid Mustafa Almawazini.MD. PhD Consultant pediatric cardiologist. Department of Pediatrics and Neonatology King Fahad Hospital at Albaha Kingdom of Saudi Arabia Mobile: 00966 508294471 E mail: amawazini@yahoo.com Department of Pediatrics and Neonatology King Fahad Hospital at Albaha Kingdom of Saudi Arabia P.O Box 204 Tel: 0096677254000 Fax: 0096677250620 Chest Pain in Children: This is a hospital based, prospective cross sectional study Done in King Fahad Hospital, Southwest, Saudi Arabia This study possessing for publication in Saudi Medical Journal Chest pain is a common complaint in children and adolescents. Chest pain is often perceived as "heart pain" both to children and their parents, and it can cause a lot of emotional and physical upset. However, chest pain in children is very rarely due to a heart problem and most often arises from a less worrisome source. Chest pain with exercise or that associated with fast heart beat, dizziness, or fainting can indicate a cardiac cause. This study will discuss the possible causes of chest pain and concentrates on the cardiac problems. In this study we try to find the answers of common question regarding this complain. 1. What about the kid who dies on the playing field? 2. What are some common causes of chest pain? 3. What are some heart-related causes of chest pain? 4. What are some worrisome symptoms of a heart-related cause of chest pain? 5. What is the usual evaluation that is performed?

ROLE OF TIROFIBAN IN ACUTE ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION IN COMBINATION WITH REDUCED DOSE OF STREPTOKINASE
ABSTRACT n° 122

Authors :

Name	Email	Country
Alradhi Adnan	alrhadiadnan@hotmail.com	Yemen

Topic : Acute coronary syndromes

Keywords : STEMI, Tirofiban (Aggrastat), reperfusion therapy

Comments :
Date of submission : 2013-02-23

AIM: to evaluate the role of Tirofiban (Aggrastat) combined with reduced (half) dose Streptokinase Methods and Results: 40 patients with STEAMI, (20 received full dose of SK, and 20 received 1/2 dose of SK (0.75 million unit I.V. infusion) and a loading followed by 24-hour infusion of tirofiban. Reperfusion success combination therapy was associated with slightly better angiographic epicardial patency than standard thrombolytic monotherapy (55% vs. 45% TIMI-grade 3 respectively), and lower failure rate (30% vs. 20% respectively). Microcirculation combination therapy was found to improve the microcirculation; reflected by earlier pain relief and more rapid and higher degree of recovery of ST-segment elevation. Myocardial Blush was also better with combination therapy (MB III was seen in 6/20 and 4/20 patients respectively), (difference was not statistically significant. This early benefit of combination therapy maintained during the 30-days follow-up with lower hospital readmissions, due either to recurrent ischemia and/or infarction or CHF, with combination therapy than thrombolytic alone (2(10%) patients vs. 6 (30%) respectively). LV Function: – Combination therapy has significantly improved LVEF during early hospitalization and was maintained during one month follow up. Safety Combination of low-dose SK and Tirofiban was found to be safe with only minimal bleeding complications. Limitations: Due to the small number of patients enrolled in the current trial the positive effect of combination therapy on the degree of both TIMI flow and MB grades did not reach statistical significant level, yet its promising impact on LV function, which is clearly significant. Conclusion: These findings support the promising effect of combination reperfusion therapy on myocardial cell reperfusion even in the presence of partial or impaired epicardial patency. Clinical Implication: Institutions that have pharmacologic reperfusion, as their treatment of choice for STEMI, could administer GP IIb-IIIa inhibitor therapy as part of that strategy mainly to high risk patients.

FIRST LINE ANTIHYPERTENSIVE AGENT AND GRAFTS RE-STENOSES OCCURENCE IN HYPERTENSIVE CAD PATIENTS AFTER CABG
ABSTRACT n° 129

Authors :

Name	Email	Country
Dolzhenko Marina	marinadolzhenko@mail.ru	Ukraine
Potashov Sergey	potashovsv@mail.ru	Ukraine
Luchinskaya Yulia		Ukraine
Konoplyanik Larisa		Ukraine

Topic : Coronary Artery Disease

Keywords : coronary arteries disease, CABG, ACE-inhibitors, AT-II antagonists

Comments :
Date of submission : 2013-03-03

Objective of the study was to evaluate possible influence of mean daily doses of 10 mg of ACE inhibitor (Ramipril) and 160 mg of ATII-receptors antagonist (Valsartan) upon grafts re-stenoses occurrence in the patients with CAD combined with concomitant arterial hypertension over one year after CABG surgery.

Design and methods. A consecutive cohort of 140 patients with CAD and stage 2-3 arterial hypertension on merely identical basic medication therapy (antiaggregant, beta-blocker, ACE-inhibitor, statin) and compliance underwent 24-hours ABPM prior to CABG. After surgery 35 patients were switched from ACE-inhibitor to Valsartan due to side-effects (mainly dry cough). ABPM with mean systolic and diastolic pressures and SD, DI and Hidx evaluation over active and passive periods, and EchoCG were repeated one year after surgery. Also, in one year after surgery contrast 64-sliced MSCT of coronary arteries was performed in all patients.

Results. Prior to CABG surgery there was no significant difference between mean values of ABPM indices, as well as EchoCG heart remodeling and hemodynamics indices between studied indices between the studied groups. In one year after CABG significant differences were found at ABPM: patients receiving Valsartan had significantly higher 24-hours mean SBP ($137,7 \pm 5,75$ vs. $132,82 \pm 4,98$, $p=0,0056$) and percentage of time when SBP was above normal values (Hidx) ($33,65 \pm 7,18$ vs. $26,13 \pm 3,76$, $p=0,0003$) without significant difference in standard deviation of BP variability and percent of passive period BP dipping.

Also, patients on Valsartan compared to those on Ramipril had more marked LV hypertrophy according to mean wall thickness ($1,3 \pm 0,19$ vs. $1,09 \pm 0,15$, $p<0,0001$) and LV mass index ($132,75 \pm 41,5$ vs. $155,5 \pm 28,5$, $p=0,0036$) without significant difference in LV EF and pre-load indices, witnessing of better influence of Ramipril on VL remodelling.

Nevertheless, according to contrast coronary arteries MSCT results the was no significant difference between frequency of graft re-stenoses, although patients on Valsartan showed insignificantly lower percentage of re-stenoses (30,0% vs. 33,6%, $p=0,67$). On the other hand, strong correlation was found between occurrence of re-stenoses and mean 24-hours SBP in both groups ($r=0,72$ and $r=0,66$, respectively), while mean BP indices were significantly higher in Valsartan group.

Conclusion. Although Ramipril was superior compared to Valsartan in BP control and LV reverse remodeling after one year after CABG in hypertensive patients with CAD, there was no difference in grafts re-stenoses occurrence between two groups. On one hand this observation needs verification by more numerous observation. On the other – witnesses of comparable benefit of ACE-inhibitors and ATII-receptors antagonists to endothelial function in the patients with CAD under condition of adequate lipid-lowering treatment regardless of BP values and LV remodeling extent.

INFLUENCE OF FIRST LINE ANTIHYPERTENSIVE AGENT UPON AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING INDICES IN CORONARY PATIENTS AFTER CABG SURGERY	ABSTRACT n° 130
---	------------------------

Authors :

Name	Email	Country
Dolzhenko Marina	marinadolzhenko@mail.ru	Ukraine
Potashev Sergey	potashovsv@mail.ru	Ukraine
Luchinskaya Yulia		Ukraine
Konoplyanik Larisa		Ukraine

Topic : Coronary Artery Disease**Keywords :** coronary arteries disease, ambulatory blood pressure monitoring, ACE-inhibitors, AT-II antagonists**Comments :****Date of submission :** 2013-03-03

Objective of the study was to compare antihypertensive efficacy of mean daily doses of 10 mg of ACE inhibitor (Ramipril) and 160 mg of ATII-receptor blocker (Valsartan) in the patients with CAD combined with concomitant arterial hypertension (AH) over one year after CABG surgery.

Design and methods. A cohort of 140 patients with CAD and stage 2-3 AH on merely identical basic medication therapy (antiaggregant, beta-blocker, ACE-inhibitor, statin) and compliance underwent 24-hours ABPM and EchoCG prior to CABG. After surgery 35 patients were switched from ACE-inhibitor to Valsartan due to side-effects (mainly dry cough). ABPM and EchoCG were repeated one year after surgery.

Results. Prior to CABG surgery there was no significant difference between mean values of ABPM and EchoCG indices between the studied groups. In one year after CABG significant differences were found at ABPM: patients on Valsartan had significantly higher 24-hours mean SBP ($137,7 \pm 5,75$ vs. $132,82 \pm 4,98$, $p=0,0056$) and percentage of time when SBP was above normal values (Hidx) ($33,65 \pm 7,18$ vs. $26,13 \pm 3,76$, $p=0,0003$). Mean SBP and Hidx in the patients receiving Valsartan were significantly higher both during active ($139,2 \pm 4,64$ vs. $135,4 \pm 3,75$, $p=0,0033$, and $38,25 \pm 8,2$ vs. $34,84 \pm 7$, $p=0,005$, respectively) and passive ($131,2 \pm 7,3$ vs. $126,8 \pm 4,45$, $p=0,02$, and $33,65 \pm 7,72$ vs. $31,34 \pm 2,78$, $p=0,011$, respectively) periods, while mean DBP was significantly higher only during active period ($79,75 \pm 4,36$ vs. $74,38 \pm 4,28$, $p=0,0006$).

Consecutively, patients on Valsartan compared to those on Ramipril had more marked LV hypertrophy according to mean wall thickness ($1,3 \pm 0,19$ vs. $1,09 \pm 0,15$, $p<0,0001$) and LV mass index ($132,75 \pm 41,5$ vs. $155,5 \pm 28,5$, $p=0,0036$) without significant difference in LV EF and pre-load indices, witnessing of better influence of Ramipril on LV remodelling.

Conclusion. ABPM, being more trustworthy compared to office BP measurement, shows superiority of Ramipril compared to Valsartan as a component of combined medication therapy in BP management in hypertensive patients with CAD after CABG, leading to better LV remodeling markers, which is an interesting field for further studies of mechanisms of the phenomenon.

DIRECT EPICARDIAL SHOCK WAVE THERAPY IMPROVES VENTRICULAR FUNCTION IN A PORCINE MODEL OF ISCHEMIC HEART DISEASE: EVIDENCE FOR INDUCTION OF ANGIOGENESIS AND STIMULATION OF VEGF RECEPTORS	ABSTRACT n° 133
--	------------------------

Authors :

Name	Email	Country
Holfeld Johannes	johannes.holfeld@uki.at	Austria
Zimpfer Daniel		Austria
Kuznetsov Kuznetsov		Austria
Albrecht-Schgoer karin		Austria
Stojadinovic Alexander		USA
Paulus Patrick		Germany
Thomas Anita		Austria
Kirchmair Rudolf		Austria
Aharinejad Seyedhossein		Austria
Grimm Michael		Austria

Topic : Basic Science**Keywords :** myocardial infarction, angiogenesis, shockwave treatment**Comments :****Date of submission :** 2013-03-04

Purpose: Shock waves were shown to induce angiogenesis in ischemic myocardium in rodent models. In the present experiments we aimed to address safety and efficacy of direct epicardial shock wave therapy in a preclinical large animal model and to further evaluate mechanism of action of this novel therapy.

Methods: Four weeks after left anterior descending (LAD) artery ligation in pigs, animals underwent re-thoracotomy with (SW group, $n=6$) or without (CTR, $n=5$) direct epicardial shock waves (CardioGold®, 300 impulses at 0.38 mJ/mm^2) applied to the infarcted anterior wall. Efficacy endpoints were improvement of LVEF and induction of angiogenesis 6 weeks after shock wave therapy. Safety endpoints were hemodynamic stability during treatment and myocardial damage. A receptor tyrosine kinase profiler was performed in human coronary artery endothelial cells to proof receptor activation.

Results: Four weeks after LAD ligation, LVEF decreased in both shock wave ($43 \pm 3\%$, $p < 0.001$) and control ($41 \pm 4\%$, $p = 0.012$) group. LVEF markedly improved in shock wave animals 6 weeks after treatment ($62 \pm 9\%$, $p = 0.006$), no improvement was observed in controls ($41 \pm 4\%$, $p = 0.36$). Quantitative histology revealed significant angiogenesis six weeks after treatment as shown by number of arterioles (CTR 2 ± 0.4 arterioles/high power field vs. SW 9 ± 3 , $p = 0.004$), number of capillaries (CTR 9 ± 4 vs. SWT 53 ± 12 , $p < 0.001$) and number of vital cells (CTR 212 ± 32 vs. SWT 310 ± 48 , $p = 0.003$). No acute or chronic adverse effects were observed. In-vitro experiments revealed a two- and four-fold increase in VEGF receptor 1 and 2 phosphorylation in human coronary artery endothelial cells.

Conclusions: Direct epicardial shock wave treatment in a large animal model of ischemic heart failure exerted positive effect on LVEF improvement and did not show any adverse effects. Angiogenesis was induced by stimulation of VEGF receptors. It may serve in future as an adjunct to CABG surgery.

MITOCHONDRIA AS SENSITIVE INDICATOR AND EARLY PREDICTOR OF THE EFFICIENCY OF CARDIAC SHOCK WAVE THERAPY

ABSTRACT n° 128

Authors :

Name	Email	Country
Kuznetsov Andrey	andrey.kuznetsov@uki.at	Austria
Tepek yl Can		Austria
Grimm Michael		Austria
Holfeld Johannes		Austria

Topic : Basic Science

Keywords : Cardiomyocytes; Mitochondria; Ischemia-reperfusion; Shock Wave Therapy

Comments :

Date of submission : 2013-03-02

Mitochondria as sensitive indicator and early predictor of the efficiency of Cardiac Shock Wave Therapy Kuznetsov AV, Tepek yl C, Grimm M, Holfeld J. Department of Cardiac Surgery, Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria. In the heart, mitochondrial alterations play a major role in cell injury, including ischemia-reperfusion (IR), heart failure, oxidative stress, etc [1-2]. Severe impairment of mitochondrial oxidative phosphorylation during IR dramatically decreases cardiac energy status (ATP and phosphocreatine) leading to cellular energy stress. Cardiac IR is associated with specific damage to mitochondria [3-4]. This was confirmed also in vitro studies in cultured cardiac cells showing severe changes in energy metabolism and mitochondria under conditions of hypoxia or simulated ischemia. Also, function of mitochondrial creatine kinase (CKmit) in the heart can be used as sensitive biomarker for evaluation of the efficiency of cardiac repair, regeneration, remodeling. In various pathologies like cardiomyopathy, heart failure, ischemia-reperfusion injury, CKmit functional coupling correlates well with the parameters of cardiac function, such as left ventricular ejection fraction and end-diastolic pressure. Multiple mitochondrial damage thus is considered as determining factor causing loss of cardiomyocytes function and viability through apoptosis and necrosis. Based on these findings, an assessment of mitochondrial properties and function can be suggested for the evaluation of organ recovery and efficiency of various therapies of the heart, including post-ischemic Shock Wave Therapy (SWT). Models/Methods: Cardiac tissue; Permeabilized myocardial fibers (from left ventricle); Cell cultures; simulated ischemia-reperfusion; HL-1 and H9c2 cardiomyocytes. In vitro and in situ methods: Fluorescent confocal in vivo imaging [4]; High-resolution respirometry of myocardial fibers and cardiac cells [2]; FACS analysis; Luminescent determination of cellular ATP levels. To better understand the mechanisms of SWT, various IR models are frequently used. In our studies, the correlation of cardiac performance and mitochondrial function in animal IR models [3] indicates the potential of mitochondrial analysis for quantitative assessment of the recovery of myocardial energy metabolism and organ function upon SWT. Also, in vitro models using cardiomyocytes we show that after IR cell viability correlates with the loss of mitochondrial respiratory capacity, membrane potential and cellular ATP. SWT significantly improves mitochondrial function in H9c2 cardiomyocytes upon IR. Therefore, detailed mitochondrial analysis can offer a sensitive tool to evaluate efficiency of SWT and tissue regeneration. Furthermore, mitochondria are major source for ROS, which in turn may directly or indirectly stimulate angiogenesis. Mitochondrially generated ROS thus can be considered as potential targets for promoting myocardial angiogenesis in cardiac SWT. Summarizing, the advances of modern approaches in mitochondrial research and applications of these methods to recently established experimental in vivo and in vitro models can provide sensitive estimation of SWT efficiency, as well as new insights into Shock Wave associated mechanisms. 1. Kuznetsov AV, et al. (2008) Mol Cell Biol 28, 2304-2313. 2. Kuznetsov AV, et al. (2008) Nature Prot, 3, 965 – 976. 3. Kuznetsov AV, et al. (2004) Am J Physiol, 286, H1633-H1641. 4. Kuznetsov AV, et al. (2004) Transplantation 77, 754-756.

MAJOR BLEEDING AS A MORBIDITY & MORTALITY PROGNOSTIC MARKER IN ACUTE CORONARY SYNDROMES**ABSTRACT n° 116**

Authors :

Name	Email	Country
Omar Usama	usama_omar2003@yahoo.com	Egypt

Topic : Acute coronary syndromes
Keywords : CI = confidence interval, HR = hazard ratio, MI = myocardial infarction, OR = odds ratio PCI= percutaneous coronary intervention ,ACS= acute coronary syndromes.
Comments : In routine clinical practice, major bleeding is a frequent non-cardiac complication of contemporary therapy for ACS, and it is associated with a poor prognosis. Simple baseline clinical characteristics identify patients at increased risk of major bleeding.
Date of submission : 2013-02-19

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence and significance predictors of major bleeding and the impact of major bleeding on outcomes, including mortality, in acute coronary syndromes (ACS). Background: Hemorrhagic complications have been strongly linked with subsequent mortality in patients with ACS. Methods: Patients (n _ 200) with ACS, factors associated with major bleeding were identified using logistic regression analysis. Results: The incidence of major bleeding was 2.5% in patients with ACS. Advanced age, Enoxaparine use, interventional coronary angiography and renal insufficiency were independently associated with a higher risk of bleeding .The association remained after adjustment for hospital therapies and performance of invasive procedures. Conclusions: Major bleeding is a powerful independent predictor of in-hospital mortality in patients with ACS either managed invasively or not.

CARDIAC SINGLE CELL STUDIES: COMPUTATIONAL AND MODELING INSIGHTS INTO ARRHYTHMIC RISK BIOMARKERS**ABSTRACT n° 121**

Authors :

Name	Email	Country
Sher Anna	anna.sher@dpag.ox.ac.uk	UK
Gavaghan David		UK
Noble Denis		UK

Topic : Other
Keywords : cardiac modeling, single cells, arrhythmic biomarkers
Comments :
Date of submission : 2013-02-23

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in developed countries. Identifying key cellular processes involved in generation of the electrical signal and in regulation of signal transduction pathways is essential for unraveling the underlying mechanisms of heart rhythm behaviour. Computational cardiac models provide important insights into cardiovascular function and disease. The field of cardiac modeling started in 1950s and has evolved from single cell models to 2D tissue and 3D whole-heart models. Currently, advanced three-dimensional MRI and other imaging is widely used to build computational models of the heart, which are used to support cardiac surgeries, eg. ablations in the case of atrial fibrillation, as well as to develop anti-arrhythmic therapeutic pharmacological agents. Herein we review the state of the art and present our latest results in the assessment of arrhythmic risk biomarkers using cardiac ionic models. The mechanical action of the heart is closely interlinked with its electrical activity. Specifically, electrical excitation and contraction are coupled by intracellular calcium dynamics. Irregular calcium dynamics in ventricular myocytes may thus alter the contraction of the heart and also its electrical behaviour, leading to ventricular fibrillation, and possibly to sudden death. Using computational simulations to identify the key mechanisms involved in calcium dynamics regulation on a beat-to-beat basis is thus important for understanding regular and irregular heart function and determining arrhythmic risk biomarkers. Today, sensitivity analysis presents a key tool for exploring large parameter spaces typical of computational models to determine the key factors controlling the underlying physiological processes. Our work involves a systematic investigation into the sensitivity of various preclinical cellular biomarkers of arrhythmic risk to changes in ionic current conductances and kinetics using local and global sensitivity analysis. In such biomarkers as action potential duration (APD), and maximal Ca_i and Na_i concentrations, we find no significant changes in the overall order of the parameters' significance between local and global sensitivity studies. Yet, in the case of maximum S1-S2 slope marker, which integrates the information across a spectrum of frequencies of electrical stimuli, we find significant changes in the order of parameters as compared to the previously used methods for studying the sensitivity of cellular biomarkers. In accordance with experimental data, the simulation results show that variation in conductances and kinetics of other channels do not affect the significance of ICa_L 's contribution. Applying global sensitivity analysis method to the latest human ventricular myocyte models, we investigate the contribution of transmembrane currents to the shape of the action potential, calcium transients, etc. The highly nonlinear nature of ionic models and their inherent differences are evident via the resulting profiles of the ionic current as well as intracellular ionic balances. Such profiling is a useful assessment tool for characterizing the structure of ionic models. Our work demonstrates the critical role of global (vs local) sensitivity analysis in understanding the role of ionic current variability in modulating the cellular electrophysiological properties of ventricular myocytes as well as in assessing the cardiac single cell arrhythmic risk biomarkers.

SURGICAL VASCULAR ACCESS VS. PERCUTANEOUS VASCULAR SURGICAL SYSTEM DURING TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION (TAVI) AT THE MAGDEBURG UNIVERSITY HOSPITAL
ABSTRACT n° 95

Authors :

Name	Email	Country
Udelnow Andrej	andrej.udelnov@med.ovgu.de	Germany
Halloul Zuhir	zuhir.halloul@med.ovgu.de	Germany
Herold Joerg	joerg.herold@med.ovgu.de	Germany
Breyer Christin	christin.breyer@med.ovgu.de	Germany
Praast Christian	christian.praast@med.ovgu.de	Germany
Schmeisser Alexander	alexander.schmeisser@med.ovgu.de	Germany
Braun-Dullaues Ruediger	ruediger.braun-dullaues@ med.ovgu.de	Germany

Topic : Interventional cardiology

Keywords : TAVI, valvular heart disease

Comments :
Date of submission : 2013-01-21

In older patients with symptomatic aortic valve stenosis, when surgical valve implantation would be too risky, a Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) is used as a new therapeutic alternative. TAVI is regularly performed at the Magdeburg University Hospital since 2012 in multimorbid and inoperable patients. Sixty six consecutive patients were included into a retrospective survey from March 2010 until May 2012. We compared the clinical outcome and postinterventional complication rate of surgical vascular (femoral or subclavian) access with a percutaneous vascular surgical system. A Medtronic biological aortic valve (CoreValve) was implanted in all patients. During the echocardiographic follow-up (after 3,6 and 12 months) ejection fraction, aortic valve insufficiency, valve position and function were documented. The mean patient age was 80 years (60 – 93). Vascular access was gained via the left subclavian or common femoral arteries (N=10 and 56 respectively). Twenty eight patient received the Prostar XL percutaneous vascular surgical system for postintervention vascular closure. An open-surgical vascular preparation was done by the vascular surgeon before the intervention and the vessel primarily closed by a runnig suture after intervention in 38 patients. A relevant decrease of hemoglobine by more than 2 mmol/l (??) or erythrocyte transfusions were observed after intervention in 18 patients (27%). The open-surgical vascular access was associated with a lower bleeding rate (18 vs 39 %). The left subclavian access was also associated with fewer bleeding events when compared to the femoral access (20 vs 30 %). Specific postinterventional vascular complications (pseudoaneurysma, av-shunt, stenosis, rupture) occurred significantly more frequently after femoral vs subclavian access (13% major and 17% minor complications vs. 0 and 0% respectively). Vascular complications were further divided into major (18%) and minor (11%) events, whereby the minor events were evenly distributed over open-surgical and percutaneous access. In contrast, the frequency of major events were by 42% lower in the open-surgical cohort. The postinterventional paravalvular aortic insufficiency persisted in 24 of 35 cases after 6 months and after 12 months in 20 of 30 cases. Conclusions: The open-surgical vascular access is associated with lower bleeding and postinterventional complication rates compared to percutaneous access. Therefore the interdisciplinary open-surgical plus cardiologic-interventional approach should be preferred to the non-surgical percutaneous access.

CONNECTION BETWEEN THE INDICATORS OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF LEFT HEART WITH THE LEVEL OF NT-PRO-BNP, CIRCULATING IN PLASMA AND THE INDICATORS OF AMBULATORY MONITORING OF BLOOD PRESSURE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION
ABSTRACT n° 131

Authors :

Name	Email	Country
Vayda Lylia	lilya_job@ukr.net	Ukraine
Lozynska Natalia		Ukraine

Topic : Hypertension

Keywords :
Comments :
Date of submission : 2013-03-03

Level of NT-pro-BNP in plasma of patients with AH is a marker of diastolic dysfunction, and LVH reflects asymptomatic heart disease. However, the connection of particular AMBP with severity and character of LV remodeling, level of NT-pro-BNP, circulating in plasma, is studied insufficiently.

Objective of the work was to learn the interrelation between structural and functional condition of left heart, concentration of NT-pro-BNP, circulating in plasma and the indicators of AMPB of patients with AH.

Methods. 163 patients were examined – 99 male (60,73%) and 64 female (39,26%), aged 35-70 years (55 years mean). We included patients with AH of II-III stages, 1-3 rates of BP increase, risk II-IV with preserved LV EF and no evidence for secondary AH. All patients underwent EchoCG and AMBP. The terminal fragment of NT-pro-BNP was determined by the immunosorbent assay. Series of obtained values were divided into terciles, forming 3 groups by the values of average daily BP indices (SBP, DBP, PBP).

Results: average daily SBP > 165 mm Hg, DBP > 98 mm Hg and PBP > 69 mm Hg corresponded to higher LVMMI values, longer period of LV IVRT, significantly greater concentration of NT-pro-BNP in plasma. It is confirmed by significant ($p < 0,05$) correlation between each of above mentioned AMBP parameters and LVMMI, IVRT, NT-pro-BNP values. No dependence and correlation between average daily levels of SBP, DBP, PBP and LVEF, values of left heart cavities, transmitral Doppler indices was found.

All patients with AH in all three terciles-groups had three times higher from upper normal limit NT-pro-BP plasma concentration (the highest – in the third group) and depended on the average level of SBP, DBP and PBP in the patients from the third group unlike first group. Significant correlation between NT-pro-BP and office DBP, average daily levels of SBP, DBP, PBP, TI SBP, TI DBP, AI SBP, AI DBP (all $p < 0,05$). These results indicate that higher LVMMI corresponds to higher NT-pro-BP plasma concentration (it is possible that the reason of this is the increase of LV after-load). According to AMBP data, there were 88 dippers, 53 non-dippers, 13 overdippers and 9 night-peakers. However, the analysis of the indicators of structural and functional condition of left heart, showed no interdependence between ABPM results and myocardial function indices.

Conclusions. The higher are average daily levels of SBP, DBP, PBP, the more is the maximum speed of early diastolic filling into atrial systole (A), however, significant difference was found between the groups 1-3 and 1-2 of patients depending on the daily average PBP. Interrelation of transmitral flow peak (E/A) and the time of slowdown of LV early diastolic filling (DT) in patients with AH didn't depend on average daily indicators of SBP, DBP, PBP. Higher concentrations of NT-pro-BNP in plasma correspond to higher levels of LVMMI.

CLINICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION OF DIFFERENT STAGES OF CARDIOVASCULAR RISK

ABSTRACT n° 132

Authors :

Name	Email	Country
Vayda Lylia Lozynska Natalia	lilya_job@ukr.net	Ukraine Ukraine

Topic : Hypertension**Keywords :** arterial hypertension, cardiovascular risk, demographics**Comments :****Date of submission :** 2013-03-03

Objective of the study was to comparatively evaluate patients with AH of cardiovascular risk (CVR) II-III and IV by clinical and demographic indicators. Methods: We examined 163 patients (99 men (60,73%) and 64 women (39,26%) aged 35- 70 years (55 years mean). We included patients with AH stage II-III, grade I-III and CVR II-IV without evidence for secondary AH with preserved LV EF and without CHF symptoms. AH diagnosis was established by the level of BP increase, presence of target organs damage according to WHO/MOH classification (2007). All patients underwent general clinical examination and antropometry (height, weight, BSA, BMI). Lipidogram was performed. Results. Clinical and demographic characteristics of examined patients showed, that obesity was dominating in the patients of both groups (intergroup difference was insignificant), however, patients with AH of the risk group IV had significantly higher BMI and more expressed LV hypertrophy compared to patients of the risk group II-III. There were smoking patients in both groups (more often in the risk group IV, but without significant difference in occurrence). Dyslipidemia in the patients of the risk group IV compared to lower risk patients was significantly more expressed. Type II diabetes, CAD, myocardial infarction and ischemic stroke were diagnosed in patients of very high additional risk of CVR also significantly more often. Conclusion. Our study demonstrated that among AH out-patients of Western Ukraine population (Lvov region) patients with very high additional CVR dominate, constituting 73,0% of the studied pool. AH patients are characterized by high smoking occurrence (23,31%), dyslipidemia (58,29%), obesity (58,29%), and concomitant type II diabetes mellitus (14,11%). Compared to patients of CVR group II-III, patients in CVR group IV have significantly more CVR, such as smoking (26,05%), dyslipidemia (63,03%), obesity (62,18%), and type II DM (19,33%).

*Доктор мед. Сукмарова Зульфия Шарите**Профессор, Доктор мед. Инго Фитце*

На сегодняшнем этапе развития медицины необходимость интердисциплинарного подхода в лечении пациентов не вызывает сомнений. Особенно это актуально в таких областях, как медицина сна, которая занимается пациентами с кардиологическими, пульмонологическими, неврологическими, психиатрическими и многими другими диагнозами. Однако отсутствие времени и навыков у специализированного персонала интернистских отделений с одной стороны, и признание в плане диагностики и терапии только заключений сертифицированных лабораторий сна- с другой, ограничивает широкое проникновение сомнологии в рутинную практику клиник. Мы хотим поделиться опытом первых шагов интердисциплинарного центра медицины сна клиники Шарите в направлении использования интернет технологий для консультативной и научной деятельности при сотрудничестве с реабилитационными центрами и центром сердечно-сосудистой хирургии г. Берлин.

001 ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ*Авилова М. В., Космачева Е. Д.*

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: изучить в сравнительном аспекте изменение когнитивных функций на фоне каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) и стентирования сонных артерий (КАС) у больных с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Материал и методы: в исследование включались пациенты госпитальной популяции Центра грудной хирургии г. Краснодара, у которых имелось сочетанное поражение коронарных артерий и экстракраниальных отделов внутренних сонных артерий, требующее оперативной коррекции ($n = 98$) в интервале с 2008 по 2011 гг. Больные были разделены на две группы в зависимости от метода хирургического лечения стенозов сонных артерий: больным 1 группы ($n=50$) выполнялось КАС, больным 2 группы ($n=34$) — КЭАЭ. Группы не имели статистически значимых различий по основным факторам риска развития атеросклероза: возрасту, половому составу, распространенности артериальной гипертензии, сахарного диабета, курения, уровня общего холестерина. Несколько более тяжелым был контингент больных, подвергшихся стентированию: стенокардия напряжения III и IV функциональных классов среди них встречалась чаще (52,0% и 16,0%), чем в группе эндартерэктомии (41,7% и 8,3%). Однако эти различия не достигали статистически значимого уровня. Распространенность III и IV функционального класса ХСН в 1 и 2 группах была сопоставимой (32,0% и 20,8%). Инсульт и ТИА в анамнезе зарегистрированы у 52,0% больных в группе КАС и 43,75% в группе КЭАЭ, что также не имело значимых отличий.

Объективизацию и количественную оценку нарушений когнитивной функции проводили с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE); “батареи лобных тестов” (FAB). Симптомными считали стенозы в бассейне сонной артерии, не сопровождающиеся стойкой или преходящей неврологической симптоматикой в течение последних 6 мес.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0 for Windows. Для выявления различий между группами использовали параметрический критерий Стьюдента для независимых выборок при условии нормального распределения значений переменных, иначе — непараметрический критерий Манна-Уитни. Для сравнения долей применяли критерий хи-квадрат, а при наличии хотя бы одного ожидаемого значения в таблице сопряженности 2×2 менее 5 — точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В когнитивном статусе в обеих группах у симптомных и асимптомных пациентов при обследовании через интервал времени от 1 до 2 месяцев (в среднем 1,8) после операции КАС и КЭАЭ отмечалось статистически значимое улучшение результатов тестов на внимание и счет, оценки кратковременной памяти по шкале MMSE и тестов, указывающих на изменение концептуализации, беглости речи, динамического праксиса по шкале FAB.

Выводы. После хирургической коррекции как симптомных, так и асимптомных стенозов внутренней сонной артерии независимо от характера вмешательства, отмечалось уменьшение выраженности когнитивной дисфункции, о чем свидетельствует улучшение результатов выполнения тестов на память, сосредоточение (концентрация) внимания, праксис, гнозис и речь.

002 ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ*Авчухова Л. С., Саламатина Л. В., Урванцева И. А., Руденко А. В.*

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры “Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”, Сургут, Россия

Цель: анализ частоты встречаемости модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование включено 60 амбулаторных пациентов (23 мужчин и 37 женщин), обратившихся к кардиологу по направлению участковых терапевтов. У всех пациентов ранее диагностирована АГ и они находились под наблюдением участковых терапевтов. Средний возраст пациентов составил 55 лет (мужчины $55,6 \pm 9,9$ лет, женщины $54,5 \pm 7,8$ лет).

Результаты. Анализ показал, что частота ожирения у пациентов с АГ ($\text{ИМТ} > 29,9 \text{ кг/м}^2$) составила 43,3%, причем среди мужчин встречается чаще (60,9%), чем у женщин (32,4%). Наличие абдоминального ожирения имеет еще большую распространенность: для мужчин (объем талии $> 94 \text{ см}$) — 82,6%, для женщин (объем талии $> 80 \text{ см}$) — 91,9%. Частота курения среди мужчин оказалась высокой — 69,6%, а среди женщин она значительно ниже — 2,7%. Повышенный уровень сахара крови имели 23,3% пациентов (26% мужчин и 21,6% женщин). Частота гиперхолестеринемии составила 78,3% (среди мужчин 73,9%, среди женщин 81%). Повышенный уровень ЛПНП имели 50,0% пациентов (52,2% мужчин, 48,6% женщин). Гипертриглицеридемия была у 43,3% больных (у 52,2% мужчин и 37,8% женщин). Повышенные цифры АД на приеме имели 78,3% пациентов (69,6% мужчин и 83,8% женщин).

Выводы. У пациентов с артериальной гипертензией, находящихся под наблюдением участковых терапевтов частота модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений колеблется от 30% до 90%, что требует интенсификации профилактической работы и повышения у пациентов мотивации к лечению.

003 ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО И СМЕШАННОГО ТИПА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ*Агафонова Т. Ю., Хомаева Я. Б., Головской Б. В., Батафонова А. А.*

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрав России, Пермь, Россия

Цель: изучение жесткости сосудов эластического и смешанного типа у практически здоровых лиц с разным уровнем артериального давления.

Материал и методы. Обследованы 155 практически здоровых лиц (из них 54 мужчин). Критерии включения в исследование: возраст от 20 до 50 лет (средний возраст у мужчин $34,0 \pm 2,0$, у женщин $33,8 \pm 1,0$ лет), отсутствие острых и обострений хронических заболеваний на момент исследования. Обследуемым проведен общий врачебный осмотр и исследование линейной скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического типа (на участке аорта-бедренная артерия) и смешанного типа (по плечевой артерии) с использованием пневмодатчика. Исследование проводили в покое (в положении лежа), при проведении ортопробы (СРПВ записывалась на 1-й мин. ортостаза), пробы с реактивной гиперемией (СРПВ регистрировалась на 2-мин. после окклюзии нижней трети бедренной артерии), пробы с нитроглицерином (СРПВ регистрировалась на 5-мин. после приема 5 мг нитроглицерина сублингвально). По показателям артериального давления (АД) выделены группы лиц с нормальным и высоким нормальным уровнями АД. Данные представлены в виде средних значений со среднеквадратичными ошибками.

Результаты. При изучении СРПВ по сосудам эластического типа (на участке аорта-бедренная артерия) нами получены следующие значения. У лиц с нормальным уровнем АД СРПВ в покое составила $5,0 \pm 0,5 \text{ м/с}^2$, в пробе с реактивной гиперемией $4,7 \pm 0,5 \text{ м/с}^2$, в ортопробе $5,3 \pm 0,5 \text{ м/с}^2$, в пробе

с нитроглицерином $4,8 \pm 0,5$ м/с². У лиц с высоким нормальным АД указанные значения составили соответственно $5,5 \pm 0,6$ м/с², $5,4 \pm 0,7$ м/с², $6,0 \pm 0,6$ м/с², $5,2 \pm 0,7$ м/с². Показатели СРПВ в покое и при проведении всех указанных проб у лиц с высоким нормальным АД превышают соответствующие показатели у лиц с нормальным уровнем АД. При изучении СРПВ по сосудам смешанного типа (артерии голени) нами получены следующие значения ($p=0,005-0,001$). У лиц с нормальным уровнем АД СРПВ в покое составила $11,7 \pm 5,2$ м/с², в пробе с реактивной гиперемией $10,5 \pm 3,1$ м/с², в ортопробе $18,6 \pm 19,5$ м/с², в пробе с нитроглицерином $11,9 \pm 5,4$ м/с². У лиц с высоким нормальным АД указанные значения составили соответственно $9,5 \pm 4,8$ м/с², $15,6 \pm 7,7$ м/с², $12,0 \pm 3,6$ м/с², $10,1 \pm 2,8$ м/с². Показатели СРПВ при проведении пробы с реактивной гиперемией у лиц с высоким нормальным АД превышают соответствующие показатели у лиц с нормальным уровнем АД ($p=0,005$).

Выводы. У практически здоровых лиц с высоким нормальным АД более жесткая стенка артерий эластического типа по сравнению с лицами с нормальным уровнем АД, нарушена их вазотоническая реакция и эндотелийзависимая и эндотелийнезависимая релаксация. Кроме того, у лиц с высоким нормальным уровнем АД обнаружена эндотелиальная дисфункция артерий мышечного типа. Таким образом, при более высоких цифрах АД, в первую очередь, страдают артерии эластического типа. Наиболее ранним признаком изменения артерий является эндотелиальная дисфункция.

004 АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Агеенкова О. А., Зиновьева О. В.

ГБОУ ВПО СГМА Министерства здравоохранения РФ, Смоленск, Россия

Цель: проанализировать динамику распространенности артериальной гипертензии (АГ) по данным эпидемиологических исследований жителей города Смоленска 2004–2008 гг.

Материал и методы. В рамках эпидемиологических исследований созданы и обследованы репрезентативные выборки населения г. Смоленска (2003–2004 гг. — 330 человек, 2007–2008 гг. — 323 человека) в возрасте от 18 до 80 лет. На каждого респондента заполнялась специальная анкета, включающая паспортные данные, анамнез заболеваний и их медикаментозная терапия, факторы риска, цифры артериального давления (АД), антропометрические данные, результаты биохимического анализа крови. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Результаты эпидемиологического исследования показали, что распространенность АГ среди жителей г. Смоленска в 2007–2008 гг. составила 40,1%. Отмечено снижение распространенности АГ по сравнению с данными 2003–2004 гг. — 40,5%. При этом сохраняются общие тенденции, характерные для частоты выявления АГ в РФ. Зарегистрировано увеличение распространенности АГ среди мужского населения — 39,8% (2007–2008 гг.) против 38,2% (2003–2004 гг.) ($p<0,001$) и уменьшение распространенности АГ среди женского населения 40,6 против 41,5% ($p<0,05$). Осведомленность больных АГ о наличии заболевания в 2007–2008 гг. составила 77,1%, что практически соответствует данным 2003–2004 гг. — 76,36%. Осведомленность о распространенности АГ среди мужчин и женщин также не претерпела значимой динамики 74,8% и 78,1% в 2007–2008 гг. соответственно и 74,14% и 78,39% в 2003–2004 гг. Обращает на себя внимание более высокая информированность о наличии заболевания у женского населения, как по результатам первого, так и по результатам второго исследования. Анализ результатов исследований показал увеличение

доли пациентов, получавших АГТ, с 31,38% до 56,8%. При сравнении данных следует отметить, что мужчины стали в 2 раза чаще лечиться и более чем в 3 раза эффективнее. В то же время, женщины стали лечиться более чем в 1,5 раза чаще и в 2 раза эффективнее. В целом, целевых цифр АД удавалось достичь 24,31% пациентов в 2007–2008 гг., по сравнению с 10,34% пациентов в 2003–2004 гг.

Заключение. Сопоставляя данные эпидемиологических исследований необходимо отметить, что, к сожалению, за истекший период распространенность АГ и осведомленность о наличии у пациентов повышенных цифр АД практически не изменились, а эффективность АГТ остается недостаточной.

005 АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Агеенкова О. А., Пурыгина М. А., Зиновьева О. В., Лешкевич А. С.

ГБОУ ВПО СГМА Министерства здравоохранения РФ, Смоленск, Россия

Цель: проанализировать динамику распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний и поражения органов мишеней (ПОМ) по данным эпидемиологических исследований жителей города Смоленска 2004–2008 гг.

Материал и методы. В рамках эпидемиологических исследований созданы и обследованы репрезентативные выборки населения г. Смоленска (2003–2004 гг. — 330 человек, 2007–2008 гг. — 323 человека) в возрасте от 18 до 80 лет. На каждого респондента заполнялась специальная анкета, включающая паспортные данные, анамнез заболеваний и их медикаментозная терапия, факторы риска, цифры артериального давления (АД), антропометрические данные, результаты биохимического анализа крови. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Анализ распространенности ФР, ПОМ и АКС показал, что в 2007–2008 гг. г. Смоленске самым частым ФР среди мужчин являлось умеренное употребление алкоголя — 56,35%, второе и третье место делили курение и низкая физическая активность (НФА) — 46,75% и 35,9% соответственно. У женщин на первом месте была гиперхолестеринемия (ГХС) — 36,26%, второе и третье место делили умеренное употребление алкоголя (30,7%) и избыточная масса тела (30,9%). По сравнению с данными первого этапа исследования (2003–2004 гг.) отмечено снижение выявления таких ФР, как курение и ГХС, но при этом выявлено увеличение не менее важных ФР — избыточной массы тела, употребления алкоголя. Анализ частоты регистрации ПОМ показал, что количество пациентов с гипертонической ретинопатией (ГР) и гипертрофией миокарда левого желудочка (ГЛЖ) достоверно не изменились. Среди сопутствующих заболеваний у больных АГ отмечается отчетливое увеличение распространенности цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) — 8,35% в 2007–2008 гг. по сравнению с 5,75% в 2003–2004 гг. С возрастом частота ЦВЗ удваивалась в каждом последующем десятилетии у пациентов обоего пола. Несмотря на отсутствие значимой динамики в выявлении ИБС (19,1% в 2003–2004 гг. и 18,9% в 2007–2008 гг.) отмечено преобладание заболевания среди мужчин во всех возрастных группах. При этом в возрастной группе от 40 до 50 лет количество мужчин с диагнозом ИБС в 2 раза преобладало по сравнению с таковым у женщин. Сахарный диабет (СД) и болезни почек чаще регистрировались у женщин в 1,5 и 2 раза соответственно, но существенно не отличались по результатам двух исследований.

Заключение. Эпидемиологические исследования демонстрируют высокую распространенность и отсутствие значимой положительной динамики в снижении ФР, ПОМ и АКС,

увеличивающих риск сердечно-сосудистых осложнений, что требует усиления профилактических мероприятий.

006 ФИКСИРОВАННАЯ И СВОБОДНАЯ КОМБИНАЦИЯ ИНГИБИТОРА АПФ И АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Агеевкова О. А., Романова Е. В., Пурыгина М. А., Зиновьева О. В., Лешкевич А. С.

ГБОУ ВПО СГМА Министерства здравоохранения РФ, Смоленск, Россия

Цель: оценить антигипертензивную эффективность и переносимость фиксированной и свободной комбинации ингибитора АПФ (иАПФ) и антагониста кальция (АК) в лечении пациентов с АГ.

Материал и методы: обследовано 62 пациента (20 мужчин, 42 женщины) с АГ I–III ст. в возрасте от 40 до 80 лет. Больные были разделены на две группы (по 31 пациенту), сопоставимые по полу, возрасту, степени и стажу АГ, сопутствующей патологией. Первой группе назначалась фиксированная комбинация иАПФ и АК (престанс, “Servier”) в дозе 5/5 мг с последующим увеличением дозировки до 10/5 мг или 10/10 мг. Второй группе — свободная комбинация иАПФ (престариум, “Servier”) и АК (тенокс, “KRKA”) в дозе 5мг + 5 мг с последующим увеличением дозировки до 10мг + 5 мг или 10 мг + 10 мг. Исходно и через 12 недель изучались общее состояние, эффективность и переносимость терапии, проводилась оценка показателей СМАД (BPLab ООО “Петр Телегин”) и внутрисердечной гемодинамики ЭХОКГ («Sonos-2500”, Hewlett Packard, США), лабораторных показателей. Статистическая обработка — пакет программ Statistica v. 6.0.

Результаты: по результатам СМАД на фоне терапии целевые значения АД достигнуты у 70,9% пациентов 1 группы и у 67,7% пациентов 2 группы. Отмечено снижение систолического АД (САД) в 1 гр. на $33,2 \pm 2,8$ мм рт.ст., во 2 гр. на $32,6 \pm 2,2$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) на $18,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. и $18,8 \pm 2,3$ мм рт.ст., соответственно. У 41,9% пациентов 1 группы и у 37,8% — 2 группы терапия привела к нормализации суточного профиля АД. По данным ЭхоКГ выявлено снижение индекса массы миокарда левого желудочка на 12,9% и на 11,4%, увеличение ФВ ЛЖ на 16,8% и на 14,6% соответственно. Анализ переносимости терапии показал, что у 2 пациентов (6%), находившихся на лечении свободной комбинацией иАПФ и АК отмечался сухой кашель и в 5 случаях (16%) — отёк лодыжек, что привело к отмене препарата. В группе фиксированной терапии не было отмечено появления сухого кашля, однако у 3 пациентов (9,6%) был зарегистрирован отёк лодыжек. На фоне проводимой терапии отмечено незначительное снижение ($p > 0,05$) показателей липидного (ОХ, ХС-ЛПНП, ТГ) и углеводного обменов.

Выводы: у пациентов с АГ терапия фиксированной и свободной комбинацией иАПФ и АК приводит к достоверному снижению показателей и нормализации суточного профиля АД, благоприятно влияет на процессы ремоделирования и лабораторные показатели. Однако переносимость терапии в группе, принимавшей фиксированную комбинацию, достоверно лучше.

007 ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Аймагамбетова А. О.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: определение взаимосвязи уровней цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-10, ФНО — α) с течением острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы: были обследованы 30 пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST поступившие в отделение неотложной кардиологии: 24 мужчин и 6 женщин, средний возраст пациентов составил $51,8 \pm 7,5$ лет и 11 здоровых людей в том же возрастном аспекте составили контрольную группу. Всем больным в 1, 7, 14 сутки от момента поступления проводилось изучение цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-10, ФНО α). Средний срок наблюдения за пациентами составил 12 недель. Все больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 18 больных, которые не имели осложнений, как в госпитальном периоде, так и после неё. Во 2-ю группу вошли остальные 12 больных с разными осложнениями сердечно — сосудистой системы.

Результаты. У больных острым инфарктом миокарда с первых суток заболевания наблюдался максимальный уровень IL-6, ФНО α . На 1 сутки острого инфаркта миокарда наблюдалось повышение уровней IL-6; ФНО α ; IL-10, нормализация показателей отмечалась на 14 сутки заболевания. Осложненное течение острого инфаркта миокарда сопровождалось более выраженной активностью воспалительного процесса (IL-6; ФНО α) в 1 и 7 сутки, а также выявлялось повышение IL-10 на 7 сутки и увеличение его уровня на 14 сутки. Нами не обнаружено достоверной прогностической значимости уровней IL-1 β . Уровень IL-6 в 1 сутки у больных 2-й группы был в 4 раз выше данных 1-й группы ($P < 0,001$) и 8,9 раз выше контрольных значений ($P < 0,001$). Уровень ФНО α в 1 сутки у больных 2-й группы был в 1,7 раз выше данных 1-й группы ($P < 0,001$) и в 6 раз выше контрольных значений ($P < 0,001$).

Заключение. В результате исследования выявлена взаимосвязь концентрации ИЛ — 6, ФНО α с ранними осложнениями острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, что позволяет рекомендовать его использование в качестве дополнительного лабораторного показателя при данной патологии, и позволяет выявить группы с низким и высоким риском развития ранних осложнений. При этом у больных с высокой экспрессией в крови ФНО α — 16,09 пг/мл (в 5 раз и более), ИЛ 6 — 52,13 пг/мл (в 9 раз и более) прогнозируют осложненное течение заболевания, при средних показателях ФНО α — до 13 пг/мл, ИЛ 6 — до 30 пг/мл прогнозируют неосложненное течение заболевания. Раннее выделение категорий больных инфарктом миокарда с повышенным риском осложнений позволит применить более активные методы лечения (медикаментозные и/или хирургические) таких пациентов.

008 ОЦЕНКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е. В., Смазнова О. В.

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; 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 отношения к курению и изменению привычек питания в открытой мужской популяции 25–64 лет.

Материал и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Респондентам были заданы следующие вопросы: “Пытались ли Вы когда-нибудь изменить что-либо в своем курении?»; “Курите ли Вы больше, чем год назад?»; “Пытались ли Вы делать какие-нибудь измене-

ния в питании?”. Вопросы сопровождался перечнем фиксированных ответов. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

Результаты. В открытой мужской популяции 25–64 лет 28% мужчин никогда не курили, в настоящее время не курят 53% мужчин. Предпринимали попытки изменить отношение к курению около 64% мужчин, и около 8% мужчин курят и никогда не пытались бросить курить. В течение года не курили 50,6% мужчин. Пытались изменить питание или соблюдают диету 23,2% мужчин. Весьма незначителен процент лиц, которые изменили питание ради здоровья и соблюдают диету.

Заключение. Успех массовых профилактических мероприятий в популяции зависит от готовности населения в них участвовать, готовности к изменению поведенческих привычек и выполнению тех или иных практических рекомендаций.

009 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ

Акимов Е. В., Загородных Е. Ю.

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; 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 метаболического синдрома (МС) и стресса на рабочем месте в открытой мужской популяции 25–64 лет.

Материал и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, отклик составил 85,0% — 850 участников. Для оценки МС использованы критерии IDF (2005). Анкета “Знание и отношение к своему здоровью” включала 33 вопроса по поводу отношения к своему здоровью и профилактике ССЗ. В настоящем исследовании для анализа использовались вопросы, касающиеся стресса в семье и на работе. Вопросы анкеты сопровождался перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты.

Результаты. У лиц с наличием и отсутствием метаболического синдрома в отношении категории “стресс на работе” не было получено значимых различий при ответах на вопросы по поводу изменения специальности, ответственности, значительных перемен на работе в течение последних 12-ти месяцев, а также отдыха после рабочего дня. В то же время, у лиц с наличием МС по критериям IDF было установлено снижение нагрузки на работе в течение последних 12-ти месяцев сравнительно с группой лиц без МС. Так, ответ “стал выполнять больше”, достоверно чаще встречался в группе мужчин без МС (33,5% — 23,0%, $p < 0,05$). 2,0% мужчин с наличием МС ответили, что им совсем не нравится их работа, что оказалось существенно больше сравнительно с минимальным количеством таких мужчин в группе без МС (0,4%, $p < 0,05$). Значимые различия в популяции у лиц с наличием и отсутствием МС были выявлены в отношении ответственности на рабочем месте. Ответственность своей работы в течение последних 12-ти месяцев, как высокую, оценили 37,2% мужчин с наличием МС и 46,7% мужчин без МС ($p < 0,05$).

Заключение. В открытой мужской популяции 25–64 лет у лиц с наличием метаболического синдрома по критериям IDF сравнительно с группой лиц без метаболического син-

дрома выявлено снижение высокой ответственности и нагрузки на рабочем месте, рост негативного отношения к своей работе.

010 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ СРЕДНИХ НОЖЕК МОЗЖЕЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНЫХ ТЕСТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Акимов Е. В., Шварц Ю. Г., Мартынович Т. В., Персаишвили Д. Г., Михель Н. Д.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской терапии лечебного факультета, Саратов, Россия

Цель: изучить зависимость между толщиной средних ножек мозжечка и когнитивными функциями у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Основным критерием включения в исследование являлась хроническая сердечная недостаточность I–IV ФК на фоне ишемической болезни сердца (ИБС). В исследование не включались больные, у которых отмечались острые или подострые формы ИБС, выраженная экстракардиальная патология, сахарный диабет, ОНМК в анамнезе, гемодинамически значимые стенозы и атеросклеротические бляшки артерий головы и шеи, признаки деменции по шкале MMSE, возраст старше 65 лет.

В результате в группу исследуемых включено 54 больных с ХСН в возрасте от 49 до 65 лет (средний возраст составил 54,5 года), из них мужчин — 34, женщин — 20.

Методы исследования. Кроме общеклинического обследования проводились когнитивные тесты — тест Векслера (субтест 5 и 7) и корректурная проба Бурдона, электрокардиография, ядерно-магнитно-резонансная томография головного мозга. Использовался парный корреляционный анализ.

Результаты. Отмечено ухудшение результатов субтестов Векслера 5 и 7 при уменьшении толщины средних ножек мозжечка ($R = 0,42$ и $R = 0,41$ соответственно).

Заключение. Немаловажным представляются связи толщины средних ножек мозжечка с результатами когнитивных тестов. Ведь именно эта структура головного мозга преимущественно образована нервными путями, несущими информацию от коры больших полушарий к мозжечку и контролирующую его деятельность вне нашего сознания. Не вызывает сомнений, что выполнение используемых в нашем исследовании когнитивных тестов было бы сильно затруднено при грубых нарушениях координации движений или пространственной ориентации пациентов, но, возможно, и их незначительное ухудшение, обусловленное некоторым изменением передачи информации к мозжечку при уменьшении толщины его средних ножек, также участвуют в ухудшении когнитивного дефицита.

011 ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ХСН, С ПАРАМЕТРАМИ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Акимов Е. В., Шварц Ю. Г., Мартынович Т. В., Персаишвили Д. Г., Михель Н. Д.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской терапии лечебного факультета, Саратов, Россия

Цель: изучить зависимость между параметрами белого вещества головного мозга и показателями, характеризующими ХСН у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Основным критерием включения в исследование являлась хроническая сердечная недостаточность I–IV ФК на фоне ишемической болезни сердца (ИБС). В исследование не включались больные, у которых отмечались острые или подострые формы ИБС, выраженная экстра-

кардиальная патология, сахарный диабет, ОНМК в анамнезе, гемодинамически значимые стенозы и атеросклеротические бляшки артерий головы и шеи, признаки деменции по шкале MMSE, возраст старше 65 лет.

В результате в группу исследуемых включено 54 больных с ХСН в возрасте от 49 до 65 лет (средний возраст составил 54,5 года), из них мужчин — 34, женщин — 20.

Кроме общеклинического обследования проводились электрокардиография, стандартная эхокардиография, ядерно-магнитно-резонансная томография головного мозга и определение концентрации NT-pro-BNP в гепаринизированной венозной крови пациентов. Использовался непараметрический корреляционный анализ (коэффициент Kendall). В группу параметров, условно характеризующих тяжесть ХСН были выделены (ФВ, КСР ЛЖ, КДР ЛЖ, функциональный класс ХСН, уровень NT-pro-BNP).

Результаты. Были установлены: отрицательная связь толщины средних ножек мозжечка с функциональным классом ХСН ($R = -0,48$) и положительная — между толщиной средних ножек мозжечка и фракцией выброса ($R = 0,46$).

Заключение. Таким образом, прогрессирование тяжести ХСН, в частности, снижение фракции выброса левого желудочка и нарастание функционального класса, коррелирует с уменьшением толщины средних ножек мозжечка.

012 ГОРМОНЫ ПЕРИФЕРИИ И ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: В ПОГОНЕ ЗА ИДЕАЛОМ

Александров А. А., Шацкая О. А., Кухаренко С. С., Ядрихинская М. Н., Ильин А. В.

ФГБУ “Эндокринологический научный центр” МЗ России, Москва, Россия

Цель: изучить взаимосвязь резистина и показателей гипертрофии миокарда у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с признаками недостаточности кровообращения.

Материал и методы. В исследование включено 60 больных СД 2 типа с ИБС, имеющих ХСН II–III функционального класса по NYHA. Среди обследованных было 12 мужчин и 48 женщин, средний возраст которых составил 62 (56; 68) года. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, включая ЭхоКГ и ХМ ЭКГ. Содержание резистина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы “BioVendor” (Германия).

Результаты. При ЭхоКГ исследовании было обнаружено, что из 60 больных концентрическая гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) диагностирована у 29 человек, эксцентрическая ГЛЖ — у 12 человек.

Обнаружено, что концентрация резистина в крови достоверно коррелировала с относительной толщиной стенки (ОТС) ЛЖ ($p < 0,05$). Поддержание адекватной ОТС в настоящее время рассматривается как адаптивный механизм нормализации напряжения миокарда ЛЖ, позволяющий сохранять оптимальную сократительную способность сердечной мышцы.

Увеличение концентрации резистина существенно влияет на конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ, от величины которого зависит значение ОТС. Нарастание уровня резистина при концентрической ГЛЖ способствует увеличению КДР ЛЖ, свидетельствующее об ухудшении релаксации миокарда (выявлена положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем резистина и КДР ЛЖ: $r = 0,43$, $p = 0,020$). При эксцентрической ГЛЖ нарастание уровня резистина препятствует дилатации полости ЛЖ за счет уменьшения КДР ЛЖ (выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем резистина и КДР ЛЖ: $r = -0,61$, $p = 0,000$).

При чрезмерном нарастании ОТС ЛЖ, характерном для концентрической ГЛЖ, повышение концентрации резистина в крови сопровождалось статистически значимым увеличением количества суправентрикулярных экстрасистол ($r = 0,34$, $p = 0,033$).

Вывод. Повышенная секреция резистина у больных СД 2 типа с гипертрофией миокарда может рассматриваться как адаптационный механизм, направленный на снижение темпа нарастания недостаточности кровообращения у этих больных. Побочным эффектом гиперрезистинемии является увеличение числа суправентрикулярных нарушений ритма у больных с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ.

013 ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Александров А. В., Северина О. Г., Черкашина И. В., Орос И. В., Ясырова О. А.

ФБГУ “НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН”, Волгоград; Филиал ФГУ “Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России” СКК “Вулан”, Геленджик, Россия

Нарушения в иммунной системе играют ведущую роль и в развитии экстраартикулярных проявлений ревматоидного артрита (РА) и ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА). Поэтому поиск новых лабораторных маркеров, значимых для диагностики и перспектив РА и ЮРА, наряду с проведением эффективной противовоспалительной терапии имеет определяющее значение в профилактике этих осложнений.

Цель. Совершенствование методов иммунодиагностики поражения сердца и сосудов при РА и ЮРА с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС).

Материал и методы. В исследование было включено 86 взрослых пациентов с достоверным РА и 56 детей (38 девочек и 18 мальчиков) с различными вариантами ЮРА. Антитела к церулоплазмину (ЦП) и ксантиноксидазе (КО) определяли в сыворотке крови больных в разработанной модификации ELISA-теста с использованием АНС на основе соответствующего фермента (ЦП и КО) в качестве антигенной матрицы.

Результаты. Антитела к ЦП у больных РА были выявлены в 53,5% случаев, а антитела к КО — в 59,3% случаев. У больных с клинико-лабораторными признаками поражения сосудов повышенные уровни антител к ЦП определялись достоверно чаще (у 74% против 26%, $p = 0,0017$). Сравнение между собой групп больных РА, позитивных и негативных по антителам к КО, продемонстрировало наличие ревматоидного васкулита (хи квадрат с поправкой Йетса = 4,3, $p = 0,04$) у больных, имевших повышенный уровень антител к КО. По признакам поражения сердца достоверных различий между данными группами выявлено не было (хи квадрат с поправкой Йетса = 1,3, $p = 0,26$).

Семейный анамнез по кардиоваскулярной патологии былотягощён у 84% детей. Уровень антител к ЦП зависел от активности ЮРА ($p = 0,035$) и поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) ($p = 0,029$). Известно, что одной из функций ЦП является ингибирование миелопероксидазы (МП), принимающей участие в повреждении сосудистой стенки за счет синтеза активных форм кислорода. Антитела к ЦП, по аналогии с действием анти-миелопероксидазных антител, могут препятствовать образованию связи МП с ЦП. Как следствие, активная МП продолжает оказывать повреждающее действие на стенки сосудов.

При ЮРА выраженность аутоантителогенеза к КО зависела от активности патологического процесса ($p = 0,045$) и поражения СССР ($p = 0,031$). При системном варианте ЮРА по типу миоперикардита (3 случая) были отмечены наиболее высокие уровни Ат к КО ($p = 0,024$).

Заключение. Расширение спектра иммунологических показателей, способных охарактеризовать степень поражения СССР при РА и ЮРА может быть обеспечено внедрением в лабораторную практику АНС на основе иммобилизованных ферментов (церулоплазмينا и ксантиноксидазы).

014 ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Алехина И. Ю., Александров А. В., Курбанова Р. Д.,
Бенефициарная Е. В., Александрова Н. В.

ФБГУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН», Волгоград, Россия

В развитии системной красной волчанки (СКВ) волчанки ведущее значение отводится иммунологическим расстройствам, возникающим под влиянием различных факторов. В сыворотке крови больных СКВ обнаруживают широкий спектр циркулирующих аутоантител, а также циркулирующих иммунных комплексов, способных фиксироваться на базальных мембранах сосудов различных органов и приводить к развитию системного васкулита. Поражение сердца и сосудов отмечается у большинства больных СКВ и отличается выраженным полиморфизмом.

Цель. Совершенствование методов иммунологической диагностики поражения сердца и сосудов у больных СКВ с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС).

Материал и методы. Антитела (Ат) к ферментам пуринового метаболизма — аденозиндезаминазе (АДА), аденозинкиназе (АДК), пуриннуклеозидфосфорилазе (ПНФ) и гуаниндезаминазе (ГДА) — определяли в сыворотке крови больных СКВ в модификации ELISA-теста с использованием АНС на основе соответствующего фермента (АДА, АДК, ПНФ и ГДА) в качестве антигенной матрицы.

Результаты. Под наблюдением находилось 60 больных СКВ в возрасте от 22 до 56 лет (55 женщин и 5 мужчин). Диагноз СКВ верифицировался по критериям американской коллегии ревматологов 1997 года. Активность СКВ оценивалась с помощью индексов SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) и ECLAM (European Consensus Lupus Activity Measure). Признаки поражения сердца (в первую очередь миокардит) отмечены у 31,7% больных СКВ. У больных СКВ с наличием «васкулопатии» (n=21, 35%; были объединены клинические проявления, характерные как для васкулита, так и для не воспалительного поражения сосудов — тромбозы сосудов мелкого и среднего калибра, капилляриты ногтевого ложа, некротизирующие поражения кожных покровов, сетчатое ливедо) Ат к АДК были выявлены в 57% случаев (p=0,023), Ат к АДА — в 42,9% (p=0,041), Ат к ПНФ — в 38,1% (p=0,042) и Ат к ГДА — в 28,6% (p=0,044). Основным фактором, приводящим к развитию сосудистой патологии при СКВ, является накопление активных форм кислорода, стимулирующих апоптоз клеток и оказывающих повреждающее действие на компоненты сосудистой стенки, в результате чего они приобретают свойства аутоантигенов и стимулируют выработку различных Ат, имеющих вторичное повреждающее действие. Повышение уровней антител к АДК у больных СКВ с признаками поражения сосудов предполагает возможное участие данных Ат в изменении энзиматической активности фермента с последующим накоплением токсических концентраций аденозина.

Заключение. Внедрение новых высокотехнологичных АНС на основе ферментов пуринового метаболизма может быть использовано для выявления кардио-васкулярной патологии при СКВ.

015 ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Андреева И. А., Саламатина Л. В., Милованова Е. В.,
Урванцева И. А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ временных характеристик оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) по данным регионального регистра ОКС, полученным в окружном кардиодиспансере г. Сургута (ОКД «ЦД и ССХ»).

Материал и методы. С сентября 2009 года ОКД «ЦД и ССХ» участвует в Федеральном регистре ОКС. Количество больных с ОКС, внесенных в регистр, составило 273 чел. в 2009–2010 гг. и 352 чел. в 2011–2012 гг. Удельный вес больных с ОКСпСТ/ОКСбпСТ практически не менялся и составил: 82,0/8,1% в 2009–2010 гг., 82,9/6,3% в 2011–2012 гг. Удельный вес мужчин среди больных с ОКСпСТ менялся незначительно (2009–2010 гг. — 89,3%, 2011–2012 гг. — 86,0%), а среди больных с ОКСбпСТ удельный вес мужчин уменьшился с 81,8% (2009–2010 гг.) до 68,2% (2011–2012 гг.).

Результаты. Среди больных с ОКСпСТ, которым была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), интервал времени «боль-вызов бригады СМП» уменьшился с 90,0 (45,0; 210,0) мин. в 2009–2010 гг. до 55,0 (22,0; 176,0) мин. в 2011–2012 гг., а среди больных с ОКСбпСТ, которым была выполнена ЧТБКА, данный интервал времени сократился со 105,0 (50,0; 240,0) мин. в 2009–2010 гг. до 64,0 (30,0; 207,0) мин. в 2011–2012 гг. По данным ОКД «ЦД и ССХ» интервал «вызов-приезд бригады СМП» к больным, которым была проведена ТЛТ, в 2009–2010 гг. был равен 20,0 (15,0; 30,0) мин., в 2011–2012 гг. уменьшился до 15,0 (10,0; 24,0) мин. Среди больных с ОКС, которым была выполнена ЧТБКА, этот интервал в 2009–2010 гг. составил 20,5 (15,0; 30,0) мин., в 2011–2012 гг. — 16,0 (13,0; 25,0) мин. Время от приезда бригады СМП до доставки больного в стационар (среди получивших ТЛТ) по данным нашего регистра увеличилось с 148,5 (55,0; 310,0) мин. в 2009–2010 гг. до 214,0 (60,0; 315,0) мин. в 2011–2012 гг. Среди больных, которым была выполнена ЧТБКА, указанный интервал не менялся и составил 70,0 (50,0; 120,0) мин. в 2009–2010 гг. и 69,5 (48,0; 150,0) мин. в 2011–2012 гг.

Выводы. При анализе интервалов «боль-вызов бригады СМП» и «вызов-приезд СМП», полученным в ОКД «ЦД и ССХ» в рамках ведения Федерального регистра ОКС, наблюдалась положительная динамика по уменьшению этих интервалов, а при сравнении с другими регистрами данные ОКД им не уступали. Показатели интервала «приезд бригады СМП-доставка больного в стационар», наоборот увеличились и были больше при сравнении с общероссийскими данными Федерального регистра ОКС.

016 ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Аникин В. В., Николаева Т. О.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА МЗ России, Тверь, Россия

Сердечные аритмии являются одним из основных предикторов неблагоприятного исхода острого инфаркта миокарда (ОИМ). При этом особенности их проявлений у женщин разных возрастных групп требуют дальнейшего изучения.

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 ОИМ (37–72 лет — 55,8±1,2 года). Группа женщин была разделена на две подгруппы: женщины с ОИМ до 60 лет и старше 60 лет. Такое разделение обусловлено большими различиями в механизмах развития и особенностях течения ОИМ у женщин в процессе инволюции репродуктивной функции.

При анализе результатов суточного мониторирования ЭКГ (Кардиотехника-04; С. — Петербург) аритмические эпизоды различной тяжести были зарегистрированы у абсолютного большинства больных во всех группах обследованных. Однако, у женщин чаще чем у мужчин отмечались парные наджелудочковые экстрасистолы (p<0,05), пароксизмы наджелудочковой тахикардии (p<0,05), частая желудочковая экстрасистолия (p<0,001). В свою очередь, желудочковые нарушения ритма: полиморфные, парные экстрасистолы и парок-

сизмы неустойчивой желудочковой тахикардии наблюдались в большем проценте случаев у мужчин ($p < 0,05$).

Между различными возрастными группами женщин также имелись определенные различия в проявлениях аритмического синдрома. Так, у женщин старше 60 лет отмечено преобладание групповых наджелудочковых экстрасистол и пароксизмов наджелудочковой тахикардии с преимущественным возникновением в часы бодрствования. Как показал проведенный анализ вариабельности сердечного ритма, это ассоциировалось с большей активностью и нарушениями функции синусового узла. Трепетание и фибрилляция предсердий встречались только у пожилых женщин. Полиморфная желудочковая экстрасистолия и эпизоды желудочковой тахикардии наблюдались почти в 1,4 раза чаще в старшей группе по сравнению с женщинами до 60 лет. Вместе с тем, нарушения ритма прогностически неблагоприятных высоких градаций по Lown-Wolff (II–V) встречались в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Среди женщин преобладание прогностически неблагоприятных аритмий (в 1,5 раза) наблюдалось у лиц старше 60 лет. Можно полагать, что усугубление при дисритмиях и без того сниженной коронарной перфузии и дальнейшее укорочение диастолы способствовало прогрессированию электрофизиологической негетомогенности миокарда и создавало наиболее вероятные условия для проявления электрической нестабильности сердца.

Таким образом, выраженность и разнообразие аритмического синдрома у женщин с острым инфарктом миокарда свидетельствует о наличии значительных нарушений в структурном и нейро-гуморальном обеспечении миокарда, требует своевременной диагностики и строго дифференцированной медикаментозной коррекции.

017 ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Анфалова Л. К.¹, Горячева А. А.²

¹ ООО “Клиника Семейной Медицины+”, Калуга; ² ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречаемая в клинической практике тахикардия, распространенность которой в общей популяции составляет 0,3–0,4%. Данное нарушение ритма ассоциируется с увеличением частоты инсульта, сердечной недостаточности, инвалидизации и смертности. Одним из эффективных антиаритмических препаратов для поддержания синусового ритма является амиодарон, который может применяться у больных с выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка и сердечной недостаточностью.

Цель: оценить профилактический антиаритмический эффект амиодарона у больных с персистирующей формой фибрилляции и трепетания предсердий после восстановления синусового ритма электрической кардиоверсией (ЭКВ).

Материал и методы. В исследование включено 27 больных с персистирующей формой ФП и ТП, средний возраст $56 \pm 7,1$ года. У 63% больных зарегистрирована ФП, у 19% — ТП и у 18% больных в анамнезе регистрировались и ФП и ТП. Продолжительность аритмии до восстановления синусового ритма (СР) составила в среднем $7,0 \pm 6,8$ месяцев. Артериальная гипертензия (АГ) была диагностирована у 40,5% больных, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 4,2%, сочетание АГ и ИБС — у 44,6%; у 10,7% выявлена идиопатическая форма аритмии. После восстановления СР больные с ФП и ТП получали амиодарон в поддерживающей дозе 200 мг/сут. Наблюдение проводилось в течение 1 года по клиническим данным, ЭКГ и суточному мониторингованию ЭКГ.

Результаты. После антикоагулянтной подготовки больным назначался амиодарон в суммарной дозе 10 г, у 5 из 27

больных (18,5%) СР восстановился до проведения ЭКВ. 22 больным выполнена синхронизированная ЭКВ, гемодинамически значимых осложнений не зарегистрировано. У 21 пациента восстановился СР (95,4%).

При наблюдении в течение года у больных с ТП отмечена тенденция более раннего времени срыва ритма в среднем через 117 дней, по сравнению с больными, имеющими ФП — 138 дней ($p = 0,12$), и ФП с ТП — 154 дня. Через 1 год СР сохранялся у 46,2% больных, из них 60% больных с ФП и 41,6% с ТП.

Выводы. Длительный прием поддерживающей дозы амиодарона повышает эффективность электрической кардиоверсии в сохранении синусового ритма у больных с персистирующей формой ФП и ТП. Наибольшая эффективность амиодарона наблюдалась у пациентов с ФП.

018 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ

Артемяева Е. Г., Фролова Е. В.

АУ ЧР “Институт усовершенствования врачей”, Чебоксары, Россия

Цель: изучить распространенность некоторых факторов риска (ФР): артериальной гипертензии (АГ), ожирения, сахарного диабета (СД), курения, чрезмерного употребления соли и алкоголя в репрезентативной выборке Чувашской республики (ЧР).

Материал и методы. Репрезентативная выборка ЧР создавалась поэтапным механическим способом на основании численности населения Республики в 1 462 000 человек. Карты-вопросники включали 136 вопросов, в том числе вопросы о ФР.

Результаты и обсуждение. Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² установлен у 28,1% больных, в популяции — 9,0%, при этом 40,0% респондентов — в возрасте 30–39 лет. В возрасте 40–49 и 50–59 лет таких было 23,1% и 35,0%. Ожирение у женщин установлено чаще, чем у мужчин (32,0% и 16,3%). В возрасте 60–69 лет каждый 4-й пациент имел ожирение, в возрасте 70–79 лет число мужчин, страдающих АГ и ожирением, составляло 28,6%. Более высокой в женской выборке оказалась распространенность ожирения I степени — 25,3% и 31,0%. СД установлен у 10,6% больных, а в популяции — 1,7% случаев. Частота СД у женщин и мужчин составляла 10,7% и 10,2%, особенно высокой она была в возрасте 40–49 лет и 50–59 лет. В возрасте 60–79 лет распространенность СД составляла 13,3% и 18,9%, а в возрасте старше 80-ти лет каждый третий больной АГ имел СД. Установлено, что респондентов — курильщиков было 19,1%, при этом в 1,7 раза меньше (11,1%) чем в популяции. 8,0% больных АГ, имеющих высокий и очень высокий сердечнососудистый риск, и информированных о заболевании, продолжали курить. Основную часть курильщиков составляли мужчины, их было в 19 раз больше, чем женщин (38,8% против 2,0%). В возрасте 40–49 лет их число составляло 66,7%. В возрасте 50–59 лет и 60–69 лет 50,0% больных курили. Факт курения у женщин установлен в возрасте: 40–49, 50–59 и 70–79 лет, при этом 2,2% женщин в возрасте 70–79 лет продолжали курить. Злоупотребление алкоголем отмечено в 32,5%, при этом у больных АГ в 26,1% случаев, в возрасте: 40–49, 50–59, 60–69 лет (30,8, 32,5, 30,6%). В возрасте 20–29, 70–79 лет распространенность данного ФР составила 20,0%, 80–89 лет — 16,7% случаев. Злоупотребление алкоголем установлено у 49,0% мужчин и 18,7% женщин, при этом в возрасте 30–39 лет — 25,0%. В возрасте 40–49 лет каждый больной АГ злоупотреблял алкоголем, в возрасте 70–79 лет — 66,7%, 60–69 лет и 80–89 лет — 50,0% случаев соответственно. Привычку подсаживать пищу имели 32,3% респондентов, при этом 39,2% — больные АГ.

Выводы. 1. В репрезентативной выборке Чувашской республики установлена высокая распространенность факторов риска АГ: ожирения, курения, сахарного диабета, злоупотребления солью и алкоголем. 2. Ожирение и сахарный диабет являются факторами риска, которые достоверно чаще, чем в популяции, имеют пациенты с АГ. 3. Высокая распростра-

ненность злоупотребления алкоголем у больных с АГ установлена в возрастной группе 50–59 лет. Распространенность данного фактора риска у мужчин большинства возрастных групп составляла около 50%. 4. В репрезентативной выборке Чувашской республики фактор курения установлен у больных АГ во всех возрастных группах, чаще у мужчин, чем у женщин. 5. 32,3% респондентов в популяции Чувашской республики имеют фактор риска — чрезмерное употребление соли, при этом 39,2% больных страдают АГ.

019 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Афанасьев А. Я., Мерзликин Л. А., Смирнов В. В.
ФГБУ ИПК ФМБА России, ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, Москва, Россия

Лёгочная гипертензия (ЛГ), т. е. повышение давления в системе малого круга кровообращения, — патологический синдром, осложняющий многие заболевания сердца, крупных сосудов, лёгких и др. По данным Комитета экспертов ВОЗ, хроническое лёгочное сердце определяется как “гипертрофия (или сочетание гипертрофии и дилатации или недостаточности) правого желудочка на почве заболеваний, поражающих функцию или структуру лёгких или то и другое одновременно, за исключением случаев, когда эти лёгочные изменения сами являются результатом первичного поражения левого сердца или врождённых пороков сердца”.

В основе патогенеза хронического лёгочного сердца лежит развитие трёх основных звеньев, рассматриваемых в качестве этапов его формирования:

повышение давления в лёгочной артерии (нестабильное, стабильное), гипертрофия правых отделов сердца и возникновение правожелудочковой сердечной недостаточности.

При профессиональных заболеваниях легких (бериллиоз, хронический бронхит токсико-химической этиологии) развиваются гемодинамические нарушения в малом круге кровообращения, проявляющиеся синдромом легочной гипертензии, который неблагоприятно воздействует на течение основного заболевания.

Развивающийся синдром легочной гипертензии при профессиональных заболеваниях легких (бериллиоз, хронический бронхит токсико-химической этиологии) находится в прямой зависимости от продолжительности основного заболевания и тяжести патологического процесса в легких и обусловлен снижением функционального сосудистого и респираторного резервов, усугубляющие течение дыхательной недостаточности.

Гемодинамические нарушения в малом круге кровообращения при профессиональных заболеваниях легких связаны с респираторными расстройствами и обусловлены преобладающим типом дыхательной недостаточности.

Ранними эхокардиографическими признаки синдрома легочной гипертензии при профессиональных заболеваниях легких являются: снижение максимальной скорости кровотока в фазу быстрого наполнения правого желудочка, уменьшение показателя соотношения максимальных скоростей диастолического потока, увеличение продолжительности замедления в раннюю диастолу.

Эхокардиографический метод оценки легочной гипертензии у больных с профессиональной легочной патологией обладает целым рядом преимуществ по сравнению с другими методами исследования, так как являясь единственным неинвазивным методом, позволяет выявлять не только качественные изменения, но и производить количественную ее оценку.

020 К ХАРАКТЕРИСТИКЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ

Багаутдинова Л. И., Дударев М. В., Мельников А. В.

ГБОУ ВПО “Ижевская государственная медицинская академия” Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Цель: клинко-функциональная характеристика состояния сердечно-сосудистой системы у больных клещевым боррелиозом (КБ)

Материал и методы. В динамике (при поступлении в стационар, а также через 2 месяца) были обследованы 45 больных КБ (36 мужчин и 9 женщин, средний возраст $36,1 \pm 10,4$ лет); диагноз был подтвержден серологически. В исследование не включались лица, страдающие артериальной гипертензией (АГ), другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также — почек. Эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) проводилось на аппарате GE Vivid 7 (США) по стандартной методике.

Результаты. При поступлении в стационар 31,1% заболевших КБ отмечали кардиалгии — боли ноющего, колющего характера в проекции верхушки сердца и прекардиальной области, неинтенсивные, без иррадиации и связи с физической нагрузкой. По прошествии двух месяцев указанные симптомы сохранялись у 28% обследованных. Одышка при небольшой физической нагрузке в динамике наблюдения регистрировалась у 17,8% и 6,7%, а эпизоды сердцебиения — 13,3% и 6,7% соответственно. У 20% пациентов при поступлении в стационар отмечалась тенденция к повышению артериального давления (АД); АГ I степени в этот период была впервые зафиксирована у 13,3% обследованных. К моменту окончания госпитального этапа (через 14 дней) средние значения АД в группе обследованных составили $121,3 \pm 9,5$ и $78,7 \pm 7,7$ мм рт.ст., при этом, частота регистрации АГ увеличилась до 22,2%. Через 2 месяца среднее значение АД составило $124,7 \pm 13,5$ и $79,3 \pm 10,3$ мм рт.ст, а также в 26,6% зарегистрирована АГ. В раннем периоде клещевого боррелиоза нарушения внутрисердечной гемодинамики в виде диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) по I типу выявлены у 19,2% больных; по прошествии 2 месяцев признаки диастолической дисфункции сохранялись у 15,4% пациентов (нарушений сократительной функции ЛЖ зафиксировано не было). Отметим, что данные изменения регистрировались на фоне снижения скорости коронарного кровотока в дистальном отделе передней нисходящей артерии (относительно частоты сердечных сокращений): при первом обследовании — $22 (18,25; 26)$ см/с/ 69 (59,25; 78) уд/мин, через 2 месяца — $20 (20; 22)$ см/с/65 (59; 80) уд/мин.

Выводы. Снижение относительной скорости коронарного кровотока с последующим развитием диастолической дисфункции ЛЖ и закономерным появлением у больных КБ одышки и кардиалгии представляется взаимосвязанным. Результаты нашего исследования позволяют предполагать возможность формирования АГ (гипертония “de novo”) вследствие перенесенного КБ. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости направленного углубленного динамического исследования состояния сердечно-сосудистой системы у больных КБ.

021 АБЛАЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЦИДИВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА ПОДКОЖНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Байрамова С. А., Романов А. Б., Лосик Д. В., Артеменко С. Н., Туров А. Н., Шелудько А. В., Широкова Н. В., Покушалов Е. А.
ФГБУ “ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина” Минздрава России, Новосибирск, Россия

Существуют данные о том, что в течение длительного периода наблюдения, пациенты, у которых сохранялось эффективность после первичной процедуры аблации могут иметь поздние рецидивы фибрилляции предсердий (ФП), даже спустя годы.

Цель: оценка частоты рецидивов ФП в течение 3-летнего периода наблюдения после катетерной абляции с использованием аппаратов имплантируемых аппаратов длительного мониторирования сердечного ритма (ИКМ).

Материал и методы. В исследование было включено 129 пациента с симптоматичной, медикаментозно-рефрактерной ФП (45% из них с персистирующей формой). Все пациенты подверглись циркулярной изоляции легочных вен с имплантацией ИКМ. Период наблюдения составил 36 месяцев. Свобода от ФП была определена как процент ФП по данным ИКМ менее 0,5 (респондеры).

Результаты. Полная изоляция легочных вен была достигнута в 100% случаев. Эффективность после одной процедуры абляции в течение 12-месячного периода наблюдения составила 59% (76 пациентов): 48 (68%) из 71 пациента в группе с пароксизмальной ФП и 28 (48%) из 58 пациентов в группе с персистирующей формой ФП. В конце периода наблюдения 43 (33%) из 129 пациентов не имели пароксизмов ФП: 29 (41%) из 71 в группе с пароксизмальной ФП и 14 (24%) из 58 в группе с персистирующей формой ФП. Повторная процедура абляции была выполнена у 41 (32%) пациента и третья процедура у 6 (5%) пациентов. После последней абляции у 78 (60%) из 129 пациентов в конце периода наблюдения отсутствовали пароксизмы ФП: 56 (65%) из 71 пациента в группе пароксизмальной ФП и 32 (55%) из 58 пациентов в группе с персистирующей ФП. В общей популяции пациентов, процент ФП резко снизился на 6-м месяце после абляции, после чего постепенное увеличивался после 16 месяцев. 11 пациентов (21%) с рецидивами ФП были абсолютно асимптоматичны. Прогрессирование до длительно-персистирующей формы наблюдалась у 18 пациентов (14%).

Выводы. Эффективность катетерной абляции, оцененная с помощью имплантируемых кардиомониторов в течение 3-х летнего периода наблюдения позволяет достоверно оценить частоту поздних рецидивов и выявить асимптоматичных пациентов.

022 КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОВСЯЗИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ С ЧАСТОТОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Баканач Е. В., Баканач С. В., Храмова Н. А.

НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст.Иркутск – пассажирский ОАО "РЖД", ГБУ ДПО "ИГМАПО", Иркутск, Россия

В последние годы при ревматоидном артрите (РА) широко обсуждается актуальность сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. В структуре основных причин преждевременной смертности при РА, как известно, доминирующее место занимает кардиоваскулярная патология.

Цель: изучение клинико-патогенетических взаимосвязей активности воспаления с частотой кардиоваскулярной патологии при ревматоидном артрите.

Материал и методы. Обследовано 210 пациентов, страдающих ревматоидным артритом (ср. возраст 54 [23;69] лет, продолжительность РА – 15,4 [2;55] лет). Активность РА оценивалась по индексу DAS 28. В исследовании преобладали женщины 158 (75,2%) с умеренной степенью активности РА. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование АД (Meditech card (x) plore (Венгрия), ЭХОКГ (Toshiba Aplio), индекс массы миокарда рассчитывался по формуле Ren Convention. Всем обследуемым проводилась определение СРБ, липидограммы, микроальбуминурии (МАУ), креатинина сыворотки крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD, оценка 10-летнего риска по шкале SCORE. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 6.0 (Statsoft, США), Biostatistica 4.0 (McGraw – Hill).

Результаты и обсуждение. Ключевым маркером воспаления традиционно признан С-реактивный белок. Корреляци-

онный анализ показал достоверную зависимость СРБ с некоторыми количественными показателями, отражающими сердечно-сосудистую патологию: толщиной комплекса интима-медиа общей сонной артерии (мм) $r = 0,28$, $p = 0,0001$; извитостью артериол глазного дна (у. е.) $r = 0,18$, $p = 0,048$; скоростью клубочковой фильтрации (мл/мин) $r = -0,31$, $p = 0,001$; пульсовым давлением по СМАД $r = 0,21$, $p = 0,01$; общим холестерином (ммоль/л) $r = 0,20$, $p = 0,009$; холестерином липопротеидов низкой плотности (ммоль/л) $r = 0,19$, $p = 0,003$; холестерином липопротеиды высокой плотности (ммоль/л) $r = -0,18$, $p = 0,003$; индексом массы миокарда левого желудочка ($г/м^2$) $r = 0,20$, $p = 0,009$; риском по SCORE $r = 0,25$, $p = 0,012$.

Таким образом, установлена статистически значимая корреляция СРБ как маркера воспаления при ревматоидном артрите с ТИМ общей сонной артерии и ангиопатией сетчатки, скоростью клубочковой фильтрации, показателями липидного спектра, индексом массы миокарда левого желудочка и риском смерти по SCORE.

023 РОЛЬ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России", Волгоград, Россия

Цель: изучение возможности коррекции дефицита магния у медицинских работников с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Проведено исследование содержания магния в сыворотке и эритроцитах крови у 68 медицинских работников с артериальной гипертензией 2 степени и в контрольной группе (23 практически здоровых человека в возрасте от 40 до 62 лет). Средний возраст в контрольной группе составил – $49,8 \pm 5,2$ лет и статистически не отличался от исследуемой группы – $47,6 \pm 8,4$ ($p > 0,05$). Медработников с метаболическим синдромом распределили на две группы: без дефицита магния в эритроцитах ($Mg_{эр} = 1,79 \pm 0,08$ ммоль/л; $p > 0,05$ к контрольной группе) и с дефицитом магния ($Mg_{эр} = 1,47 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,05$). Медицинским работникам с дефицитом магния назначили следующее лечение: 19 медработникам к базисной антигипертензивной терапии добавили препарат магне В₆ (курсовая доза магния 7200 мг). Схема назначения: 1-я неделя – 6 таблеток в сутки, 2–6-я недели – 3 таблетки в сутки; 16 медработникам к базисной антигипертензивной терапии добавили препарат магнерот (курсовая доза магния 6986 мг). Схема назначения: 1–4-я недели – 6 таблеток в сутки, 5–6-я недели 3 таблетки в сутки; 14 медработникам к базисной антигипертензивной терапии добавили препараты калия и магния аспарагинат, а затем магне В₆ (курсовая доза магния 7154 мг). Схема назначения: 1-я неделя препараты калия и магния аспарагинат 500 мл в/в 1 раз в сутки, 2–3-я недели магне В₆ 4 таблетки в сутки, 4–5-я недели 3 таблетки в сутки. После проведения лечения препаратом магне В₆ отмечено статистически достоверное увеличение концентрации Mg^{2+} в эритроцитах на 32,5%, в плазме на 36,1% ($p < 0,001$), препаратом магнерот – в эритроцитах на 22,5%, в плазме на 21,9% ($p < 0,001$), препаратами калия и магния аспарагинат и магне В₆ – в эритроцитах на 25,2%, плазме на 23,2% ($p < 0,05$). Изучалось содержание общего холестерина в зависимости от содержания магния в эритроцитах. В группе медработников с дефицитом магния выявлено достоверно большее содержание общего холестерина, чем в группе без дефицита магния в эритроцитах. После проведения лечения препаратом магне В₆ отмечено снижение уровня общего холестерина на 11,3% ($p < 0,05$), препаратом магнерот – на 6,7% ($p < 0,05$), препаратами калия и магния аспарагинат и магне В₆ – на 10,9% ($p < 0,05$).

Результаты: наибольший процент восполнения уровня магния наблюдался в группе медработников, принимавших магне В₆. При добавлении препаратов магния к основной

гипотензивной терапии происходит снижение уровня общего холестерина.

Выводы: для оценки коррекции магниевого дефицита необходимо определять уровень магния в эритроцитах. Препарат магне В₆ может быть рекомендован для коррекции дефицита магния при метаболическом синдроме. Полученные данные свидетельствуют об участии магния в липидном обмене при метаболическом синдроме.

024 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ МОДИФИКАЦИИ

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

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», Волгоград, Россия

Цель: оценить факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и возможности их коррекции у медицинских работников.

Материал и методы. На первом этапе исследования были обследованы 420 медицинских работников в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало анкетирование, антропометрический и лабораторный методы исследования. Использованы опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни (SF-36, EQ-5D), анкета ВОЗ по нарушению сна. Коррекция выявленных факторов риска проводилась при помощи индивидуальных рекомендаций. На втором этапе исследования проводилось 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.

Результаты: у 40% обследованных медицинских работников отмечены 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 почти вдвое снизился уровень глюкозы крови по всей группе респондентов, причем в группе А — уменьшение в 3 раза и в 1,5 раза соответственно, 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 приводит к улучшению показателей качества жизни медицинских работников.

025 ИННОВАЦИОННЫЙ ПРЕПАРАТ «КАРДОСТЕН» В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», Волгоград, Россия

Цель: Оценить антигипертензивное действие, безопасность и переносимость кардостена (препарата на основе сверхмалых доз к С-концевому фрагменту АТ₁-рецептора ангиотензина II) у медицинских работников с артериальной гипертензией 1–2 степени.

Материал и методы. Включались медработники, страдающие гипертонической болезнью, с офисными значениями диастолического АД (ДАД) 90–109 мм рт. ст., при уровне систолического АД (САД) не более 179 мм рт. ст., у которых по данным суточного мониторирования АД (СМАД) регистрировалось среднесуточное АД >135/85 мм рт.ст. В начале и в конце исследования определяли уровень гликемии, креатинина и калия. Общие анализы крови и мочи, УЗИ почек проводили только перед включением в исследование. Лабораторные исследования выполнялись по общепринятым методикам. В исследовании приняли участие 30 медработников, больных артериальной гипертензией (13 мужчин и 17 женщин). Средний возраст пациентов составил $51,2 \pm 5,1$ лет, средняя длительность заболевания — $11,8 \pm 5,2$ лет. Индекс массы тела в среднем составил $27,4 \pm 4,1$ кг/м². Кардостен назначался по 1 таблетке 3 раза в день. Через 4 недели при офисном значении диастолического АД 90 мм рт.ст. и выше дозу кардостена увеличивали до 2 таблеток 3 раза в день. Длительность наблюдения составила 6 недель.

Результаты. При анализе данных СМАД после проведенного лечения отмечено умеренное достоверное снижение среднесуточных показателей САД (на 6,6%) и ДАД (на 6,7%), что привело к уменьшению индекса площади САД (на 20,1%) и более выраженному — ДАД (на 32,4%). При анализе лабораторных данных отмечено, что биохимические показатели крови, отражающие безопасность применения препарата, достоверно не изменялись. Побочных эффектов на фоне терапии кардостеном не зарегистрировано.

Выводы: Кардостен при использовании в виде монотерапии в течение 6 недель оказывает достоверное антигипертензивное действие, снижая систолическое АД на 6,6% и диастолическое АД на 6,7%. Кардостен может быть использован при артериальной гипертензии 1–2 степени в дозе 1–2 таблетки 3 раза в день.

026 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ МОДИФИКАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ

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

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», Волгоград, Россия

Цель: провести сравнительный анализ качества жизни и приверженности к здоровому образу жизни медицинских работников и лиц других профессий.

Материал и методы. Обследовано 420 медицинских работников и 340 лиц других профессий в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало проведение анкетирования, антропометрический, лабораторный и психометрический методы. Использовались опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни SF-36, EQ-5D, анкеты ВОЗ по нарушению сна.

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 неме-

дицинских 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 медработников взаимосвязь более выражена.

027 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Бек Н. С.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель: выявить и оценить взаимосвязи между мочевой кислотой (МК), адипокинами (лептин, адипонектин), С-реактивный протеин (СРП), липидами крови и антропометрическими показателями у женщин с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне избыточной массы тела (МТ) и ожирения (ОЖ).

Материал и методы. В исследование включены 46 пациенток с ГБ возрастом $48,3 \pm 2,8$ лет. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациентки были поделены на две группы: 1 группа – 22 пациентки с избыточной МТ (ИМТ $25-29,9$ кг/м²); 2 группа – 24 пациентки с ОЖ I степени (ИМТ $30-34,9$ кг/м²). Изучались масса тела, рост, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ); уровень артериального давления (АД) на плечевой артерии; содержание в крови МК, лептина (Л), адипонектина (АН), СРП, глюкозы, креатинина; показатели липидограммы. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле Cockcroft – Gault. Статистическую обработку результатов проводили, используя пакет программ “Statistica for Windows 5.0” (Statsoft, USA). Показатели сравнивали с помощью критерия Манн–Уитни (уровень достоверности $p<0,05$), поданы как медиана [нижний – верхний квартиль], корреляционные связи подавали по критерию τ Кендалла.

Результаты. Пациентки 1 и 2 групп достоверно отличались по уровню систолического АД (САД) ($150,0$ [$140,0-150,0$] мм рт.ст. и $160,0$ [$152,0-170,0$] мм рт.ст., $p=0,01$), пульсовому АД (ПАД) ($60,0$ [$45,0-70,0$] мм рт.ст. и $70,0$ [$60-80$] мм рт.ст., $p=0,03$), СКФ ($74,0$ [$65,0-86,0$] мл/мин, и $65,0$ [$54,0-74,0$] мл/мин, $p=0,02$), уровнем МК ($236,3$ [$185,2-305,3$] мкмоль/л и $284,1$ [$240-355,9$] мкмоль/л, $p=0,04$), СРП ($1,7$ [$0,7-3,4$] мг/л и $3,1$ [$1,4-5,5$] мг/л, $p=0,04$), глюкозы крови ($4,9$ [$4,3-5,4$] ммоль/л и $5,3$ [$4,8-6,9$] ммоль/л, $p=0,04$). Достоверные корреляционные связи в 1 группе пациенток выявлены между Л с одной стороны и массой тела ($\tau=0,39$, $p=0,02$), ИМТ ($\tau=0,38$, $p=0,03$), уровнем МК ($\tau=0,36$, $p=0,03$) с другой. АН коррелировал с возрастом пациенток ($\tau=0,80$, $p=0,0006$) и глюкозой крови ($\tau = -0,56$, $p=0,02$). В группе 2 выявлены достоверные корреляционные связи между Л и массой тела ($\tau = 0,4$, $p=0,03$) и множественные взаимосвязи уровня СРБ: с ИМТ ($\tau = 0,32$, $p=0,04$), отношением ОТ/ОС ($\tau=0,5$, $p=0,002$), глюкозой крови ($\tau=0,44$, $p=0,03$), триглицеридами ($\tau = 0,35$, $p=0,03$), ХС-ЛПОНП ($\tau = 0,36$, $p=0,03$).

Выводы. 1. У женщин с ГБ и ОЖ выше уровень САД и ПАД, что может указывать на возрастные артериальной жесткости, наблюдаются нарушения углеводного, пуринового обмена и снижение функции почек. 2. Уровень Л увеличивается с возрастанием массы тела, что ассоциируется с повышением уровня МК у пациенток с избыточной МТ. 3. При ГБ и избыточной МТ уровень АН может увеличиваться с возрастом, а снижение уровня АН ассоциируется с нарушением углеводного обмена.

028 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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, Россия

Вопрос о верификации осложнений после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) с помощью лабораторных тестов остаётся нерешённым. Учитывая multifunctionальность тромбина, мы предположили, что интенсивность его образования отражается на сократительной способности миокарда и может дать дополнительную информацию о состоянии коронарного русла после ЧКВ.

Цель: изучить взаимосвязь между показателями теста генерации тромбина (ТГТ) и данными стресс-ЭхоКГ.

Материал и методы. Исследовалась венозная кровь 13 больных ИБС в возрасте от 53 до 77 лет до ЧКВ и через 6 месяцев после вмешательства. Контрольную группу составили 11 практически здоровых людей без клинических проявлений ИБС. ТГТ проводился с помощью метода Calibrated Automated Thrombogram (CAT) 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 следующей формуле: $V = \text{Peak} / (\text{TTP} - \text{LT})$. Изменение регионарной сократимости миокарда оценивалось с использованием метода стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой на тредмиле. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы SPSS 13.0. Оценку достоверности различий между двумя независимыми выборками проводили 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 ($1393,5$ нМ/мин – $1624,0$ нМ/мин) и Peak ($205,2$ нМ – $283,3$ нМ). Напротив, тенденция к снижению была выявлена у временных показателей ТГТ: LT ($2,7$ мин – $2,3$ мин) и TTP ($6,7$ мин – $6,0$ мин). При сравнении показателей стресс-Эхо до и после ЧКВ установлено наличие статистически значимых отличий между ME ($4,6$ ед. – $8,9$ ед.) и INHPS-стресс ($1,8-1,4$) ($p<0,05$). До оперативного вмешательства 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 ($r = 0,89$; $p<0,05$) INHPS до нагрузки и после неё.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии интенсивности образования тромбина на сократительную способность миокарда. Следовательно, показатели ТГТ могут давать дополнительную информацию о состоянии коронарного кровотока после ЧКВ. Однако причины выявленной взаимосвязи требуют дальнейшего изучения.

029 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОНБРЕЗА БРИЗХАЛЕР (ИНДАКАТЕРОЛ) У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ И СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Беренштейн Н. В., Лохина Т. В., Киреева М. В.

ГБУЗ ГКБ СМП им.Г.А.Захарьина, Пенза; ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава РФ, Пенза; ГБУЗ "Городская больница № 2", Пенза, Россия

Цель: изучить безопасность и эффективность применения онбреза у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС, стабильной стенокардией напряжения I–III ФК, сопровождающейся желудочковой и/или суправентрикулярной экстрасистолией.

Материал и методы: наблюдалось 20 больных с ХОБЛ средней (50%) и тяжелой (50%) степени (согласно рекомендациям Gold). Средний возраст составил 56 лет (55–65 лет). Все пациенты получали базисную терапию ингаляционные глюкокортикостероиды и b2-агонисты по требованию, кроме того, 30% больных принимали пролонгированные метилксантины (тэопек 300мг с сутки). К базисной терапии добавляли онбрез бризхалер в дозе 150 мкг/сут в течение 6 месяцев. Следует заметить, что опыт применения данного препарата не значителен, так как пролонгированный b2-агонист 24-х часового действия появился в арсенале практической медицины недавно. Всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ до назначения онбреза и через 1 и 6 месяцев. Причем схема индивидуально подобранной лекарственной терапии ИБС в данный период времени не изменялась. Оценивались показатели: частота экстрасистолии, среднесуточная ЧСС, дневная и ночная ЧСС, изменение сегмента ST. А также дважды проводилась спирометрия: до назначения онбреза и по истечении 6 месяцев. Оценивались показатели: ОФВ1, ЖЕЛ, индекс Тиффно.

Результаты: на фоне применения ингалятора Онбрез Бризхалер отмечалось значительное снижение потребности в b2-агонистах короткого действия, уменьшение дозы метилксантинов, а также субъективное уменьшение одышки и увеличение толерантности к физической нагрузке. Однако, значимых изменений спирометрии не наблюдалось. По результатам холтеровского мониторирования ЭКГ отрицательной динамики по частоте эктопических комплексов, а также по частоте и длительности эпизодов депрессии сегмента ST не наблюдалось, а в 4-х случаях (8%) имело место уменьшение количества экстрасистол.

Выводы: у пациентов с ХОБЛ сопутствующая кардиальная патология в виде нарушений ритма, приводит к ограничению применения b2-агонистов короткого действия и метилксантинов. Добавление к базисной терапии пролонгированного b2-агониста, кратность назначения которого один раз в сутки, значительно снижает дополнительную потребность в бронхолитиках короткого действия и ксантинах, тем самым улучшает качество жизни и профиль безопасности бронхолитической терапии. Кроме того, не приводит к учащению экстрасистолии у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения I–III ФК при условии предварительного назначения оптимальной лекарственной терапии по данной нозологии. Однако, полученные данные не позволяют сделать окончательные обоснованные выводы о безопасности применения Онбреза у больных ХОБЛ с сопутствующей ИБС, сопровождающейся желудочковой и/или суправентрикулярной экстрасистолией, в связи с малым объемом выборки. Данное направление требует дальнейшего исследования.

030 ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ КОРДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

Беренштейн Н. В., Лохина Т. В.

ГБУЗ ГКБ СМП им.Г.А.Захарьина, Пенза; ГБОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: проанализировать клинические случаи развития лекарственно-индуцированных интерстициальных поражений легких при приеме кордарона у больных с нарушениями ритма.

Материал и методы: в период с 01.12.2011 по 01.12.2012 выявлено три случая лекарственного поражения легких с развитием интерстициальной пневмонии на фоне приема кордарона в дозе 600 мг в сутки. Препарат назначался в соответствии со стандартами антиаритмической терапии, больные находились на стационарном лечении в кардиологических отделениях, в последующем наблюдались амбулаторно у пульмонолога. Всем больным проводились стандартное рентгенографическое исследование органов грудной клетки, компьютерная томография, спирометрия.

Результаты: во всех случаях события развивались остро и сопровождалась не специфичной респираторной симптоматикой: лихорадка, одышка, кашель. Аускультативная картина также была не специфична (крепитирующие хрипы). В связи с чем, клиника расценивалась как застойная пневмония на фоне декомпенсации хронической сердечной недостаточности и больные получали соответствующую этиопатогенетическую терапию. Данные рентгенограмм оказались не информативными, так как ни разу при трактовке найденных изменений не было высказано предположение о возможном интерстициальном поражении легких. Верифицирующим исследованием стала компьютерная томография органов грудной клетки, с помощью которой были выявлены характерные изменения по типу "матового стекла". После отмены кордарона и назначения системных глюкокортикостероидов во всех случаях отмечалась положительная динамика (нормализовалась клиничко-аускультативная и рентгенологическая картина).

Выводы: учитывая сложности в диагностике лекарственно-индуцированных поражений легких, обусловленные неспецифичностью клиничко-лабораторных данных, при назначении кордарона необходимо критично рассматривать респираторную симптоматику для активного выявления интерстициальных лекарственных поражений легких, в том числе развития "острого амиодаронового легкого". Приведенные клинические случаи еще раз подтверждают малую информативность рентгенографического исследования при интерстициальных поражениях легких и диктуют обязательность проведения компьютерной томографии при подозрении на данную патологию у больных принимающих кордарон.

031 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Блинова В.В., Скворцов Ю. И., Бурлака А. П., Гришаева И. В.

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

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности динамического наблюдения различной кратности за больными артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями.

Материал и методы. В исследование включено 216 больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $55,2 \pm 1,3$ года), среди них 162 женщины (76,7%, средний возраст $56,1 \pm 1,5$ лет) и 54 мужчины (23,3%, средний возраст $50,5 \pm 1,1$ лет). Всем больным проводили клиничко-физикальное (антропометрические показатели), лабораторное (параметры липидного спектра, уровень глюкозы в сыворотке крови) и инструментальное (ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД) исследование.

Больные были разделены на 4 группы: первая группа (36 человек) наблюдалась у кардиолога в поликлинике по месту жительства 1 раз в месяц, вторая группа (72 человека) наблюдалась у кардиолога 1 раз в 3 месяца, третья группа (60 боль-

ных) — 1 раз в 6 месяцев, четвертая группа, состоявшая из 48 больных, наблюдалась спонтанно, в связи с ухудшением состояния. Продолжительность исследования составила 12 месяцев. Все выделенные группы в начале исследования были сопоставимы по возрасту, полу, росту, весу, показателям артериального давления, концентрации глюкозы в сыворотке крови, а также длительности заболевания, наличию сопутствующих патологий и социально-экономическому положению.

Результаты. Госпитализация в течение года вследствие прогрессирования артериальной гипертензии отмечена у 3 (8,33%) больных первой группы, у 7 (9,72%) больных второй группы, у 15 (25%) — больных третьей группы и у 24 (50%) больных четвертой группы. Острый инфаркт миокарда в течение года был зафиксирован в 1,67% (1 человек) случаев в третьей группе и в 4,17% (2 человека) — в четвертой группе. Острое нарушение мозгового кровообращения в течение года было диагностировано у 1 (1,67%) больного третьей группы и у 2 (4,17%) больных четвертой группы. Годичная летальность во третьей группе составила 1,67% (1 человек), в четвертой — 2,08% (1 человек), причиной смерти больного третьей группы послужило острое нарушение мозгового кровообращения, а больного четвертой группы — инфаркт миокарда. В первой и во второй группах острых нарушений мозгового кровообращения, острый инфарктов миокарда, а также летальных случаев не было зафиксировано. Госпитализация, связанная с прогрессированием нарушений углеводного обмена была зафиксирована в течение года у 3 (8,33%) больных первой группы, 6 (8,33%) больных второй группы, у 13 (21,67%) больных третьей и 20 (41,67%) больных четвертой групп.

Вывод. Диспансерное наблюдение за больными артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями производимое не реже 1 раза в 3 месяца позволяет снижать число госпитализаций, а также летальность. Статистически значимой разницы в первой и второй группах по числу перенесенных острых нарушений мозговых кровообращений, острых инфарктов миокарда и госпитализаций по поводу прогрессирования артериальной гипертензии и нарушений углеводного обмена не зафиксировано.

032 СОСТОЯНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕКСИКОРОМ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Болдырева Ю. А., Михин В. П., Чернятина М. А., Визиренко Н. А.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Проблема лечения артериальной гипертензии, несмотря на наличие в настоящее время большого арсенала гипотензивных средств, по-прежнему остается актуальной. В связи с тем, что при использовании любых гипотензивных препаратов их эффект реализуется во многом за счет эндотелийзависимой вазодилатации, обеспечивающейся оксидом азота, и связан со степенью жесткости сосудистой стенки, применение ряда кардиопротекторов (мексикор), сочетающих в себе как антиоксидантные, так и цитопротективные свойства представляются оправданными.

Цель: изучить влияние мексикора на суточный профиль артериального давления у больных гипертонической болезнью II степени II стадии в сочетании комплексной гипотензивной терапией.

Материал и методы: в исследование включено 30 больных (12 мужчин и 18 женщин) гипертонической болезнью (II степени II стадии), в возрасте 55,3±67,9 лет.

Методы исследования включали общеклиническое обследование и суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

В ходе исследования было сформировано две группы. Пациенты обеих групп получали лозартан 50–100 мг/сут, в зависимости от возраста и массы тела. В основной группе терапия дополнялась мексикором (300мг/сут.) в течение 2 месяцев. Все больные ранее не лечились или принимали препараты нерегулярно. Обследования СМАД проводилось первично в стационаре и повторно через 2 месяца.

Результаты: через 2 месяца при сравнительной оценке параметров суточного профиля артериального давления установлено, что в основной группе наблюдалось более раннее снижение среднего САД на 22%, среднего ДАД на 17%, индекса времени гипертензии САД на 64%, индекса времени гипертензии ДАД на 45%, а также снижение максимального САД и ДАД на 20% и 16% соответственно, в отличие от контрольной группы.

Выводы: Включение мексикора в сочетании с основной терапией позволило улучшить суточный профиль артериального давления, ускорить достижение целевого уровня артериального давления у больных гипертонической болезнью и получить выраженный гипотензивный эффект.

033 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1 У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Бочкарева О. И., Тарасов А. А., Резникова Е. А.

ГОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет", Волгоград, Россия

Цель: сравнительная оценка случаев повышения уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и случаев аутоиммунных нарушений у больных, не страдающих ИБС и СД, с высоким сердечно-сосудистым риском (более 5% по SCORE), и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления по Fabbri и Rabe. Данные состояния являлись критериями включения в исследование.

Материал и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 40 больных, имеющих критерии включения, и 30 относительно здоровых лиц без критериев синдрома хронического системного воспаления (контрольная группа) 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" инструкциями 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. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики, достоверность различий оценивали при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин.

Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 32,5% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 30% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 25% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 10%, 16,7% и 13,3% соответственно. Значения, превышающие верхнюю границу нормальных показателей для ЭТ-1, в основной группе отмечены в 10% случаев (4 человека); в контрольной группе у 3 человек (6,7%) имело место повышение концентрации ЭТ-1 в сыворотке, что достоверно не отличалось от аналогичного показателя в основной группе. Таким образом, количество больных с признаками аутоиммунного воспаления в группе лиц с синдромом хронического системного воспаления оказалось достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в контрольной группе. Количество больных с повышенной концентрацией ЭТ-1 в основной группе оказалось достоверно ($p < 0,05$) ниже количества больных с признаками аутоиммунного повреждения соединительнотканых структур сосудистой стенки и не отличалось от аналогичного показателя в контрольной группе.

Выводы. Наличие синдрома хронического системного воспаления даже в отсутствии СД и ИБС ассоциировано с развитием аутоиммунного воспаления, направленного на компоненты соединительной ткани сосудистой стенки. При этом количество больных, имеющих аутоиммунные маркеры, при синдроме хронического системного воспаления достоверно превышает число больных с активационной формой эндотелиальной дисфункции по вазомоторному типу, протекающей в виде гиперпродукции ЭТ-1. Различия в продукции ЭТ-1 у больных с высоким и низким сердечно-сосудистым риском в отсутствие ИБС и СД достоверного характера не носят.

034 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (НЦД) И МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Бояркина Л. Ю.

ФГКУ “321 ВКГ Министерства обороны Российской Федерации”, Чита, Россия

Возникновение функционального заболевания сердца, связанного с физическим перенапряжением во время военной службы описывали W. McLean, J. M. Da Costa, J. Machenzie. Термин “нейроциркуляторная дистония” был предложен Н. Н. Савицким (1952). НЦД может быть определена, как вариант первично-функциональной вегетативной и нейрогуморальной дисфункции. Установлена патогенетическая взаимосвязь между вегетативной дисфункцией и МАС.

Цель: изучение клинических проявлений при НЦД и МАС.

Материал и методы. Обследованы военнослужащие срочной службы от 18 до 26 лет: 159 с “кардиальными” жалобами и клиническими проявлениями вегетативной дисфункции (1 группа) и 143 практически здоровых лиц (2 группа). Всем были проведены ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты. В первой группе у 49,7% (n=79) была установлена НЦД без изменений сердца по ЭхоКГ, с полиморфной клинической картиной и/или повышенными цифрами АД. Жалобы остальных пациентов этой группы сводились к кардиалгиям, перебоям в работе сердца, плохой переносимостью нагрузок, у 6,9% из них был ПМК с МР (n=11), сеть Хиари у 1,3% (n=2), у 22,6% (n=36) множественные ЛХ, в 19,5% сочетанные МАС (n=31). Во второй группе при отсутствии жалоб: ПМК с МР у 13,3% (n=19), изолированные ПТК, сеть Хиари, дополнительные трабекулы у 6,3% (n=9), АХЛЖ у 18,9% (n=27), сочетанные МАС (ПМК, аневризма МПП и др.) у 17,5% (n=25), норма у 44% (n=63). На ЭКГ при НЦД у 11,4% наблюдался предсердный ритм, миграция водителя ритма (n=9), у 31% (n=25) лабильные, медикаментозно – зависимые изменения з.Т в II,III,aVF, реже в других отведениях, частые НЖЭС у 10,1% (n=8), предсердная бигеминия в 1,25%, норма у 46,25%. При “симптомных” МАС и бессимптомных МАС во второй группе на ЭКГ регистрировались: измененный з.Т V₁₋₃, у 15% (n=12) и 19% (n=15) соответственно, НЖЭС у 2,5% (n=2), ЖЭ у 21,3% (n=17) и 12,5% (n=10), аллоритмия у 6,3% (n=5) и 1,25% (n=1) норма у 54,9% и 67,25%. При ПМК отмечен феномен WPW во второй группе, при АЛХ в 30% наблюдался СРРЖ. Отклонений от нормы показателей трансмитрального кровотока и индексированных показателей обнаружено не было. В тоже время у лиц с МАС в сочетании с СРРЖ и подъемом ST в II,III,aVF, V5–6 выше индексированный размер ЛЖ и объем ЛП. При НЦД тенденция к росту ИММ, а у лиц с АХЛЖ и сочетанными МАС к уменьшению ФВ.

Выводы: 1. НЦД широко распространена у военнослужащих, жалобы больных разнообразны, клиника зависит от типа НЦД. В рамках аритмического синдрома чаще встречаются НЖЭС. Тенденция к увеличению ИММ при НЦД по сравнению

с МАС и здоровыми лицами связана с влиянием катехоламинов на миокард.

2. Жалобы у пациентов с МАС отсутствуют или малосимптомны. Необходимость диагностики МАС обусловлены их распространенностью, развитием ЖЭ, в том числе у бессимптомных пациентов. Наиболее аритмогенные МАС: АХ, ПМК, аневризма МПП. СРРЖ является частым ЭКГ феноменом и маркером МАС (АХЛЖ). Имеется тенденция к уменьшению ФВ у лиц с множественными АХЛЖ и сочетанными МАС. Особенно неблагоприятны сочетания с поперечными (в средней трети) хордами в ЛЖ, ограничивающими его расслабление.

035 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Брагина А. Е., Мурашко Н. А., Подзолков В. И.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им.И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: исследование влияния факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровень стабильных метаболитов оксида азота (NO_x) в плазме крови больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), не получающих систематическую антигипертензивную терапию.

Материал и методы: обследовано 124 больных АГ (45 мужчин и 79 женщин) (средний возраст 51,4±6,5 лет, средняя продолжительность АГ 8,5±7,6 лет). В группу контроля вошли 25 здоровых человек сопоставимого возраста. Концентрацию NO_x в плазме определяли методом спектрофотометрии. Результаты исследования обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Висцеральное ожирение (ОЖ) выявлялось у 64% больных АГ, дислипидемия (ДЛ) – 80,6%, гипергликемия (ГГ) – 41,6%, курили – 26,6%. Уровень NO_x у больных АГ был выше (43,18±21,7мкмоль/л), чем в группе контроля (28,3±9,6мкмоль/л) (p=0.01) и уменьшался по мере нарастания степени АГ: 47,8±23,6 – при 1 степени; 44,1±23,1 – при 2 степени и 40,8±20,9мкмоль/л при 3 степени АГ (p=0.02). Была получена достоверная корреляционная зависимость между уровнем NO_x и степенью АГ (r= –0,33, p<0,05). В группе курящих больных АГ уровень NO_x был выше, чем в группе некурящих (44,2±18,7 и 40,2±21,2 мкмоль/л, соответственно, p<0,05). Была получена достоверная корреляционная зависимость между уровнем NO_x и курением (r=0,26, p < 0,05). У больных с ГГ (46,5±23,9мкмоль/л) концентрация NO_x была достоверно выше, чем в группе без ГГ (38,6±18,2мкмоль/л) (p<0,05). Была получена достоверная корреляционная зависимость между NO_x и уровнем глюкозы крови (r=0,32, p<0,05). Концентрация NO_x достоверно не отличалась в группах больных АГ с наличием (43,2±22,2мкмоль/л) и отсутствием ДЛ (42,05±21,1мкмоль/л) (p>0,05). В группе больных с ОЖ (38,8±17,9мкмоль/л) уровень NO_x был ниже, чем в группе без ОЖ (48,5±24,7мкмоль/л). Была получена достоверная корреляционная зависимость между уровнем NO_x и наличием ОЖ (r= –0,44, p<0,05) и его степенью (r= –0,3, p<0,05).

Заключение: У больных АГ факторы риска ССЗ по-разному влияют на уровень NO_x. Наличие АГ, ГГ и курение сопровождаются увеличением уровня NO_x, ОЖ – уменьшением этого показателя.

036 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОПОНИНОВОГО ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Брежнева Е. Б.¹, Долгих СВ.², Верник Г. В.², Любова А. В.¹

¹ГУ “Луганский государственный медицинский университет”, Луганск; ²Луганская городская многопрофильная больница № 7, Луганск, Украина

Цель: определить предсказательную ценность тропонино-вого теста у больных прогрессирующей стенокардией, осложненной фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Обследовано 105 пациентов с прогрессирующей стенокардией (ПС) — 1-я группа (женщин — 43, средний возраст — 63 года, мужчин — 62, средний возраст — 56 лет) и 37 с ПС, осложненной фибрилляцией предсердий (ФП) — 2-я группа (женщин — 24, средний возраст — 73 года, мужчин — 13, средний возраст — 65 лет). Диагнозы установлены в соответствии со стандартами обследования. У всех больных методом электрохемилуминесценции определялся Тр Т hs “Cotass e-411”, “Ром Диагностикс” Roche. Верхний предел нормы (99-й перцентиль) для тропонина Т — 14 пг/мл, 95% доверительный интервал 12,7–24,9 пг/мл. Для сравнения показателей Тр Т двух групп был использован критерий Стьюдента. Связь между показателем Тр Т и ФП оценивали с помощью бисериального коэффициента корреляции. Для вычисления достоверности диагностического теста использовалась четырехпольная таблица. Вероятность изменения Тр при ПС с ФП определялась с помощью таблицы интерпретаций различных отношений правдоподобия.

Результаты. При сравнении ТрТ у больных ПС (13,1±0,52 пг/мл) и больных ПС с ФП (17,76±1,02 пг/мл) выявлено статистически значимое различие ($p<0,001$). Связь между показателем Тр и ФП была слабой, но статистически значимой. Бисериальный коэффициент оказался равен 0,35. Доля повышенного ТрТ в группе больных ПС с ФП (чувствительность) составила 68%, доля негативных результатов теста в группе больных ПС (специфичность) составила 61%. Прогностическая ценность положительного результата — 38%, прогностическая ценность отрицательного результата — 84%, отношение правдоподобия для положительных результатов теста оказалось равным 1,74, что свидетельствует об увеличении вероятности повышения уровня ТрТ у больных ПС с ФП, однако степень ее увеличения оценивается как минимальная.

Выводы: среди больных ПС с ФП повышенный уровень ТрТ (выше 14 пг/мл) определялся у 67% обследованных. Среди пациентов с ПС ТрТ повышенным был в 38% случаев. Уровень ТрТ в сравниваемых группах статистически достоверно отличался. Имелась прямая корреляционная связь между наличием фибрилляции и уровнем ТрТ у больных ПС. При этом степень повышения ТрТ у больных ПС с ФП по сравнению с уровнем ТрТ больных ПС была минимальной. Уровень ТрТ в группе больных ПС с ФП находился в “серой” зоне. Это означает, что пациенты, имеющие ФП при ПС входят в группу риска развития инфаркта миокарда.

037 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ КАРДИОПАТИЕЙ

Брек В. В., Кучеренко О. Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить особенности влияния антагониста медленных кальциевых каналов дилтиазема на клиническое течение суправентрикулярной экстрасистолии у больных климактерической кардиопатией.

Материал и методы. Обследовано 24 больных с климактерической кардиопатией в возрасте 49–50 лет. У 13 больных (59,1%) наблюдался климактерический синдром; у 12 (54,8%) — признаки ишемической болезни сердца (ИБС); у 10 (45,5%) — нарушения ритма в виде суправентрикулярной экстрасистолии. У 14 пациенток на ЭКГ определялся отрицательный или 2-х фазный зубец Т. Дилтиазем назначали по 60 мг 3 раза в день. Продолжительность лечения составила 6 недель. Состояние сократительной функции миокарда и показатели центральной гемодинамики определяли с помощью импульсной ЭхоКГ.

Результаты. Под влиянием лечения верапамилом выраженность кардиалгического синдрома уменьшилась у 16 больных (72,7%); частота приступов стенокардии у больных ИБС снизилась с $3,58 \pm 0,31$ в сутки до лечения до $1,83 \pm 0,32$ после

($p<0,05$); суправентрикулярная экстрасистолия полностью исчезла у 9 больных. Лечение препаратом сопровождалось незначительным увеличением размеров полости левого желудочка как в систолу, так и в диастолу. Препарат не вызывал значимого уменьшения фракции выброса. ЧСС, АД достоверно снижались. ОПСС снизилось с $1528,3 \pm 129,7$ до лечения до $963,4 \pm 83,7$ дин $\times$ см $^{-5}$ после ($p<0,05$).

Выводы. Антагонист кальция дилтиазем у больных с дисгормональной кардиопатией оказывал антиаритмическое действие, снижая частоту суправентрикулярной систолии, способствовал снижению выраженности кардиалгий, частоты ангинозных приступов. Он вызывал урежение ЧСС, снижал АД, ОПСС.

038 ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В ПРОСПЕКТИВНОМ ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Бритов А. Н.¹, Елисеева Н. А.¹, Деев А. Д.¹, Мирошник Е. В.², Сибирева В. В.³, Дроздецкий С. И.⁴, Инарокова А. М.⁵, Нечаева Г. И.⁶

¹ФГБУ ГНИЦПМ МЗ России, Москва; ²ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, ФМБА России, Москва; ³Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород; ⁴Нижегородская медицинская академия, Нижний Новгород; ⁵Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик; ⁶Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

С целью разработки алгоритма интегральной оценки общественного здоровья, основанного на результатах обследования представительных выборок в 2009–2011 годах в различных регионах России в организованных популяциях: Н. Новгород, В. Новгород, Вологда, Омск и Нальчик (2227 человек) с использованием специально разработанных вопросников, данных диспансеризации и простейших антропометрических (в том числе индекс массы тела — ИМТ) и функциональных методов проводится проспективное (через 3 года) популяционное исследование.

Методами для оценки индивидуального и общественного здоровья служили вопросники на выявление социально-экономического статуса, соматического и психологического состояния здоровья (индекс жизненного стиля, социальной адаптации, саногенной рефлексии, шкала психотизма Г. Айзенка и нравственный потенциал развития личности, синдром эмоционального выгорания, госпитальная шкала тревоги и депрессии, международная шкала на выявление стресса “PSS”). Комплексно эти методы были впервые нами применены для популяционных научных исследований. Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SAS.

В 2012 году был проведен скрининг в городах: Нижний Новгород и Нальчик. Скрининг одной и той же организованной популяции проведен у 831 человека (359 мужчин и 472 женщины). Отклик (охват обследованием) составил в Нижнем Новгороде — 96,2%, а в Нальчике — 78,2%. Кроме того, в 2013 году будет проскринировано по 500 человек в Великом Новгороде и Омске. Конечные точки (новые случаи всех заболеваний и смертей по расширенным критериям) составили 13%. Мы проанализировали частную корреляцию по Спирмену, где изучали корреляционную связь новых конечных точек в зависимости от 2-х типов переменных: физиологических и психологических параметров. Оказалось, что даже анализируя данные на 831 человека (первично было обследовано 2227 человек) выявлено, что психологические признаки сильно опережают по значимости влияния на состояние здоровья популяции физиологические параметры ($p<0,0078$ против $p<0,078$). Среди параметров, влияющих на “конечные точки” наибольшее достоверное значение имели: умеренный уровень благосостояния ($p<0,079$), плохое здоровье ($p<0,08$), наличие любых бронхо-легочных заболеваний

($p < 0,09$), а по строгим критериям — окружность талии, т. е. ожирение ($p < 0,07$), наличие стенокардии напряжения ($p < 0,08$). Среди психологических параметров на “конечные точки” по расширенным критериям наибольшее влияние оказали: защитная регрессия (ее не норма) при $p < 0,0078$; справедливость (ее не норма) при $p < 0,02$; саногенная рефлексия (ее не норма) при $p < 0,04$; счастье (его не норма) при $p < 0,03$, а по строгим критериям — физическая активность (ее не норма) при $p < 0,03$; защитная регрессия (ее не норма) при $p < 0,03$.

Хотя исследование еще не закончено, но уже ясно, что для оздоровления населения требуются меры, не только корректирующие традиционные факторы риска основных хронических неинфекционных заболеваний, маркерами которых как раз и являются физиологические и/или биохимические параметры, но и организационные меры, могущие улучшить психологический климат, в первую очередь, среди работающего населения.

039 ПРОВЕРКА УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ ПРОБИОТИЧЕСКИХ БАКТЕРИЙ *V. bifidum* № 1 И *L. plantarum* 8P-A3 К ЖЕЛУДОЧНОМУ СОКУ И ЖЕЛЧНЫМ КИСЛОТАМ

Бродский И. Б.

ЗАО “Партнер”, Москва, Россия

Цель: пробиотические лекарственные препараты часто применяют после антибиотикотерапии пневмонии, развивающейся на фоне сердечной недостаточности. Однако следует отметить, что эффективность пробиотических бактерий зависит от их устойчивости к действию соляной кислоты, желчных кислот и способности сохранять биологическую активность при прохождении через ЖКТ. В данной работе была проведена проверка устойчивости штаммов пробиотических бактерий *V. bifidum* № 1, входящих в состав таких препаратов, как бифидумбактерин, бифидумбактерин форте и *L. plantarum* 8P-A3 (препарат флорин форте) к желудочному соку и желчным кислотам.

Материал и методы: для моделирования действия желудочного сока была использована кислота соляная, которая является основным, повреждающим бактериальные клетки агентом желудочного сока. Для моделирования воздействия желчных кислот была использована желчь бычьей сухой, которая восстанавливалась в соответствии с инструкцией производителя.

Методика проверки устойчивости штаммов *V. bifidum* № 1 и *L. plantarum* 8P-A3 к действию соляной кислоты. 1,0 мл культуры третьей генерации из колбы вносили в пробирку с 9,0 мл фосфатного буферного раствора доведенного соляной кислотой до $pH=2,0$ или 3,0. В качестве контроля использовали буферный раствор с $pH=7,2 \pm 0,03$. Пробирки после внесения культуры выдерживали в термостате при $37^\circ C$ в течение 2-х часов.

По истечении заданного времени инкубирования образцы титровали десятикратным шагом до разведения 10^{-6} или 10^{-7} .

Методика проверки устойчивости штаммов *V. bifidum* № 1 и *L. plantarum* 8P-A3 к действию желчи. Методика выполнялась аналогично проверке устойчивости штаммов к действию соляной кислоты, где вместо растворов соляной кислоты использовалась регидрированная бычья желчь.

Результаты: в результате проведенных экспериментов установлено, что снижение титра КОЕ для *V. bifidum* № 1 и *L. plantarum* 8P-A3 при инкубации в течение 2-х часов в желчи составило 18% и 8,5% соответственно, снижение титра КОЕ при действии соляной кислоты ($pH=2$) в течение 2-х часов 9% и 10%.

Выводы: из представленных данных можно видеть, что воздействие соляной кислотой, указанной концентрации или желчи не приводит к существенному снижению титра исследуемых бактерий, что свидетельствует об их устойчивости к данным воздействиям.

040 ОЦЕНКА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ФИЗИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ЛИЦ

Брыч В. Э., Татаринова А. Ю.

ФГБОУ ВПО “Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма”, Москва, Россия

В настоящее время уделяется большое внимание оценке вариабельности сердечного ритма как неинвазивному маркёру функционального резерва организма для оценки степени готовности к физическим нагрузкам, их переносимости и оценке периодов восстановления. Известно, что спортсмены подвержены чрезмерным физическим нагрузкам.

Цель: оценить показатели вариабельности сердечного ритма у практически здоровых лиц, занимающихся спортом профессионально и любительски.

Материал и методы. Было обследовано 19 студентов РУФКСМиТ, из них 14 юношей и 5 девушек. Обследованные разделены на группы спортсменов-профессионалов (16 человек, разряд от 1 взрослого до кмс) и не-спортсменов (3 человека). К группе не-спортсменов отнесли лиц, регулярно тренирующихся “для себя” и не имеющих спортивных разрядов. Протокол исследования включал опрос по стандартизированному опроснику о семейном анамнезе, спортивном анамнезе, перенесенных заболеваниях, физикальный осмотр, ЭКГ, антропометрию, измерение АД, вариабельность ритма сердца (исследование пятиминутной вариабельности сердечного ритма с использованием программно-аппаратного комплекса НТЦ Медасс ABC-01 “Медасс»). Среди параметров пятиминутной вариабельности ритма сердца оценивались SDNN, Si и ВП (вегетативный показатель, предложенный А. С. Бань, Г. М. Загородным). Статистическая обработка проводилась в Excel.

Результаты. Анализ антропометрии, цифр артериального давления существенных различий между испытуемыми не выявил. Показатели ЭКГ у всех обследуемых в пределах нормы. По данным опросника, включающего не прямые вопросы на наличие признаков перетренированности в настоящее время и в анамнезе, в сопоставлении с результатами, полученными при физикальном обследовании и на аппарате МЕДАСС, было выявлено наличие признаков перетренированности и перенапряжения регуляторных систем, а также признаков переутомления в группе профессиональных спортсменов. У лиц, не занимающихся спортом профессионально, таких показателей не обнаружено.

Выводы. Полученные данные подтверждают, что чрезмерные физические нагрузки могут вести к переутомлению и явлениям перетренированности. Исследование пятиминутной вариабельности сердечного ритма помогает быстро оценить состояние вегетативной нервной системы и помогает выявить перетренированных лиц.

041 ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Будаговская З. М., Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.

ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: изучить частоту и причины возникновения острого повреждения почек (ОПП) у больных, подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ).

Материал и методы. Обследовали 64 больных (43 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 47 до 69 лет (средний возраст — 53 ± 5 лет) со стенокардией напряжения II–IV функционального класса, из них 23 имели в анамнезе инфаркт миокарда, у 29 больных была артериальная гипертензия (АГ). У 25 больных в прошлом проводилось аортокоронарное и/или маммарно-коронарное шунтирование (в течение от 3 до 7 лет; $4,9 \pm 0,3$ года) и у 39 больных — только ЧКВ, в том числе в 26

случаях первичное ЧКВ и у 13 больных — 2 раза и более. Кроме того, у 19 больных ЧКВ выполнялось в экстренном порядке в связи с острым коронарным синдромом (ОКС). У 45 больных, подвергшихся ЧКВ в плановом порядке, коронарная ангиография проводилась в сроки от 2 до 6 недель ($4,1 \pm 0,5$ недель). До и после ЧКВ вычисляли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE и AKIN по содержанию креатинина в сыворотке (RIFLEкр., AKINкр.). Критериями исключения из исследования являлись сахарный диабет 2 типа и хроническая болезнь почек с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м².

Результаты. Больных с учетом динамики креатинина после ЧКВ разделили на группы: 1-я группа — 49 больных (76,6%) без ОПП (увеличение креатинина по сравнению с периодом госпитализации менее 0,2 мг/дл); 2-я группа — 15 больных (23,4%) с ОПП. В группе больных с ОПП в 8 случаях выявлено мягкое ОПП (повышение креатинина на 0,3–0,4 мг/дл), в 5 случаях — умеренное ОПП (повышение креатинина на 0,5–0,9 мг/дл), в 2 случаях — тяжелое ОПП (повышение креатинина $\geq 1,0$ мг/дл). При этом из 15 больных у 11 СКФ в период ОПП по сравнению с исходной величиной уменьшилась более 25% и составила $56,2 \pm 2,3$ мл/мин/1,73 м² и у 4 больных — более 50% и составила $36,0 \pm 1,5$ мл/мин/1,73 м².

Индивидуальный анализ причин ОПП выявил, что у 6 больных ЧКВ проводилось в экстренном порядке и у 9 больных — в плановом порядке: 36,8 и 17,8% соответственно ($\chi^2 = 10,15$, $p < 0,01$). Кроме того, в группе больных с ОПП по сравнению с группой больных без ОПП значительно чаще выявлялся инфаркт миокарда в анамнезе (66,7 и 26,5% соответственно; $\chi^2 = 13,79$, $p < 0,001$) и поражение двух и более коронарных артерий, по данным ангиографии, — 40,0 и 18,4% соответственно ($\chi^2 = 14,83$, $p < 0,001$). У больных с повторными ЧКВ частота ОПП была выше, чем при первичном ЧКВ: 28,9 и 15,4% соответственно. Следует отметить, что из 15 больных у 11 ОПП имело транзитное течение, то есть к выписке больных оно разрешалась, в том числе у всех больных с мягким ОПП и у 3 больных с умеренным ОПП. Однако у 4 больных в течение 3–4 недель наблюдения ОПП сохранялось (персистентное течение), хотя отмечалась тенденция к улучшению почечной функции.

Выводы. Выявлено, что частота и тяжесть ОПП ассоциируется с выраженностью поражения коронарных артерий и частотой ЧКВ в анамнезе.

042 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ДЛЯ ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Будаговская З. М., Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.

ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: оценить прогностическое значение хронической болезни почек (ХБП) у больных, подвергшихся аортокоронарному и/или маммарно-коронарному шунтированию (АКШ, МКШ).

Материал и методы. Обследовано 236 больных (139 мужчин и 97 женщин) в возрасте от 43 до 69 лет (средний возраст — 57 ± 5 лет), которым в плановом порядке выполнялось АКШ и/или МКШ с применением искусственного кровообращения. Из них 103 больных в анамнезе был инфаркт миокарда. Кроме того, у 32 больных в прошлом проводилось стентирование коронарных артерий. До и после АКШ и/или МКШ определяли содержание креатинина в сыворотке и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. До операции из 236 больных у 80 (33,9%) СКФ была в пределах нормы (1-я группа), у 107 больных (45,3%) — от 79 до 60 мл/мин/1,73 м² (2-я группа) и у 49 больных (20,8%) — ниже 60 мл/мин/1,73 м² (3-я группа). Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE и AKIN по содержанию креатинина в сыворотке.

Результаты. В первые сутки после операции у 37 больных (15,7%) содержание креатинина в сыворотке увеличилось на 0,3–0,4 мг/дл по сравнению с его исходным значением (мягкое ОПП), в том числе у 11 больных (13,8%) с нормальной функцией почек и у 26 больных (16,7%), имевших ХБП: у 18 больных (16,8%) 2-й группы и у 8 больных (20,4%) 3-й группы. Увеличение креатинина сыворотки на 0,5–0,9 мг/дл (умеренное ОПП) выявлено у 44 больных (18,6%) и более 0,9 мг/дл (тяжелое ОПП) — у 15 больных (6,4%). Таким образом, ОПП после АКШ и/или МКШ диагностировалось у 13,8% больных с нормальной функцией почек и у 54,5% больных, имевших ХБП.

Кроме того, в раннем послеоперационном периоде желудочковые нарушения ритма, требующие антиаритмической терапии (III–V градаций по Б. Лауну), в 1-й группе выявлены у 15 больных (18,8%), во 2-й группе — у 23 больных (21,5%) и в 3-й группе — у 17 больных (34,7%). Развитие периперационного инфаркта миокарда отмечено в 1-й группе у 5 больных (6,3%), во 2-й группе — у 9 больных (8,4%) и в 3-й группе — у 7 больных (14,3%). В связи с этим из 21 больного у 15 (71,4%) в экстренном порядке проводилось стентирование коронарных артерий. Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (> 2 ФК) в 1-й группе наблюдалось у 10,0% больных, во 2-й группе — у 14,0% и в 3-й группе — у 28,6%. Частота ишемического инсульта, возникшего в раннем послеоперационном периоде, в изучаемых группах составила соответственно 6,3; 9,3 и 16,3%. По данным однократного наблюдения, смертность от сердечно-сосудистых причин составила: в 1-й группе 3,8%, во 2-й группе 5,6% и в 3-й группе 10,2%.

Выводы. Выявлено, что ХБП является неблагоприятным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности у больных, перенесших операцию коронарного шунтирования.

043 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ

Бусалаева Е. И., Васильева Н. П., Опалинская И. В.*

АУ “Институт усовершенствования врачей”, Чебоксары; *ФГБОУ ВПО “Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова”, Чебоксары, Россия

Цель: изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) у студентов.

Материал и методы: обследовано 55 мужчин и 55 женщин, средний возраст $20,4 \pm 2,6$ лет. Определялись антропометрические показатели, АД, ЧСС, оценивались вегетативный статус, липидный спектр крови, ЭКГ, изучались особенности пищевого поведения, распространенность тревожно-депрессивных нарушений (ТДН) и степень физической активности (ФА) анкетным методом.

Результаты: у $98 \pm 1,67\%$ обследуемых выявлены ФР ССЗ. Курит $21,8 \pm 3,95\%$ студентов. Липидные нарушения выявлены в $25,8 \pm 4,56\%$, чаще — снижение уровня ЛПВП ($17,2 \pm 3,93\%$) и повышение индекса атерогенности ($25,8 \pm 4,56\%$). ЧСС в покое у $40,95 \pm 4,82\%$ обследуемых превышает 80 уд/мин. В $43,63 \pm 4,75\%$ случаев выявлены тревожно-депрессивные нарушения, в $16,3 \pm 3,53\%$ они клинически выражены. Распространенность гиподинамии — $68,35 \pm 5,26\%$. У каждого 4-гоотягощена наследственность по артериальной гипертензии ($22,72 \pm 4,01\%$). Тонус симпатической нервной системы преобладает у $58,65 \pm 4,85\%$, в этой группе чаще выявлялись ТДН и дислипидемии (ДЛП) ($p < 0,05$).

Выводы. Среди лиц молодого возраста наиболее распространен такие ФР ССЗ, как гиподинамия высокая ЧСС депрессия, ДЛП отягощенная наследственность.

044 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бушмелев А. С., Гагаев А. В., Гагаева И. В., Васягин Е. В.

ФГБУ “Клиническая больница” УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность использования различных режимов трехмерной эхокардиографии (3D ЭхоКГ): Real Time 3D, Zoom 3D, Full Volume 3D, 3D Color Doppler в условиях кардиохирургического отделения.

Материал и методы: ЭхоКГ проводилась в 2D-3D режимах на аппарате Philips iE33 с использованием датчиков X7–2t, X3–1. С учетом лучшей визуализации предпочтение отдавалось ЧП Эхо-КГ (датчик X7–2t).

Результаты. Были определены области предпочтительного использования для каждого из режимов 3D ЭхоКГ. Режим Real Time 3D был информативен во время интервенционных процедур. Режим Zoom 3D был выгоден для оценки структуры и функции клапанов, клапанных протезов, анатомии МПП, ушка левого предсердия, устьев легочных вен. Режим Full Volume 3D оказался наиболее информативен для оценки общей анатомии сердца и особенностей его строения. Так при использовании данного режима с помощью программы обсчета Q-lab определялись объемы камер сердца, производилась оценка глобальной и сегментарной сократимости ЛЖ, определялись площади дефекта межпредсердной, межжелудочковой перегородок (ДМПП, ДМЖП), несколько реже данный режим применялся для оценки клапанов и клапанных протезов. Режим 3D Color Doppler был информативен для улучшения визуализации сброса при ДМПП, ДМЖП; в трудных случаях визуализации для оценки площади раскрытия клапанов, а также для точного определения размеров и формы PISA и Vena Contracta. Недостатки, присущие различным видам 3D ЭхоКГ — drop out artifacts (артефакты выпадения) или stitch artifacts (артефакты сшивки), устранялись с помощью других методик, режимов и настроек.

Выводы. Была оценена эффективность использования 3D ЭхоКГ в кардиохирургической практике. Различные режимы 3D ЭхоКГ имели свои преимущества в оценке функции и уточнении анатомии сердца. Дальнейшие исследования эффективности 3D ЭхоКГ будут способствовать разработке алгоритмов применения режимов 3D ЭхоКГ в кардиохирургии.

045 ПАРАМЕТРЫ ВЕНЕЧНОГО СИНУСА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Быкова С. С., Маленков А. В., Либис Р. А.
ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава, МАУЗГКБ им Н. И. Пирогова, ГБУЗ ОКБ, Оренбург, Россия

Цель: изучить состояние ВСС на разных стадиях хронической сердечной недостаточности у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП); оценить изменения параметров ВСС на разных стадиях ХСН.

Материал и методы. В исследование был включено 30 пациентов с синдромом ХСН на фоне постоянной формы ФП. Средний возраст 68 лет. В зависимости от степени выраженности явлений ХСН все пациенты были разделены на три группы: с ХСН IА, IIIФК (15 человек), с ХСН IБ, III–IVФК (10 человек) и ХСН III, IVФК (5 человек). Оценка данных была проведена ретроспективно по результатам КАГ, выполненных по методике M. Jadcinski на ангиографической установке “ANGIOSCOP D” фирмы Siemens.

Результаты: по мере нарастания степени тяжести ХСН ВСС изменял свою форму от круглой (85% случаев по ХСН IА) до овальной (93% случаев при ХСН IБ–III). Увеличивались значения горизонтального размера просвета ВСС: так при ХСН IА горизонтальные размеры ВСС находились в пределах 4,1–6,0 мм; при ХСН IБ составили 6,1–7,0 мм; при ХСН III: 7,1–8,0 мм. Значения вертикального размера ВСС изменяются следующим образом: 5,0–7,5 мм (при ХСН IА); 7,6–8,4 мм (при ХСН IБ); 8,4–11 мм (при ХСН III). Изменялись и параметры площади поперечного сечения

просвета ВСС: 0,51–0,62 см² при ХСН IА; 0,62–0,75 см² при ХСН IБ ст; 0,75–1,35 см².

Выводы: 1. При наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН) в сочетании с постоянной формой ФП возникает ряд закономерных изменений параметров ВСС. 2. Изменяется форма ВСС от круглой до овальной, посредством увеличения вертикального размера в большей степени, чем горизонтального, по мере нарастания степени тяжести ХСН.

046 МИКРОВОЛЬТНАЯ АЛЬТЕРНАЦИЯ Т-ЗУБЦА, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ЖИЗНЕОПАСНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Вайханская Т. Г., Фролов А. В., Гуль Л. М., Мельникова О. П., Воробьев А. П., Курушко Т. В., Сидоренко И. В.

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

Изучение изменений на ЭКГ, сопряженных с электрической нестабильностью миокарда, создает предпосылки для разработки новых риск-стратификационных аритмических маркеров.

Цель: изучение микровольтной альтернции Т зубца (mTWA) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) для прогнозирования риска желудочковых тахикардий (ЖТА). **Материал и методы.** В исследование включено 101 пациент с ДКМП (74,4% мужчин, возраст 47,6±11,8 лет; NYHA ФК 3,08±0,4, синусовый ритм), период наблюдения составил 32,1±5,7 месяца. Всем пациентам проводилось ЭхоКГ исследование, кардиореспираторный тест с определением пикового VO₂, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ (24 часа), 7-минутная регистрация ЭКГ (Интекард-7, Беларусь), включающая 5 минут покоя и 2 минуты физической нагрузки (ФН- 25Ватт\мин), коронароангиография.

Результаты. При анализе ХМ пароксизмы ЖТА (устойчивая и неустойчивая желудочковая тахикардия, фибрилляция\трепетание желудочков) регистрировались у 36 больных. Микровольтную TWA в покое выявили у 21 пациентов, на высоте ФН — у 43 больных. Патологическая mTWA (>45 мкВ) выявлена у 14 пациентов с желудочковыми событиями по данным ХМ, у 22 больных с ЖТА зарегистрирована непатологическая mTWA (<45 мкВ); шанс идентификации патологической mTWA в группе с ЖТА событиями составил 0,636. Патологическая mTWA (>45 мкВ) была выявлена у 7 пациентов без ЖТА-событий по данным ХМ-ЭКГ и у 58 больных ДКМП без ЖТА зарегистрирована непатологическая mTWA; шанс идентификации патологической mTWA в группе ДКМП без ЖТА событий составил 0,120. Таким образом, соотношение шансов составило статистически достоверный индекс — 5,3. Через 32,1 ± 4,6 месяцев наблюдения проведена оценка конечных точек: внезапной сердечной смерти (ВСС) и/или имплантации кардиовертер-дефибриллятора для вторичной профилактики. Клинико-гемодинамические параметры (возраст, пол, ФК NYHA, пик VO₂, фракция выброса (ФВ) и размеры ПЖ и ЛЖ, ДЛАсист., наличие ЖТА по ХМ ЭКГ и показатели mTWA), включены в регрессионный анализ Кокса. Регрессионный анализ выявил достоверную корреляцию между наличием ЖТА (HR 2,36; 95%ДИ 1,25–4,36, p=0,011) патологической mTWA (HR 2,93; ДИ 1,23–5,89, p=0,012), пиком VO₂ <14 мл\кг\мин и систолической дисфункцией ЛЖ с ФВ ≤ 20% (HR 3,57; ДИ 1,79–6,79, p=0,001) с анализируемыми конечными точками.

Выводы. Полученные нами данные подтверждают возможность использования (наряду с более трудоемкими тестами — кардиореспираторным и ЭхоКГ) вполне доступного ЭКГ метода для оценки mTWA в качестве предиктора жизнеопасных ЖТА-событий, для своевременной стратификации риска фатальных аритмий и определения лечебной тактики у пациентов с дилатационной кардиомиопатией.

047 РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ: ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛТЕРНАЦИИ Т-ЗУБЦА И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Вайханская Т. Г., Сидоренко И. В., Курушко Т. В., Коптюх Т. М., Гуль Л. М.

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

Микровольтная альтернация Т зубца, как электрокардиографический маркер желудочковой реполяризации, изучается электрофизиологами в качестве неинвазивного предиктора риска желудочковых тахикардических событий.

Цель: оценить взаимосвязь микровольтной альтернации Т-зубца (mTWA), желудочковой тахикардии (ЖТА) с положительным ремоделированием левого желудочка при эффективной сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы. В исследование включено 46 пациентов с ДКМП (76,1% мужчин; 48,8±12 лет; ФК NYHA 3,09±0,3; QRS ширина 167±30мсек; ФВ ЛЖ 23,5±6,2%; полная блокада левой ножки пучка Гиса, синусовый ритм) с имплантированными ресинхронизирующими устройствами (PCU), варианты CRT-P и CRT-D. Данные Эхо-КГ и ЭКГ анализировались исходно и через 7,8±2,3 месяцев после имплантации бивентрикулярного устройства. Для оценки mTWA проводилась 7-минутная регистрация ЭКГ (Интекард-7, Беларусь), включающая 5 минут покоя и 2 минуты физической нагрузки (25Ватт/мин., средняя ЧСС 102±6) исходно и при нативном желудочковом проведении (режим VVI-40) через 6 месяцев после имплантации PCU. Для выявления ЖТА (пароксизмы желудочковой тахикардии, фибрилляция/трепетание желудочков) событий проводилось серийное суточное мониторирование ЭКГ исходно и через 6 месяцев СРТ.

Результаты. У всех пациентов через 6 месяцев СРТ, в среднем, отмечалось снижение показателя mTWA с 49,2±16,3 мкВ до 33,1±15,6 мкВ, $P=0,001$. В группе пациентов с положительным клинико-гемодинамическим ответом и позитивным (обратным) ремоделированием ЛЖ выявлено достоверное уменьшение показателя mTWA (с 52,9±12,2 до 28,5±9,13 мкВ, $P=0,000$) и достоверная положительная корреляция между изменением mTWA и изменением объемов ЛЖ (для конечно-систолического объема $r=0,64$, $P<0,001$; для конечно-диастолического объема $r=0,55$, $P<0,001$) и отрицательная корреляция с изменением фракции выброса ЛЖ ($r=-0,52$, $P=0,001$). Достоверное уменьшение mTWA (с 49,8±14,1 мкВ до 25,6±12,3 мкВ, $P=0,000$) отмечалось в группе пациентов, не имеющих ЖТА, и с позитивным ремоделированием ЛЖ (увеличение ФВ и снижение КСО, КДО ЛЖ). С помощью построения ROC-кривых (с включением Эхо-КГ параметров, mTWA и ЖТА) выявлено, что mTWA≥43,5 мкВ, определяемая через 6 месяцев СРТ, с чувствительностью 80% и специфичностью 90% является независимым предиктором ЖТА событий.

Заключение. Уменьшение показателя mTWA (при нативном проведении) у пациентов с ДКМП после СРТ высоко коррелирует с позитивным ремоделированием ЛЖ и снижением риска ЖТА, а уровень mTWA≥43,5 мкВ является независимым предиктором жизнеугрожающих желудочковых событий.

048 СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Василец Л. М., Григориади Н. Е. *, Корягина Н. А., Ратанова Е. А.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь; *Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия

Цель: изучить показатели сывороточных маркеров фиброза миокарда при персистирующей фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией, их взаимосвязь со структурно-функциональным состоянием миокарда.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), все они имели нарушение ритма по типу персистирующей формы фибрилляции предсердий (ФП). Средний возраст больных составил 52,5±4,44 года. В группу сравнения вошло 12 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, исследование маркеров фиброза: карбокситерминального пропептида проколлагена I типа (CICP), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы 1-го типа (ТИМП-1), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), эхокардиография с оценкой структурно-функционального состояния миокарда, суточное мониторирование ЭКГ и АД.

Результаты. Анализ полученных данных показал достоверные различия в группах по уровню CICP в сыворотке крови в группе пациентов с ФП на фоне АГ 147,27±102,74нг/мл и у практически здоровых 58,4±26,14нг/мл ($p=0,003$, U-критерий). Однако величины ММП-9 и ТИМП-1 существенно не отличались у больных с ФП при АГ (20,83±4,43нг/мл и 579,68±230,16нг/мл соответственно) от пациентов контрольной группы (22,49±2,54нг/мл и 483,76±107,13нг/мл), ($p=0,34$ и $p=0,39$, U-критерий). При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая связь концентрации CICP со структурными параметрами левого предсердия (ЛП), а именно, объемом ЛП ($R=0,31$, $p=0,03$) и его индексом по отношению к площади поверхности тела ($R=0,29$, $p=0,048$). При этом у пациентов с ФП на фоне АГ структурные показатели ЛП (линейные размеры, объем и его индекс) достоверно отличались от здоровых: передне-задний размер ЛП — 42,05±6,2мм, верхне-нижний размер ЛП 53,2±7,53мм, медиолатеральный размер ЛП — 46,6±7,23мм; и, соответственно, 37,5±2,61мм ($p=0,016$), 41,8±3,97мм ($p=0,0002$), 36,25±1,28мм ($p=0,00002$) в группе контроля; показатели объема ЛП: 54,9±14,8 мл.куб. в основной группе и 29,78±3,39 мл.куб. в контрольной группе ($p=0,007$); соотношение объема ЛП к площади поверхности тела (ППТ): 28,28±6,62 мл/м.кв. в основной группе и 15,95±2,34 мл/м.кв. в контрольной группе ($p=0,001$).

Выводы. 1. У пациентов с персистирующей формой ФП на фоне АГ концентрация маркера синтеза коллагена I типа выше, чем у практически здоровых. 2. Увеличение уровня показателей фиброза миокарда у больных с АГ и ФП, возможно, связано со структурно-функциональным ремоделированием миокарда, преимущественно, размерами левого предсердия.

049 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИБРОЗА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРМАНЕНТНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Василец Л. М., Григориади Н. Е. *, Корягина Н. А., Ратанова Е. А.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь; *Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия

Цель: изучить показатели фиброза миокарда при перманентной фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией, их взаимосвязь со структурно-функциональным состоянием миокарда.

Материал и методы. Обследовано 36 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), все они имели нарушение ритма по типу перманентной формы фибрилляции предсердий (ФП). Средний возраст больных составил 54,5±5,64 года. В группу сравнения вошло 12 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Всем больным были проведены: общеклинические обследования, исследование показате-

телей фиброза миокарда: карбокситерминального пропептида проколлагена I типа (C1CP), тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы — 1 (ТИМП-1), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), эхокардиография с оценкой структурно-функционального состояния миокарда, суточное мониторирование ЭКГ и АД.

Результаты. Концентрация C1CP в сыворотке крови была достоверно выше в группе пациентов АГ в сочетании с перманентной формой ФП ($191,7 \pm 92,8$ нг/мл), чем в контрольной группе ($58,4 \pm 26,14$), $p=0,001$, где p — достоверность различий по критерию Манна-Уитни. Величины ММП-9 и ТИМП-1 существенно не отличались у больных ФП с перманентной формой ($20,8 \pm 4,43$ нг/мл и $474,95 \pm 206,81$ нг/мл соответственно) от пациентов контрольной группы ($22,4 \pm 2,54$ нг/мл и $483,76 \pm 107,13$ нг/мл) — $p>0,05$. При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая связь концентрации C1CP со структурными параметрами левого предсердия (ЛП), а именно, объемом ЛП ($R=0,31$, $p=0,03$) и его индексом по отношению к площади поверхности тела ($R=0,29$, $p=0,048$). При этом у пациентов с перманентной ФП в сочетании с АГ наблюдается изменение показателей структурно-функционального состояния миокарда: увеличение размеров левого предсердия (ЛП): передне-заднего размера ЛП — $54,5 \pm 9,65$ мм, верхне-нижнего размера ЛП $62,0 \pm 3,7$ мм, медио-латерального размера ЛП — $55,8 \pm 12,2$ мм; и, соответственно, $37,5 \pm 2,61$ мм ($p=0,008$), $41,8 \pm 3,97$ мм ($p=0,007$), $36,25 \pm 1,28$ мм ($p=0,004$) в группе контроля. Кроме того, достоверно отличались показатели объема ЛП: $100,35 \pm 30,94$ мл.куб. в основной группе и $29,78 \pm 3,39$ мл.куб. в контрольной группе ($p=0,007$); соотношение объема ЛП к площади поверхности тела (ППТ): $49,3 \pm 15,9$ мл/м.кв. в основной группе и $15,95 \pm 2,34$ мл/м.кв. в контрольной группе ($p=0,0006$).

Выводы. 1. У пациентов с артериальной гипертензией и перманентной формой ФП концентрация маркера синтеза коллагена I типа выше, чем в контрольной группе. 2. Увеличение уровня показателей фиброза миокарда у больных с АГ и ФП, возможно, связано со структурно-функциональным ремоделированием миокарда, преимущественно, размерами левого предсердия.

050 РАЗНОХАРАКТЕРНЫЕ СДВИГИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА НА ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Васильев А. П., Стрельцова Н. Н.

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

Сегодня в арсенале врачей имеются медикаменты, отличающиеся большим гипотензивным потенциалом, пролонгированным действием и минимальным числом побочных проявлений, что может обеспечить длительное стойкое снижение артериального давления (АД). Это послужило поводом для предъявления к лечению артериальной гипертензии (АГ) более широких требований — помимо стабилизации АД на целевом уровне, что, безусловно, имеет чрезвычайно важное значение, оно должно оказывать органопротекторное действие, предупреждая поражение так называемых органов-мишеней. Не вызывает сомнения тот факт, что изменения периферической гемодинамики с нарушением капиллярно-тканевой диффузии и метаболическими расстройствами лежат в основе поражения органов-мишеней. Вместе с тем, микроциркуляция (МЦ) больных АГ отличается выраженной вариабельностью. Это дает основание предполагать, что один и тот же медикамент способен оказать неоднозначное влияние на функциональное состояние МЦ русла, а, следовательно, имеет различное органопротекторное действие.

Цель: оценка изменений МЦ картины у больных АГ с различными гемодинамическими типами периферической гемодинамики под влиянием однократного приема коринфара.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 больных АГ 2–3 степени, мужского и женского пола (средний возраст $54,3 \pm 1,1$ года). После 5-дневного периода отмены лекарственных препаратов, дважды, до и через 2 часа после сублингвального приема 20 мг коринфара, им проводилось исследование МЦ кожи предплечья методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Результаты. По результатам модификации ЛДФ-граммы под влиянием препарата больные АГ были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты, у которых первоначальный гиперемический или гипоемический тип ЛДФ-граммы трансформировался в аperiодический тип (40%). Эти изменения были расценены как позитивные. Они сопровождалась снижением среднего АД на 13,8%, ростом тканевой гемоперфузии на 50,4%, и увеличение доли пульсового кровенаполнения на 20,2% и 12,5% соответственно. Во 2-ю группу вошли больные, у которых коринфар не вызывал преобразования первоначального гиперемического или гипоемического типа микроциркуляции или способствовал переходу аperiодического типа ЛДФ-граммы в гиперемический или гипоемический варианты (22,2%). Такая модификация периферической гемодинамики оценивалась как негативная, несмотря на то наблюдалось снижение среднего АД на 9,4%, она сопровождалась снижением уровня тканевой гемоперфузии на 11,5%, тенденцией к вазоконстрикции прекапилляров и отсутствием прироста пульсового кровенаполнения МЦ русла.

Заключение. Гипотензивный эффект лекарственного препарата у части больных АГ не сопровождается позитивными сдвигами МЦ русла и, по-видимому, не может в полной мере оказать органопротекторное действие.

051 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Ватутин Н. Т., Христиченко М. А., Кетинг Е. В., Адаричев В. В.

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

Цель: оценить качество жизни (КЖ) пациентов с тревожными расстройствами и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материал и методы. Обследованы 85 пациентов (52 мужчины и 33 женщины, средний возраст $66,4 \pm 8,5$ года) с ХСН II–IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II–III классов, 47 из них (55,3%) перенесли инфаркт миокарда. Обследованные получали стандартную терапию ХСН и ишемической болезни сердца. Перед началом обследования все пациенты подписали добровольное информированное согласие. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Для оценки уровня тревожности использовалась шкала Спилбергер-Ханина, качества жизни — опросник SF-36.

Результаты. Тревожные расстройства были выявлены у 68 (80%) больных, причем уровень как реактивной, так и личностной тревожности соответствовал градации “умеренная” ($39,6 \pm 1,4$ и $42,3 \pm 1,8$ баллов, соответственно). Данные пациенты вошли в 1 группу; 2 группу составили обследованные без тревожных расстройств (17 человек). Снижение КЖ отмечалось у всех больных 1 группы и было наиболее выражено по шкалам “физическое здоровье” ($36,5 \pm 9,8$), “жизнеспособность” ($34,3 \pm 10,5$) и “ролевое эмоциональное функционирование” ($31,9 \pm 12,2$). Во 2 группе снижение КЖ наблюдалось у 11 (64,7%) больных и касалось преимущественно шкал “боль” ($30,7 \pm 11,3$) и “физическое здоровье” ($41,6 \pm 15,4$).

Выводы. Наличие тревожных расстройств существенно ухудшает КЖ пациентов с ХСН ишемического генеза.

052 СОСТОЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛОМ ИЛИ ЛИЗИНОПРИЛОМ

Визиренко Н. А., Болдырева Ю. А., Гладченко М. П., Соколенко Н. И., Чернятина М. А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Проблема лечения артериальной гипертензии, несмотря на наличие в настоящее время большого арсенала гипотензивных средств, по-прежнему остается актуальной. В современных стандартах лечения артериальной гипертензии одно из ведущих мест занимают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). В настоящее время имеется несколько десятков химических соединений, способных блокировать переход ангиотензина I в биологически активный ангиотензин II.

Цель. Сравнить гипотензивный эффект эналаприла (липофильного иАПФ) и лизиноприла (гидрофильного иАПФ).

Материал и методы. В исследование включено 33 больных гипертензивной болезнью в возрасте 40–65 лет, которые были рандомизированы на 2 группы. Пациенты первой группы — 16 человек, в течение 2-х месяцев получали эналаприл 10–20 мг/сут., бисопролол 2,5–10 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут, пациенты второй группы — 17 человек, вместо эналаприла принимали лизиноприл (10–20 мг/сут.). Все больные ранее не лечились или принимали препараты нерегулярно. Обследования проводились первично в стационаре и повторно через 2 месяца.

Методы исследования включали общеклиническое обследование и суточное мониторирование артериального давления (АД).

Результаты. Через 2 месяца терапии в группе, получавшей эналаприл, было выявлено снижение среднего САД на 21%, среднего ДАД на 12%, индекса времени гипертензии САД на 65%, индекса времени гипертензии ДАД на 39%, в группе, получавшей лизиноприл, выявлено снижение показателей суточного мониторирования АД на 24%, 16%, 70% и 49% соответственно.

Выводы. В группах, получавших как эналаприл, так и лизиноприл, наблюдался существенный гипотензивный эффект, однако в группе, получавшей лизиноприл, этот эффект был более выраженным.

053 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Волбуев А. Н., Петров Е. С.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Подбор двух или многокомпонентной (комбинированной) лекарственной терапии при первичной артериальной гипертензии является довольно сложной задачей. Это связано с тем, что до настоящего времени отсутствуют какие-либо теоретические предпосылки подбора лекарственных компонентов такой терапии.

Рекомендуемые комбинации антигипертензивных лекарственных препаратов различных классов в 2007 и в 2010 годах существенно различны. По нашему мнению, это связано с отсутствием какой-либо концепции, теоретического обоснования различных видов многокомпонентной лекарственной терапии.

Цель: представление концепции многокомпонентной лекарственной терапии первичной артериальной гипертензии,

в основе которой лежит представление о двух типах пациентов с доминированием различных видов систем регуляции кровотока.

Известно, что существует два типа регуляции кровотока: гуморальная и нейрорефлекторная. Эти системы регуляции, прежде всего, направлены на поддержание определенного уровня артериального давления. Нейрорефлекторная регуляция обеспечивает также гидродинамическую устойчивость кровотока. Опыт показывает, что быстрее развивается нейрорефлекторная система регуляции, что естественно, в связи с большим объемом решаемых ею в сердечно-сосудистой системе задач. Исходная слабость, недоразвитость гуморальных факторов регуляции сосудистого тонуса иногда наблюдается в молодом возрасте.

Если у относительно молодого человека со слабо развитой системой гуморальной регуляции наблюдается избыточная тоническая функция нейрорефлекторной регуляции, то это ведет к росту системного артериального давления. Таких пациентов, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией, можно отнести к нейрорефлекторному типу.

Другой тип пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией обычно наблюдается в преклонном возрасте. У этих пациентов нейрорефлекторная система регуляции функционирует в патологическом режиме. В связи с сохранением у таких пациентов гуморальной регуляции кровотока, их можно считать пациентами гуморального типа.

В основе многокомпонентной терапии должны лежать с одной стороны лекарства группы бета-блокаторов, которые действуют на нейрорефлекторную систему регуляции, с другой стороны лекарства групп действующих на гуморальную систему (например, ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II). Процентное соотношение этих групп лекарственных препаратов должно меняться с возрастом в сторону препаратов, действующих на гуморальную систему.

Естественно, представленное теоретическое обоснование подбора многокомпонентной лекарственной терапии является идеальным. Оно не учитывает сопутствующие заболевания. При подборе комбинированной лекарственной терапии врач должен учитывать такие заболевания, как сахарный диабет, нарушение функции почек, возможность или наличие цереброваскулярных патологий и т. д.

054 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ МЫШЕЧНОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СО СТОЙКИМ ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Вялых Н. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

Цель. Оценить параметры структурного и функционального сосудистого ремоделирования у больных артериальной гипертензией (АГ) 1–2 стадии.

Материал и методы. Обследовано 62 пациента с эссенциальной артериальной гипертензией. Первая группа (32 пациента) — с достигнутым целевым уровнем артериального давления (120,0±1,9/74,5±1,3 мм рт.ст.); вторая группа (30 человек) — больные с АГ, у которых целевой уровень артериального давления не достигнут (148,0±2,1/86,4±2,8 мм рт.ст.) (p=0,000/0,000). При дуплексном сканировании сосудов на аппарате «Аloka 5000» (Япония) определяли диаметр, толщину комплекса интима-медиа (КИМ), наличие атеросклеротических бляшек в плечевой и бедренной артериях. Рассчитывали показатели артериальной жесткости — податливость (С), растяжимость (D), модуль эластичности (Ер) и эластический модуль упругости (Es); относительную толщину стенки (RWT), циркуферентное напряжение стенки (CN), скорость распространения пульсовой волны (PWV). Полученные данные обработаны при помощи статистических программ Microsoft Excel 7.0., STATISTICA 6,1.

Результаты. В плечевой артерии скорость пульсовой волны достоверно различалась и составила $9,61 \pm 0,44$ м/с и $8,51 \pm 0,16$ м/с в группах 2 и 1 соответственно ($p=0,02$). Податливость достоверно снижена в группе 2 ($p=0,001$), модуль Петерсона и модуль Юнга достоверно выше во 2-й группе ($p=0,003$; $p=0,009$). В бедренной артерии показатели жесткости и скоростные показатели в изучаемых группах достоверно не различались. Достоверность различий выявлена только по величине циркуферентного напряжения сосудистой стенки: CN в группе 1— $686,26 \pm 34,51$ мм рт.ст., в группе 2— $800,06 \pm 39,08$ мм рт.ст. ($p=0,03$). В подколенной артерии скорость пульсовой волны достоверно различалась и составила $9,46 \pm 0,27$ и $8,36 \pm 0,19$ м/с в группах 2 и 1 соответственно ($p=0,001$). Величина циркуферентного напряжения стенки сосуда в группе 1 составила $505,65 \pm 21,46$ мм рт.ст., в группе 2— $620,07 \pm 24,94$ мм рт.ст. ($p=0,0009$). Податливость во второй группе снижена ($p=0,04$), модуль Петерсона и модуль Юнга достоверно выше во 2-й группе ($p=0,007$; $p=0,004$ соответственно). При исследовании у больных АГ 2-й группы были выявлены атеросклеротические бляшки в бедренной артерии у 5 человек (15,6%), в то время как у пациентов группы 1 только в 10% случаев ($p=0,03$).

Выводы. Структурно-функциональные изменения сосудистой стенки, возникающие при артериальной гипертензии, приводят к нарушению демпфирующей функции сосудов в различных регионах. По данным ультразвуковой оценки при стойком повышении артериального давления имеются более значимые структурные и функциональные изменения сосудов нижних конечностей, характеризующиеся увеличением просвета сосудов, снижением эластичности, повышением жесткости, увеличением скорости распространения пульсовой волны, наличием атеросклеротических бляшек.

055 ПРЕДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА СТЕНТОВ БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЯЖЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Габинский Я. Л., Гофман Е. А., Перминов М. Г., Кузнецова Н. В.

ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии”, Екатеринбург, Россия

Цель. Определить предикторы возникновения рестенозов в стентах длиной более 20 мм без лекарственного покрытия.

Материал и методы. Обследовано 106 пациентов (женщин — 14%, мужчин — 86%), с перенесенным инфарктом миокарда и стентированием протяженного стеноза клинкозависимой коронарной артерии. Средний возраст обследуемых — $55,5 \pm 19,5$ лет. Стенокардия в течение года появилась у 61 (58%) пациента, от 1,1 до 5 лет у 45 (42%). Возобновление стенокардии чаще наблюдалось через 4–6 месяцев (44%). Один стент был имплантирован 61% обследуемых, два — 27%, три — 12%. Протяженность стентированных сегментов варьировала от 20 до 66 мм. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет — 1,9%, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей — 1,9%, ожирение 2 степени — 2,8% встречались редко, поэтому их влияние на развитие рестеноза не оценивалось.

Агрегационная активность тромбоцитов анализировалась на анализаторе “АЛАТ 2-Биола, модель 230 LA” с 20мкМ АДФ, 10 мг/мл адреналина. Растворимые фибрин-мономерные комплексы определялись ортофенантролиновым методом, фибриноген — хронометрическим методом по Клаусу на коагулометре “CD-4” (DiaMed, Швейцария). Коронароангиография проводилась на аппарате Siemens AXIOM ARTIS (Германия).

Результаты. Рестеноз в стенте более 50% диаметра артерии был у 26 (24%) пациентов, менее 50% — у 43 (40%). Отсутствие рестеноза отмечено у 37 (35%). Показатель агрегации тромбоцитов на АДФ колебался от 7 до 65%, фибриногена от 2,47 до 6,47 г/л, растворимых фибринмономерных комплексов от 45 до 220, холестерина липопротеинов низкой плотности от 1,3 до 6,76 ммоль/л. Проведен многофакторный корреля-

ционный и регрессионный анализ по данным возраст, пол, курение, локализация и количество стентов, протяженность стентированного участка, агрегация тромбоцитов на АДФ, адреналин, показатель фибриногена, растворимых фибринмономерных комплексов, липопротеидов низкой плотности.

Выводы. 1. Получена низкая корреляция возникновения рестеноза с лабораторными показателями, за исключением липопротеидов низкой плотности ($r=0,856$).

2. Такие факторы как возраст, пол, курение, количество имплантированных стентов, а также тип пораженной коронарной артерии не оказывают существенного влияния на появление рестеноза при вмешательстве на протяженном участке.

3. При инвазивных вмешательствах на стенозах более 20мм количество имплантированных стентов и дальнейшее увеличение протяженности стентированного сегмента уже не имеет значения для возникновения рестеноза.

Таким образом, адекватная гиплипидемическая терапия до достижения целевых показателей липопротеидов низкой плотности у пациентов с протяженным стенозом венечной артерии и имплантацией стентов без лекарственного покрытия длиной более 20 мм поможет предотвратить появление рестеноза.

056 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОНТРУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Габинский Я.Л., Аверкиев А.Д., Бабич Н. Н.

ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии”, Екатеринбург, Россия

Цель: оценить эффективность применения ВАБК в сочетании с инвазивной реперфузией миокарда и прогноз в группе пациентов с истинным кардиогенным шоком (КШ) при ОКС с подъемом ST для улучшения результатов лечения. Изучена группа из 40 пациентов в возрасте от 48 до 85 лет (30 мужчин, 10 женщин), поступивших в ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии” в период с 1 января 2010 г. по 3 декабря 2012 г. и наблюдавшихся в отделении кардиореанимации и интенсивной терапии с предварительным диагнозом: “ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST, осложненный развитием истинного КШ”. Критериями исключения стали: 1) Наличие тяжелой сопутствующей патологии, влияющей непосредственно на прогноз больного: острое нарушение мозгового кровообращения в момент госпитализации, тяжелые хирургические и онкологические заболевания в последней стадии; 2) Нарушения сердечного ритма и проводимости при поступлении, как возможная причина аритмогенного шока. Все больные получали медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов, а также им проводилась внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК). Время от начала ангионозного приступа до взятия пациента на коронароангиографию (КАГ) составило от 20 минут (пациенты с развившимся КШ в стационаре) до 18 часов 30 минут. При проведении КАГ многососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 31 пациента (77,5%), однососудистое поражение было выявлено у 9 исследуемых (22,5% от общего числа). ВАБК проводилась с использованием аппаратуры “Arrow AutoCat 2 Wave”. Продолжительность нахождения больных на ВАБК составило от 15 минут до 132 часов 50 минут. Критерием прекращения проведения ВАБК у всех больных явилась нормализация показателей центральной гемодинамики с использованием вазопрессорного препарата в минимальной дозировке. У 3 больных процедура была прервана в связи с развитием жизнеугрожающих осложнений (критическая ишемия нижних конечностей и геморрагические осложнения). Летальность в течение ближайших 2 недель наблюдения составила 50%.

Худшие результаты были у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в анамнезе, что можно расценить как значимый предиктор смерти у таких больных. Мы также проследили судьбу 14 наших пациентов в течение 1-го года от момента развития инфаркта миокарда. Летальность в этой группе составила 28,6%. Все 4 летальных исхода были обусловлены повторным инфарктом миокарда у больных пожилого возраста с многососудистым поражением коронарного русла. Частота экстренных госпитализаций в течение 1 года составила 50%!

Выводы: 1) По нашим данным метод ВАБК позволяет снизить летальность пациентов с истинным КШ практически в 2 раза. Эти результаты сопоставимы с исследованиями NRMI (2005), J. Fang et al. (2006), AMIS Plus (2008); 2) В отдаленном периоде у пациентов наблюдался ряд осложнений, что требует тщательного наблюдения и разработки практических рекомендаций по ведению данной группы больных на амбулаторном этапе лечения.

057 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО АНТИАГРЕГАНТА ТИКАГРЕЛОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Габинский Я. Л., Фрейдлина М. С., Золотарева Е. В.

ГБУЗ СО «Уральский Институт Кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель. Оценить эффективность, частоту развития и степень выраженности побочных эффектов при применении препарата тикагрелор у больных с острым коронарным синдромом в условиях «Уральского Института Кардиологии».

Материал и методы. В исследовании приняли участие 85 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте от 40 до 84 лет, из них 68,7% мужчины, 31,3% женщины. Продолжительность наблюдения в среднем составила 21 день до выписки из стационара. Пациентам назначался прием тикагрелора (брилинта) в нагрузочной дозе 180 мг с последующим переходом на поддерживающую по 90 мг х 2 р/сут. Все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту (АСК), в-блокаторы, и-апф, статины. За время наблюдения оценивалось клиническое состояние пациентов, развитие побочных эффектов, в том числе развитие кровотечений, оценивался уровень креатинина в динамике, проводилось суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты. Из 85 пациентов отмена препарата потребовалась у 7 пациентов (8,2%). Причинами отмены послужили кровотечения у 6 (7,1%) и развитие выраженной одышки у 1 (1,2%). Большое желудочно-кишечное кровотечение по шкале PLATO возникло у 1 пациента (1,2%), (по данным PLATO в 11,6%). Малые кровотечения (носовые, ректальные, гематурия, из места пункции периферических вен) отмечались у 5 пациентов (5,9%). У 1 пациента (1,2%) развилась выраженная одышка, которая не была связана с ухудшением функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, после отмены препарата жалобы на одышку прошли (в исследовании PLATO отмена тикагрелора из-за одышки регистрировалась у 0,9%). При суточном мониторировании ЭКГ у принимавших тикагрелор отмечалось развитие выраженной (менее 50 ударов в минуту) брадикардии у 6 человек (7,2%). У 2-х пациентов (2,4%) регистрировалось нарушение проводимости (СА блокада I ст 1,2%, АВ блокада II ст, Мобит I 1,2%). Описанные нарушения ритма и проводимости наблюдались у лиц, получавших в-блокаторы, и корректировались изменением дозы в-блокаторов. При исследовании креатинина в динамике не выявлено ни одного случая повышения креатинина. Зарегистрирован 1 случай (1,2%) окклюзии непокрытого стента, установленного у пациента 64 лет с ОКС с подъемом ST. Пациент получил нагрузочную дозу АСК 325 мг догоспитально, нагрузочную дозу тикагрелора при госпитализации и сразу же был взят в лабораторию катетеризации. Через 5 часов после установки стента в ствол ЛКА потребовалось повторное вмешательство в связи с его тромбозом.

Выводы: Данные, полученные при нашем исследовании свидетельствуют о перспективности применения данного препарата у пациентов с ОКС.

1. Большие кровотечения не превышали 1,2% случаев. Малые кровотечения отмечались у 5,9% пациентов. 2. Влияние тикагрелора на сердечный ритм и проводимость не требует его отмены и легко корректируется уменьшением дозы в-блокаторов. 3. Тромбоз стента развился в 1,2% случаев. 4. Отмена препарата из-за одышки потребовалась у 1,2% пациентов. 5. Случаев отрицательного влияния на функцию почек не выявлено.

058 ИЗУЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МАШИНИСТОВ И ПОМОЩНИКОВ МАШИНИСТОВ

Газизов Р. М.¹, Ацель Е. А.¹, Ильина Г. М.², Нургатина Э. Р.², Шедова Е. А.²

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань; ²НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Казань» ОАО «РЖД», Казань

Цель: изучение взаимосвязи между продолжительностью профессионального стажа машинистов и распространенностью факторов риска развития ИБС.

Материал и методы. Обследовано 79 машинистов и помощников машинистов электровозов станции Казань и станции Юдино от 20 до 53 лет. Все исследуемые были разбиты на 3 группы по продолжительности их профессионального стажа: 1-я группа — 18 человек со стажем от 25 и более лет; 2-я 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 вариабельности ритма проводилась в условиях стационара и во время выполнения профессиональных обязанностей машинистами.

Результаты: выявлена четкая зависимость между продолжительностью профессионального стажа машинистов и увеличением распространенности ведущих факторов риска развития ИБС. В 1-й группе выявлено 68,9% лиц с повышенным весом, курящих — 57,6%, с артериальной гипертензией — 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 гипертензией — 36,8%, с положительной нагрузочной пробой — 11,4%. В 3-й группе число курящих составило 100%, артериальная гипертензия 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-й и 2-й 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 электровозов необходимо проведение мониторирования ЭКГ с изучением вариабельности ритма во время выполнения ими служебных обязанностей.

059 ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ 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 активностью ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС).

Материал 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 с ФГА и в тесте Кона индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов (Н) в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) А, М, G.

Результаты. При лечении больных ХРБС с включением ксимедона, димефосфона и 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 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 иммунокоррекцию отечественными препаратами ксимедоном и димефосфоном. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным иммунокоррегирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

060 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Гакова Е. И., Акимов Е. В., Кузнецов В. А.

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

Унифицированным подходом к измерению и анализу данных ЭКГ является Миннесотский код, разработанный для решения эпидемиологических задач.

Цель: изучение формирования эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии и ее факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материал и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое обследование популяции школьников 7–17 лет (с откликом на обследование 87,7%) 4-х общеобразовательных школ Ленинского округа г. Тюмени, выбранных по методу случайного отбора с проведением стандартной 12-канальной электрокардиографии 1766 школьникам (879 мальчикам и 887 девочкам). В выборку брался каждый второй обследуемый ребенок. Запись ЭКГ осуществляли в 12 общепринятых отведениях в положении лежа на спине со скоростью 50 мм/с. с последующим кодированием по Миннесотскому коду. Анализ записи проводили 2 независимых кодировщика. Измерение интервалов и зубцов производили в соответствии с рекомендованным стандартом. Процедура обследования на кардиологическом скрининге также включала: анкетирование; антропометрию; трехкратное измерение артериального давления; подсчет пульса. Все школьники были разделены в группы по возрасту и полу. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты. В результате исследования популяции школьников при расшифровке ЭКГ в соответствии с критериями Миннесотского кода было отмечено, что ЭКГ, не имеющие патологических кодов, в популяции школьников составили 24,5%: среди мальчиков — 22,4%, среди девочек — 27,1%. Распространенность различных форм нарушения ритма среди обследованных школьников составила 19,1%. За критерии синусовой тахикардии принята ЧСС покоя более 100 уд. в минуту, брадикардии — ЧСС менее 50 уд. в минуту. Синусовая тахикардия выявлена у 12,1% школьников: 12,7% мальчиков и 11,5% девочек, брадикардия отмечена у 1,7% учеников: 2,9% мальчиков и 0,5% девочек. МВР наблюдалась у 4,0% школьников, экстрасистолия — у 3,0% учеников. Следует заметить, что распространенность синусовой тахикардии была статистически значимо выше, чем брадикардии ($p < 0,05$). Известно, что тенденция к тахикардии также является фактором риска АГ, часто ассоциирующаяся с гиперкинетическим кровообращением и повышением активности симпатической нервной системы.

Выводы. Таким образом, при расшифровке ЭКГ в соответствии с критериями Миннесотского кода нарушения ритма сердца выявлены почти у каждого пятого школьника, первое место среди которых занимала синусовая тахикардия ($p < 0,05$). Нарушения ритма сердца чаще наблюдались у мальчиков, чем у девочек.

061 ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ТЕХНОЛОГИЕЙ ХСТРЕЙН

Галимская В. А., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: изучение особенностей деформационных показателей отдельных сегментов левого желудочка (ЛЖ), находящихся в зоне перенесенного инфаркта, определяемых методом XStrain.

Материал и методы: в исследование было включено 15 пациентов в возрасте от 43 до 70 лет ($58 \pm 9,7$ года), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и контрольная группа, состоявшая из 20 здоровых добровольцев. Среди здоровых лиц 12 женщин и 8 мужчин, средний возраст $52,2 \pm 9,4$ лет. Диагноз постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) выставлялся на основании, перенесенного в прошлом ИМ, доказанного повыше-

нием кардиоспецифических ферментов и/или наличием рубцовых изменений на ЭКГ. Давность ИМ составила в среднем $3,3 \pm 2,9$ года. Включались пациенты, с локализацией постинфарктных изменений в задних и нижних сегментах. 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). Оценка деформационных характеристик миокарда проводилась в 75 сегментах ЛЖ, соответствующих постинфарктной зоне. Регистрировались значения продольной, циркулярной и радиальной деформации миокарда в графическом и цифровом формате.

Результаты: значения деформации в задних сегментах на базальном, среднем уровнях были существенно меньше аналогичных здоровых сегментов, для продольной деформации на 35,6 и 40,1%, циркулярной на 40,5, 32,8%. На апикальном уровне разница для продольной деформации составляла 14,0%. Для нижних сегментов деформации различия на базальном и среднем уровнях продольная деформация отличалась на 43,0 и 24,5%, циркулярная была снижена на 45,9 и 30,8%. Радиальная деформация была выше в постинфарктной зоне по сравнению с аналогичными сегментами у здоровых пациентов, соответственно, в базальных задних на 45,3, нижних на 43,7%, средних задних на 49,6, нижних — 41,4%, апикальных на 10,2%.

Выводы: полученные показатели миокардиальной деформации сегментов после ИМ характеризовались не нулевой, а значительно сниженной деформацией. Значения продольной и циркулярной деформации были ниже показателей аналогичных нормальных сегментов у здоровых лиц на 30–40%, а радиальной деформации — выше на 40–50%. Увеличение радиальной деформации связано с особенностями строения миокарда и носит компенсаторный характер для сохранения внутрисердечной гемодинамики и эффективности насосной функции ЛЖ. Максимально низкие значения наблюдались на базальном и среднем уровне ЛЖ, что связано с локализацией ИМ на соответствующих уровнях ЛЖ.

062 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТРУДОСПОСОБНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Гальцова О. А., Романенко В. В.
БелМАПО, Минск, Беларусь

Цель: изучить качество жизни и трудоспособность пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в отдаленном периоде при различных методах реперфузии — проведение ЧКВ, ТЛТ.

Материал и методы: обследовано 82 пациента мужского пола, перенесших острый ИМпST. У каждого пациента собирали демографические, анамнестические данные, анамнез по трудоспособности, проводился анализ факторов риска и наличия сопутствующих заболеваний. Всем пациентам проводилась оценка качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты: было обследовано 82 пациента мужского пола, перенесших острый ИМпST. Наблюдение в среднем продолжалось в течение $21,41 \pm 1,62$ месяца. Средний возраст пациентов составлял $53,4 \pm 1,02$ года. 52 (63,42%) пациентам было проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), 30 (36,58%) пациентов подверглись тромболитической терапии (ТЛТ). Средняя длительность пребывания в стационаре составила у пациентов группы ЧКВ — $17,88 \pm 1,52$, в группе ТЛТ — $27,53 \pm 3,3$ дней. Инвалидность II группы была выставлена у 14 (46,67%) пациентов после проведения ТЛТ, и у 21 (40,38%) пациентов после проведения ЧКВ; III группа инвалидности была выставлена у 6 (20%) пациентов после проведения ТЛТ, и у 4 (7,69%) пациентов после проведения ЧКВ. Временная нетрудоспособность у пациентов после проведения ТЛТ составила $40,9 \pm 2,22$, после проведения ЧКВ — $44,3 \pm 2,29$. Показатели качества жизни по SF-36

по шкалам физического функционирования, интенсивности боли, оценки состояния здоровья и жизнеспособности были достоверно лучше в отдаленном периоде у пациентов после проведения ЧКВ по сравнению с пациентами из группы ТЛТ.

Выводы: ЧКВ с последующим стентированием — эффективный метод лечения пациентов с острым ИМпST, который приводит к улучшению прогноза в отдаленном периоде после перенесенного ИМпST: уменьшению длительности пребывания в стационаре, снижению выхода пациентов на инвалидность, способствуя сохранению трудоспособности. Также отмечается улучшение качества жизни пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST в отдаленном периоде, что играет немаловажную роль в процессе реабилитации этих пациентов на амбулаторном этапе.

063 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

Цель: изучение краткосрочной вариабельности артериального давления (АД) в первом и втором триместрах беременности

Материал 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 Tensoval Duo Control компании Hartmann. Краткосрочная вариабельность определялась на приеме путем трех последовательных измерений АД с интервалом 1–2 минуты после пяти минут покоя. Оценка доплерометрических 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 $3,51 (\pm 1,11)$ мм рт. ст., диастолического (ДАД) — $3,0 (\pm 1,06)$ мм рт. ст. Во II триместре показатели вариабельности АД достоверно не отличались от таковых в первом триместре и составили в среднем $3,47 (\pm 1,86)$ и $3,62 (\pm 1,42)$ 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 $0,58 (\pm 0,07)$, систоло-диастолическое отношение — $2,65 (\pm 0,54)$. Во II триместре имело место достоверное снижение показателей маточного кровотока: индекс резистентности составил в среднем $0,5 (\pm 0,01)$, систоло-диастолическое отношение — $2,0 (\pm 0,1)$ ($p < 0,05$).

Выводы. Несмотря на физиологически прогрессирующие изменения гемодинамики, вариабельность АД в I и 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.

064 ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК ИНСУЛЬТА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»)

Гафаров В. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Гафарова А. В.^{1,2}

¹ФГБУ Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ²ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить связь жизненного истощения (ЖИ) с поведенческими факторами риска и влияние на относительный риск возникновения инсульта в женской популяции 25–64 лет г. Новосибирска в течение 16 лет.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ “MONICA-психосоциальная” (MOPSY) в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин (n=870) в возрасте 25–64 лет одного из районов г. Новосибирска. Отклик на исследование составил 72.5%. Жизненное истощение было изучено с помощью анкеты “MONICA-MOPSY”. В течение 16-летнего периода (1995–2010гг) в когорте были изучены все впервые возникшие случаи инсульта. Кокс пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска (ОР) возникновения инсульта. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, имевшие цереброваскулярные заболевания к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Высокий уровень ЖИ в наблюдаемой когорте встречался у 31,2% женщин. В течение 16 лет 5.1% женщин перенесли инсульт.

Была изучена взаимосвязь ЖИ и отношение к поведенческим характеристикам. По отношению к курению, среди лиц с высоким ЖИ, отмечены тенденции в увеличении доли женщин “пытавшихся изменить курение”. По отношению к питанию отмечен рост ответов “я должен соблюдать диету, но этого не делаю”, “я пытался соблюдать диету, но безуспешно”, у лиц с высоким ЖИ (32,1% и 17,2%, соответственно; $\chi^2=18,40$ df=8 p<0,05). В течение последнего года, у женщин с ЖИ в 2 раза снизилась физическая активность, в сравнении лицами без ЖИ ($\chi^2=10,34$ df=4 p<0,05).

В течение 16 лет наблюдения ОР у женщин с ЖИ развития инсульта в 3,34 раза выше (95% ДИ=1,02–10,93; p<0,05), в сравнении с лицами без ЖИ.

Тенденции в увеличении частоты развития инсульта отмечены в следующих группах: среди замужних женщин, среди лиц со средне-специальным образованием, среди женщин с профессиональным статусом в категории “руководитель”, “тяжелый физический труд” с ЖИ.

Выводы. Установлена большая распространенность высокого уровня жизненного истощения в женской популяции 25–64 лет, которое ассоциировано с неблагоприятным поведенческим профилем. ЖИ значительно увеличивает относительный риск инсульта, особенно в группе замужних женщин со средне-специальным образованием, в категории “руководитель” и “тяжелый физический труд”.

065 ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL”)

Гафаров В. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Гафарова А. В.^{1,2}

¹ФГБУ Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ²ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить влияние социальной поддержки (СП) на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) в женской популяции 25–64 лет г. Новосибирска в течение 16 лет.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ “MONICA-психосоциальная” (MOPSY) в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин (n=870) в возрасте 25–64 лет одного из районов г. Ново-

сибирска. Отклик на исследование составил 72.5%. Социальная поддержка измерялась в начале исследования при помощи теста Беркман-Сим; учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). В течение 16-летнего периода (1995–2010гг) при помощи программы ВОЗ “Регистр острого инфаркта миокарда” в когорте были изучены все впервые возникшие случаи ИМ. Кокс пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска (ОР) возникновения ИМ. Женщины, имевшие ИБС к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Распространенность низкого уровня ICC в открытой женской популяции 25–64 лет составила 57,1%, низких уровней социальных связей – 77,7%. В течение 16 лет 2.2% женщин перенесли ИМ.

При низком индексе ICC ОР развития ИМ среди женщин 25–64 лет был в 4.9 раз выше (95% ДИ=1,108–21,762; p<0,05), чем при более высоких уровнях ICC. В возрастных группах женщин с низким ICC риск инфаркта не достигал значимых величин.

Низкий SNI у женщин 25–64 лет увеличивал ОР развития ИМ в 2.92 раза (95% ДИ=1,040–8,208; p<0,05), в сравнении с более высокими уровнями SNI. В возрастной группе 55–64 лет риск инфаркта возрастал и был в 5.9 раз выше (95% ДИ=1,534–22,947; p=0,01) для женщин с низким SNI.

Тенденции в увеличении частоты развития ИМ отмечены в следующих группах: среди замужних женщин с низкими индексами ICC, SNI; среди женщин с высшим и средне-специальным образованием и низким ICC; среди женщин с профессиональным статусом в категории “руководитель” с низкими ICC и SNI, в сравнении с более высокими индексами СП.

Выводы. Установлена большая распространенность низкого уровня социальной поддержки (социальных связей и близких контактов) в женской популяции 25–64 лет, при котором отмечается высокий риск возникновения ИМ в течение длительного периода наблюдения. На риск развития ИМ оказывает влияние социальный статус при низком уровне социальной поддержки: семейное положение “замужем”; образовательный уровень “высшее”, “средне-специальное”; профессиональный статус “руководитель”.

066 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ОДНОГО ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ И ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ПРОГРАММЕ ВОЗ “MONICA”, ПОДПРОГРАММА “MONICA-психосоциальная”)

Гафаров В. В.^{1,2}, Воевода М. И.^{2,3}, Громова Е. А.^{1,2}, Максимов В. Н.^{2,3}, Юдин Н. С.³, Мишакова Т. М.³, Гагулин И. В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ²НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск; ³Институт цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить ассоциацию ЛТ (личностной тревожности) с РЧТП (разное число тандемных поворотов) полиморфизмом генов D4 и DAT; определить риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) у мужчин с ЛТ.

Материал и методы: в рамках программы ВОЗ “MONICA”, подпрограмма “MONICA-психосоциальная” в 1984, 1988, 1994 гг. обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25–64 лет (2149 мужчин). Для оценки уровня ЛТ использовался тест Спилберга. Генотипирование изучаемых полиморфизмов генов проводилось по опубликованным методикам. За период наблюдения – 24 лет (1984–2008 гг.), были зафиксированы все впервые возникшие случаи АГ. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS версия 11.5. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2 . Кокс-пропорциональная регрессионная модель (Сох-

regression) использовалась для оценки коэффициента риска (HR) с учётом различного времени контроля.

Результаты. Уровень ВУТ (высокий уровень тревожности) в открытой популяции мужчин 25–64 лет составил — 50,9%. С ВУТ оказался достоверно ассоциирован генотип 4/6 гена *DRD4* и генотип 9/9 гена *DAT*. Уровень ВУТ в когорте мужчин с новыми случаями АГ был — 57,4% ($\chi^2=8,515$; $df=1$, $p<0,001$). Риск развития АГ в течение первых 5 лет наблюдения в группе с ВУТ, по сравнению с СУТ был в 6,8 раз (95% ДИ=3,24–14,18; $p<0,05$); через 10 лет риск был в 5 раз (95% ДИ= 2,89–11,76); через 20 лет в 1,8 раз (95% ДИ=1.087–3.24; $p<0,05$). Через 24 лет — наблюдалась тенденция увеличения риска развития АГ у мужчин с ВУТ.

Заключение. ВУТ значительно повышает риск развития АГ в открытой популяции среди мужчин 25–64 лет. ЛТ достоверно ассоциирована с определенными РЧТП полиморфизмами генов *DRD4*, *DAT*.

067 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Гонтаренко С. В., Морозова Т. Е.

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

Цель: изучить возможности фармакологической коррекции нарушенных когнитивных функций у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II ст. с помощью ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) периндоприла (П) и эналаприла (Э).

Материал и методы. Показатели когнитивных функций по данным тестирования по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE), субъективной оценки памяти и внимания по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), психологическим субтестам Векслера 5 и 7, а также показатели суточного мониторирования АД (СМАД) оценивали у 54 больных (ж-16, м-14; средний возраст 54,7±6,8 лет) с АГ I–II ст. исходно и через 12 недель лечения периндоприлом в ср.сут. дозе 5 мг или эналаприлом в ср.сут. дозе 10 мг. Сравнительный анализ групп после рандомизации не выявил различий по полу, возрасту, уровню “офисного” АД и когнитивному статусу.

Результаты: На фоне приема П отмечено уменьшение количества жалоб на ухудшение памяти и внимания с 2,3 до 1,4 ($p<0,05$), увеличение балла по субтесту Векслера 5 с 9,8±1,7 до 11,9±1,8 ($p<0,05$), субтесту Векслера 7 с 40,2±12,7 до 50,8±12,1 ($p<0,05$). Отмечена тенденция к улучшению показателей по ВАШ памяти с 80,5±17,0 до 81,6±13,6 и внимания с 75,8±15,8 до 81,1±13,6. Показатель MMSE практически не изменился. Целевой уровень АД был достигнут у 74,28% больных. На фоне терапии П отмечено снижение уровня среднесуточного САД с 141,6±11,9 до 128,62±5,43 и среднесуточного ДАД с 86,24±1,02 до 77,21±1,42 мм рт.ст., индекса времени САД с 52,41±1,27 до 38,27±4,23%, индекса времени ДАД с 36,73±2,82 до 29,48±3,15% ($p<0,05$ во всех случаях). Количество пациентов с достаточным ночным снижением АД (dippers) увеличилось с 28 до 43%. Наряду с нормализацией АД. На фоне приема Э достоверной динамики показателей когнитивных функций получено не было. Отмечена тенденция к улучшению показателей по ВАШ памяти с 80,5±17,0 до 81,6±13,6 и внимания с 75,8±15,8 до 81,1±13,6, увеличению балла субтеста Векслера 5 с 9,2±1,6 до 9,6±1,0 и субтеста Векслера 7 с 35,5±11,8 до 40,6±12,3 ($p>0,05$ во всех случаях). Показатель MMSE не изменился. Целевой уровень АД в суточной дозе 10 мг был достигнут у 40,74% больных. На фоне терапии Э отмечено снижение уровня среднесуточного САД с 140,9±11,8 до 129,43±5,45 и среднесуточного ДАД с 88,21±1,04 до 78,5±1,42 мм рт.ст. ($p<0,05$), индекса времени САД с 55,21±1,25 до 39,07±3,14%,

индекса времени ДАД — с 33,83±1,82 до 30,28±3,15% ($p<0,05$). Количество пациентов с достаточным ночным снижением АД (dippers) увеличилось с 32 до 43%.

Выводы. Ингибитор АПФ периндоприл в ср.сут. дозе 5 мг оказывает более выраженное улучшение когнитивных функций по данным нейропсихологического тестирования у больных АГ I–II ст., что делает его применение оправданным у пациентов АГ с когнитивными нарушениями.

068 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Горохова Т. А., Дубова Н. В., Зайцева Н. В., Токарева Л. Г., Заикина М. В., Болонина Л. М.

ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия

Цель: оценка нарушений ритма сердца у молодых лиц.

Материал и методы: проведено стационарное обследование 31 молодого человека в возрасте от 16 до 24 лет. Всем обследованным неоднократно проводилась запись ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях на аппарате “Fukuda M-E Cardiosani C 300”, Япония; а также эходоплеркардиография на аппарате “Aloka-SSD-4000 ProSound”, Япония; холтеровское кардиомониторирование “Astrokard Holtersystem-2F АО Медитек”, Россия.

Результаты. В структуре диагнозов доминировал пролапс митрального клапана (ПМК) — 20 (64,5%) обследованных, митральная регургитация наблюдалась у всех пациентов, у 4 (12,9%) — постмиокардитический кардиосклероз, у 3 (9,7%) — врожденные пороки сердца (ВПС), у 3 (9,7%) — нейроциркуляторная дистония, у 1 (3,2%) — дистрофия миокарда вследствие физического перенапряжения. Добавочные хорды левого желудочка (ДХЛЖ) выявлены в 61,3% (у 19), сочетание ПМК и аномально расположенных хорд левого желудочка (АРХ) наблюдалось в 38,7% (у 12), открытое овальное окно (ООО, со сбросом и без сброса) — в 19,3% (у 6), в 6,4% (у 2) выявлены ДТЛЖ, в 6,4% (у 2) случаев обнаружены сочетания ПМК, ООО, АРХ.

По данным холтеровского кардиомониторирования выявлены различные нарушения ритма и проводимости: суправентрикулярная, желудочковая экстрасистолия и их сочетание — у 30 (96%), в том числе частая желудочковая (более 1000 в сутки) — у 5 (16%), короткие пароксизмы наджелудочковой тахикардии — у 3 (9,7%), миграция водителя ритма по предсердиям — у 4 (12,9%), синусовая аритмия — у 20 (64,5%), WPW-синдром — у 1 (3,2%). Нарушение проведения в виде атриовентрикулярной (АВ) блокады I, II ст. (1 тип) зафиксированы в 16% наблюдений (у 5), в 9,7% (у 3) наблюдений выявлены нарушения СА-проводимости. В 61,2% нарушения ритма встречались в сочетанном виде. Частота выявления аритмий, по сравнению со стандартной ЭКГ покоя, при холтеровском кардиомониторировании была выше 10,5 раз.

Политопная экстрасистолия регистрировалась в 45,4% (в 60% преимущественно желудочковая) у пациентов, имеющих ПМК с регургитацией I степени, в 80% (в 75% желудочковая экстрасистолия) — среди пациентов с ПМК с регургитацией I–II степени, в 100% (в 75% желудочковая экстрасистолия) — среди пациентов с ПМК с регургитацией II–III степени. АВ-, СА-блокады наблюдались у 27,3% случаев ПМК с регургитацией I степени, 50% случаев ПМК с регургитацией II–III степени.

Выводы: 1. Часте нарушения ритма и проводимости регистрируются при более выраженной митральной регургитации (2–3 ст.), и при сочетании нескольких аномалий развития сердца (ПМК, АРХ, ООО).

2. Частое сочетание малых аномалий развития сердца и нарушений ритма требует более тщательного и углубленного обследования этой категории пациентов для своевременного выявления патологии сердечно — сосудистой системы.

069 ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Горшков И. П., Волынкина А. П., Золотев В. И.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж, Россия

Сахарный диабет (СД) патогенетически ассоциирован с артериальной гипертензией (АГ) и сопровождается нарушением не только углеводного и липидного обмена, но и патологическими изменениями параметров иммунного статуса.

Цель: изучить модификацию иммунного статуса в зависимости от длительности заболевания и гендерного фактора у больных СД 2 типа с АГ.

Материал и методы. В исследование было включено 104 больных СД 2 типа с АГ, средний возраст — $57,1 \pm 1,3$ лет, средняя длительность заболевания диабетом — $9,1 \pm 0,9$ лет, среднее САД — $148 \pm 2,5$ мм рт.ст., ДАД — $92 \pm 1,8$ мм рт.ст., разделенных по гендерному признаку на 2 группы: женщин (1, $n=62$), мужчин (2, $n=42$), по длительности заболевания — на 3 группы: до 5 лет (3, $n=29$), от 5 до 10 лет (4, $n=48$), более 10 лет (5, $n=27$). Больные 1 и 2 групп не различались по возрасту и стажу СД 2 типа. Пациенты 3, 4, 5 групп были сопоставимы по полу. У больных изучали параметры иммунного статуса (CD3+, CD4+, CD8+, CD11b+, CD16+, CD20+, CD95+, 0-лимфоциты, индекс CD4+/CD8+, IgA, IgM, IgG, ЦИК), уровень инсулина, индекс НОМА. Всем пациентам проводилась комбинированная сахароснижающая терапия. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2007 (Microsoft) и Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.), исследуемые показатели приведены в виде $M \pm m$, для сравнения использовали U-критерий Манна-Уитни, критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты. У пациентов 1 группы в сравнении с больными 2 группы отмечалось повышение количества Т-хелперов ($U, p<0,02$), активированных лимфоцитов ($U, p<0,005$) и индекса супрессии ($U, p<0,05$), а также снижение инсулина ($U, p<0,001$): в 1 группе CD4+ составил $1,00 \pm 0,04$, CD95+ — $1,10 \pm 0,06$, CD4+/CD8+ — $2,17 \pm 0,13$, уровень инсулина — $14,3 \pm 0,21$ мкЕД/мл; во 2 группе CD4+ составил $0,80 \pm 0,07$, CD95+ — $0,68 \pm 0,06$, CD4+/CD8+ — $1,63 \pm 0,14$, уровень инсулина — $18,6 \pm 0,31$ мкЕД/мл. Уровень инсулина коррелировал с активностью апоптоза, $r = -0,59$ ($p<0,05$). У больных 4 группы по отношению к пациентам 3 группы наблюдалось увеличение количества Т-супрессоров и активированных лимфоцитов на фоне снижения индекса супрессии ($U, p<0,05$) и уровня инсулина ($U, p<0,005$): так в 3 группе CD8+ — $0,51 \pm 0,04$, CD95+ — $0,87 \pm 0,06$, CD4+/CD8+ — $2,30 \pm 0,19$, инсулин — $17,5 \pm 0,27$ мкЕД/мл; в 4 группе CD8+ — $0,64 \pm 0,05$, CD95+ — $1,13 \pm 0,1$, CD4+/CD8+ — $1,75 \pm 0,15$, инсулин — $15,3 \pm 0,31$ мкЕД/мл. Уровень CD95+ коррелировал с инсулином, $r = -0,64$ ($p<0,05$). Уровень В-лимфоцитов у пациентов 4 группы составил $0,29 \pm 0,03$, в 5 группе — $0,20 \pm 0,03$ ($U, p<0,05$). Различия остальных параметров иммунного статуса в группах носили статистически незначимый характер.

Вывод. У женщин, больных СД 2 типа, активация клеточного звена иммунной системы имеет более значимый характер, чем у мужчин. У мужчин активность каскада апоптоза β -клеток менее выражена и существеннее гиперинсулинемия по сравнению с таковой у женщин. С увеличением длительности СД отмечается тенденция к активации супрессорного звена иммунитета, сопровождающаяся снижением степени инсулинорезистентности и ускорением апоптоза. В последующем активность Т-супрессоров снижается параллельно с угнетением В-звена иммунитета.

070 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

Горячева А. А.¹, Коваленко Т. В.², Барсуков А. В.²

¹ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрав РФ, Смоленск; ²ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Согласно литературным данным, для больных язвенной болезнью (ЯБ) характерна большая частота встречаемости синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) по сравнению со здоровыми лицами. Кроме того, в генезе данного синдрома важная роль отводится дисфункции вегетативной нервной системы.

Цель: выявить клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные особенности у больных ЯБ зависимости от наличия или отсутствия СРРЖ.

Материал и методы. Обследовано 98 больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в фазе обострения, средний возраст $32,48 \pm 7,35$ лет, длительность язвенного анамнеза $3,70 \pm 0,76$ лет. Диагноз ЯБ подтверждали эндоскопически, средний диаметр язвенных дефектов составил $0,62 \pm 0,03$ см. Во всех случаях регистрировали обсемененность *Helicobacter pylori*, которую верифицировали гистологическим методом и с помощью быстрого уреазного теста. Для оценки вегетативной регуляции использовали вариационную кардиоинтервалографию по методике Р. М. Баевского. В зависимости от наличия или отсутствия СРРЖ по данным электрокардиографии (ЭКГ) все пациенты были разделены на две группы: 1-ю группу ($n=61$) составили пациенты, у которых был выявлен СРРЖ; 2-ю группу ($n=37$) — больные с отсутствием данного синдрома.

Результаты. В целом, у всех пациентов ЯБ, СРРЖ был выявлен у 62,2% больных (61 человек). Анализ частоты встречаемости СРРЖ в зависимости от локализации язвенного дефекта показал, что наиболее часто СРРЖ регистрировался у больных с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки — 41 человек (75,9%) по сравнению с пациентами, у которых была выявлена язва желудка — 20 человек (41,6%) ($p<0,05$). Больные с наличием СРРЖ имели достоверно больший размер язвенного дефекта по сравнению с пациентами без данного синдрома ($p<0,05$). У пациентов с наличием СРРЖ достоверно чаще выявлялась наследственная отягощенность по ЯБ ($p<0,05$). СРРЖ чаще выявлялся у больных ЯБ с наличием рефлюкс-эзофагита и эрозий в гастродуоденальной зоне. При наличии СРРЖ достоверно чаще регистрировалась ваготония, свидетельствующая о повышении тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Выводы. Наиболее часто СРРЖ регистрировался у больных с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, наличием наследственной предрасположенности, рефлюкс-эзофагита и эрозий в гастродуоденальной зоне. Для пациентов с наличием СРРЖ была характерна ваготоническая направленность вегетативных реакций и достоверно больший размер язвенного дефекта.

071 РОЛЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ АУТОАНТИТЕЛ К БЕЛКАМ КАРДИОМИОЦИТОВ В СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ МИОКАРДА И ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гришаев С. Л., Гладышева Э. В., Свистов А. С., Кириченко П. Ю.

ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучение особенностей иммунного ответа у больных различной кардиальной патологией и выявление связи иммуноглобулинов классов А и G к кардиомиозину с показа-

телями морфофункционального состояния миокарда, аритмогенным потенциалом сердца и проявлениями хронической сердечной недостаточности.

Материал и методы. Было обследовано 129 пациента обоих полов с миокардитом хронического течения (52 человека), инфекционным эндокардитом, перенесшие оперативное вмешательство с протезированием клапанов (14 человек), ревматизмом и пролапсом митрального клапана после операции протезирования клапанов (13 человек), ИБС, стабильной стенокардией напряжения I–III функционального класса (50 человек). Всем обследуемым, помимо общепринятого кардиологического обследования, были выполнены иммунологические тесты по определению иммуноглобулинов классов А и G к кардиомиозину.

Результаты. Повышение концентрации IgG к кардиомиозину связано как с маркерами воспаления, так и с показателями, отражающими морфо-функциональное состояние сердца (ХСН). Так при миокардите — с суммарным индексом накопления меченных аутолейкоцитов в миокарде ($R=0,34$), с массой миокарда левого желудочка ($R=0,33$), индексом массы миокарда ($R=0,27$), с наличием блокады ЛНПГ на ЭКГ ($R=0,51$), с наличием отеков ($R=0,28$), с расширением перкуторных границ сердца ($R=0,27$); при инфекционным эндокардите — с уровнем ЦИК ($R=0,63$), СОЭ ($R=0,48$) до операции, при ревматизме и пролапсе — с уровнем СОЭ ($R=0,63$), фибриногена ($R=0,67$), ЦИК ($R=0,60$), с функциональным классом сердечной недостаточности до операции ($R=0,46$); при ОКС — с показателями кардиального антигена ($R=0,60$), с уровнем фибриногена ($R=0,64$), СРБ ($R=0,66$), с диастолическим размером левого желудочка ($R=0,41$); при ИБС — с показателями кардиального антигена ($R=0,87$), с фибриногеном ($R=0,51$), СРБ ($R=0,40$), прямая связь с систолическим размером левого желудочка ($R=0,44$), со временем извольномического расслабления ЛЖ ($R=0,54$) и отрицательная связь с уровнем креатинина ($R=-0,49$), с фракцией выброса левого желудочка ($R=-0,64$).

Выводы. Иммуновоспалительные нарушения являются универсальным механизмом поражения сердечно-сосудистой системы и важным патогенетическим фактором ХСН. Выявлена достоверная связь между увеличением концентрации в крови IgA и G к кардиомиозину с показателями, отражающими активность воспаления, у всех исследуемых групп. Их уровень может использоваться для оценки степени выраженности воспалительного процесса и вовлечения иммунного компонента в патогенез заболевания у больных данной кардиальной патологией. Степень выраженности этих нарушений соотносится с функциональным классом хронической сердечной недостаточности.

072 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Гришаев С. Л., Исмаилов А. А., Сухов В. Ю., Свистов А. С.
ФГКВ ОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического генеза, особенно ишемическая болезнь сердца, остаются основной причиной преждевременной смерти во всем мире. ССЗ возникают как у мужчин, так и у женщин; из всех смертей в Европе, произошедших в возрасте до 75 лет, 42% у женщин и 38% у мужчин связаны с ССЗ. Смертность от ССЗ меняется: стандартизированные по возрасту показатели снижаются в большинстве европейских стран, но остаются высокими в странах Восточной Европы. Совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы относится к числу наиболее актуальных задач клинической медицины (Рекомендации ЕОК по профилактике ССЗ, 2012).

Цель. Одним из многообещающих направлений лечения аритмий является использование омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (n-3-ПНЖК). Так, в исследовании GISSI-Prevenzione было показано, что применение n-3-ПНЖК у больных, перенесших инфаркт миокарда, сопровождалось снижением смертности от всех причин, внезапной смерти и числа случаев повторного инфаркта миокарда. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что одним из наиболее перспективных неинвазивных методов исследования миокарда является однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) сердца с метаболическими агентами — жирными кислотами.

Материал и методы. В течение трех лет проведено исследование метаболизма сердечной мышцы с I-123-ВМПП препарат (Иодофен, Россия) у 101 пациента обоих полов. Основную группу составили 59 пациентов в возрасте 45–68 лет, группу контроля составили 42 пациента в возрасте 47–61 года. У всех пациентов была верифицирована ИБС, стенокардия напряжения 1–2 функционального класса и нарушениями ритма. У всех этих больных диагноз ИБС подтвержден с помощью ЭКГ, нагрузочных функциональных проб, стресс-эхокардиографии, нагрузочной ОФЭКТ с перфузионными агентами и клиническими данными. Исследования проводили исходно и через шесть месяцев.

Результаты. При сравнении регионов нарушения обмена веществ, изменений реполяризации и снижения поглощения перфузионного трейсера в 92% было отмечено совпадение показателей ($di=0,615-0,998$), в 8% — несоответствие ($di=0,002-0,385$). Повторные ОФЭКТ с Иодофеном после лечения n-3-ПНЖК показало улучшение накопления агента в ранее отмеченных секторах, усиление перфузии и уменьшение клинических проявлений. В группе сравнения, получавшей только стандартную терапевтическую схему, значимого улучшения не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, ОФЭКТ с Иодофеном с высокой информативностью и достоверностью фиксирует улучшение метаболизма миокарда в результате терапии n-3-ПНЖК.

073 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Громнацкий Н. И., Громнацкая Н. Н.*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; * Львовский государственный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Исследования показали, что кластеры метаболического синдрома (МС), которые появляются и взаимоусиливаются в детстве, связаны с характером питания и уровнем физической активности детей и подростков. Физиологическое питание и высокая физическая активность положительно влияют на показатели артериального давления, уровень липидов и липопротеидов крови, чувствительность тканей к инсулину и степень ожирения у детей.

Цель. Выявить влияние умеренной физической активности и сбалансированного питания на вторичную профилактику МС у детей и подростков.

Материал и методы. Исследование проведено в открытом рандомизированном исследовании, которое включало 42 детей 10–18 лет (средний возраст $-12,7 \pm 1,2$ года) с экзогенно-конституциональной формой ожирения и артериальной гипертензией, т. е. с формирующимся МС. Абдоминальное ожирение диагностировали по перцентильному распределению ОТ, ИМТ, артериальную гипертензию по показателям АД более 95-персентиля согласно возрасту и пола в соответствии с Российскими рекомендациями Комитета экспертов ВНОК (2009). Детям проводилось измерение массы тела, роста, окружностей шеи, талии, бедер, определялся липидный спектр сыворотки крови (холестерин, ХСЛПВП, ХСЛПНП, триглицериды, β -липопротеиды) с подсчетом коэффициента атерогенности, лептин, СРП, инсулин, глюкозу с подсчетом индекса НОМА.

Обучающая программа по питанию была создана для обеспечения детей информацией по диететике для формирования здоровых диетических привычек, которую дети получали в письменной форме в виде Памяток по питанию. Основными принципами считались разнообразие, выбор потенциально правильной в качественном и количественном отношении здоровой пищи, умеренность с расчетом для каждого ребенка энергетической потребности питания с учетом роста, уровня физической активности по формуле, пищевой режим. Согласно современных рекомендаций по физической активности дети занимались умеренной физической активностью 1 час в день на занятиях ЛФК, затем эти упражнения проводились дома по изученной методике. Кроме того, 23 детей обследуемой группы посещали секции плавания, танцев, тенниса, борьбы, где занятия проводились 3 раза в неделю по 1,5–2,0 часа. Наблюдение за детьми проводилось в течение 2 лет.

Результаты. Выявлено, что сам факт акцентуации внимания на наличие признаков МС у детей создает предпосылки для оздоровления образа жизни, привычек питания и физических нагрузок. ИМТ у 23 детей с МС уменьшился с $32,2 \text{ кг/м}^2$ до $23,5 \text{ кг/м}^2$, т. е. дети из группы ожирения перешли в группу избыточной массы тела, у 10 детей наблюдалась нормализация массы тела, у 9 – снижение ИМТ с уменьшением степени ожирения. У 28 детей наблюдалась нормализация артериального давления, показатели которого находились в границах < 90 персентиля.

Выводы. Таким образом, регулярные занятия физической активностью и правильное сбалансированное физиологическое питание являются основополагающими факторами вторичной профилактики МС у детей и подростков, которые необходимо пропагандировать и внедрять в течение всего периода детства и юности и которые в дальнейшем перейдут во взрослую жизнь.

074 ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

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

Цель: изучить влияние дифференцированных велотренировок (ВТ) на состояние липидного обмена у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. Обследовано 54 пациента с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ (22 пациента составили основную группу (ОГ), 32 пациента – контрольную группу (КГ)). Пациенты ОГ и КГ не различались по возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации, используемой медикаментозной терапии ($p>0,05$). ФР пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу. У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и дозированной ходьбы, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом класса тяжести пациента, а также толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спирометрии, проведенной накануне. ВТ начинались на 8–17 сутки ИМ (в среднем на $11,3 \pm 0,8$ сутки). Общая продолжительность курса ВТ составляла 12 недель. Показатели липидного обмена: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ) определяли в сыворотке крови на автоматическом биохимическом анализаторе Olympus – AU 400 (Olympus, Япония) методом иммунотурбидиметрии в исходном состоянии – I тест (в среднем на 7–12 сутки после

выполненного ЧКВ), через 3 и 12 месяцев после начала развития заболевания – II и III тесты.

Результаты. Повышение уровня ОХС отмечено у 10 (45,4%) из 22 пациентов ОГ и у 12 (37,5%) из 32 пациентов КГ. Средние значения ОХС в подгруппах с повышенным уровнем составили $5,39 \pm 0,05$ и $5,49 \pm 0,08$ ммоль/л в ОГ и КГ, соответственно. Уровень ТГ – $2,04 \pm 0,08$ и $2,59 \pm 0,14$ ммоль/л в ОГ и КГ, соответственно, уровень ЛПВП – $1,13 \pm 0,02$ и $1,19 \pm 0,09$ ммоль/л в ОГ и КГ, соответственно. Таким образом, при 1-м обследовании средние значения показателей ОХС, ЛПВП и ТГ достоверно не различались между группами ($p>0,05$). Через 3 месяца после ИМ в ОГ отмечено достоверное снижение уровней ОХС ($4,39 \pm 0,18$ ммоль/л) и ТГ ($1,32 \pm 0,06$ ммоль/л), а также достоверное увеличение ЛПВП ($1,4 \pm 0,06$ ммоль/л), как в сравнении с 1-м обследованием, так и в сравнении с КГ ($p<0,01$). В КГ, напротив, не было выявлено положительной динамики анализируемых показателей (уровень ОХС составил $5,25 \pm 0,13$ ммоль/л, уровень ТГ – $2,44 \pm 0,12$ ммоль/л, уровень ЛПВП $1,22 \pm 0,02$ ммоль/л, $p>0,05$).

Заключение. У пациентов с ИМ после выполнения первичного ЧКВ использование дифференцированной программы физической реабилитации, включающей 10–12 недельный курс велотренировок, способствует высокостойкому снижению уровня общего холестерина и триглицеридов, а также достоверному повышению уровня холестерина липопротеидов высокой плотности.

075 ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ПРИНИМАЮЩИХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОР НЕБИВОЛОЛ

Гурова А. Ю., Морозова Т. Е., Цветкова О. А.

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

Цель. Изучить генетический полиморфизм CYP2D6 у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) I–IV ст. и провести сопоставительный анализ эффективности и переносимости кардиоселективного бета-адреноблокатора (БАБ) небиволола при разных генотипах по полиморфному маркеру G1846A гена CYP 2D6.

Материал и методы. У 58 больных ИБС в сочетании с ХОБЛ (муж. – 42; жен. – 16; ср. возраст – $64,09 \pm 7,39$ лет) изучен генетический полиморфизм CYP2D6 методом ПЦР-ПДРФ на образцах ДНК, выделенных из лейкоцитов, и проведено проспективное исследование фармакодинамических эффектов и безопасности БАБ небиволола у больных с различными генотипами по полиморфному маркеру G1846A гена CYP 2D6. Методы контроля включали общеклиническое обследование, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, эргоспирометрию с расчетом объема форсированного выдоха (ОФВ) и максимального потребления кислорода (VO_{2peak}), заполнение опросников (SF-36, SGRQ).

Результаты. Кардиоселективный БАБ небиволол в среднесуточной дозе $4,07 \pm 1,06$ мг при максимально переносимой нагрузке у пациентов с различной тяжестью течения ХОБЛ не оказывает негативного влияния на бронхиальную проходимость и не снижает толерантность к физической нагрузке. ОФВ₁ у пациентов с ХОБЛ I–IV ст. составил $2,09 \pm 0,98$ л до приема небиволола и $2,59 \pm 1,14$ л через 3 мес. приема небиволола ($p>0,05$); VO_{2peak} составил до приема небиволола $15,8 \pm 4,28$ мл/кг/мин и $14,78 \pm 4,88$ мл/кг/мин через 3 мес. приема ($p>0,05$). Небиволол улучшает качество жизни по шкале интенсивности боли и суммарной шкале общего показателя физического здоровья опросника SF-36, а также по шкалам “активность”, “влияние” и “итог” респираторного опросника SGRQ ($p<0,05$). У обследованных больных ИБС

в сочетании с ХОБЛ носительство медленного аллеля 1846GA гена CYP2D6 выявлено в 32,7% случаев, носительство генотипа 1846GG гена CYP2D6 — в 67,3%. Анализ распределения пациентов по группам носителей медленного аллельного варианта и носителей генотипа 1846GG гена CYP 2D6 показал, что вероятность наличия генотипа 1846GA гена CYP 2D6 у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ не зависит от пола, тяжести течения ИБС и ХОБЛ ($p > 0,05$). Также носительство генотипа 1846GA гена CYP 2D6 не влияет на целевые дозы небиволола и частоту возникновения побочных эффектов у пациентов ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Выводы. Применение кардиоселективного БАБ небиволола показано больным ИБС в сочетании с ХОБЛ с разными генотипами по полиморфному маркеру G1846A гена CYP 2D6. Не выявлено различий в эффективности и переносимости небиволола при разных генетических полиморфизмах гена CYP2D6.

076 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Гусаковская Л. И., Олейников В. Э., Борисова Н. А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: оценить динамику показателей сосудистой ригидности у больных с артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени старшей возрастной группы на протяжении 4 лет наблюдения и приверженность к длительной фармакотерапии.

Материал и методы: в исследование включено 85 лиц старше 60 лет с АГ 1–2 степени в соответствии с рекомендациями ВНОК (2008). Больным проводили индивидуальный подбор фармакотерапии антагонистом кальция с контролируемым высвобождением нифедипина, ингибитором АПФ (эналаприл), диуретиком (индапамид) с оценкой эффективности лечения, а также вазопротективного действия. Всем включенным в исследование лицам в течение года бесплатно выдавали лекарственные средства (ЛС), а также объясняли необходимость постоянного лечения. Жесткость артерий оценивали объемной сфигмографией с помощью прибора VS-1000 («Fukuda Denshi», Япония) по показателям: скорость пульсовой волны в аорте (PWV), по артериям преимущественно эластического типа справа и слева (R/L-PWV), индекс жесткости ($L-/CAVI_1$), индекс аугментации (AI). Спустя 4 года после окончания исследования было проанализировано проводимое в настоящее время лечение, проведена оценка приверженности с использованием опросника Мориски-Грина, изучены показатели сосудистой жесткости.

Результаты: спустя 4-летний период фармакотерапию продолжали 79 пациентов (93%). 6 больных (7%) самостоятельно прекратили прием антигипертензивных ЛС. 52 человека (61%) регулярно принимали препараты, 27 пациентов (32%) — нерегулярно. По результатам анализа опросника Мориски-Грина выявлено, что 46% (39 больных) забывали принимать препараты, 51% — невнимательно относятся ко времени приема фармакотерапии. 45 пациентов (53%) не принимали препараты, если чувствовали себя хорошо, и 24 человека (28%), соответственно, если чувствовали себя плохо после приема ЛС.

По данным объемной сфигмографии через 4 года лечения показатель PWV достоверно увеличился: с 6,8 (5,0; 8,3) до 7,2 (6,1; 9,1) м/с ($p < 0,05$). Скорость пульсовой волны в артериях преимущественно эластического типа не изменилась: исходно R/L-PWV составил 16,9 (15,0; 19,0), при повторном обследовании — 16,3 (14,8; 18,6) м/с ($p > 0,05$). Отмечено статистически значимое уменьшение AI с 1,19 (0,98; 1,52) до 1,02 (0,94; 1,14) м/с ($p < 0,01$). Значения индекса жесткости справа и слева достоверно не изменились: $L-/CAVI_1$ исходно составил 10,4 (9,1; 11,6), при повторном обследовании — 10,2 (8,9; 11,7) ($p > 0,05$).

Выводы: длительное мотивированное антигипертензивное лечение позволило сохранить достаточно высокую приверженность к терапии у пожилых лиц. По данным объемной сфигмографии наблюдалось достоверное увеличение скорости распространения пульсовой волны в артериях эластического типа и уменьшение значений индекса аугментации, отражающего соотношение прямой и отраженной составляющих пульсовой волны.

077 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Давыдова М. В., Замяткина О. В., Шарова В. Г., Жилева Ю. А.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Цель: оценка влияния комплекса витаминов с электронакцепторными свойствами (КВ с ЭАС) и убихинона (кудесана) на сократимость миокарда больных с ХСН.

Материал и методы: обследовано 46 больных ИБС в возрасте 48–60 лет с клиническими проявлениями ХСН IIА ст. без артериальной гипертензии, разделенных на 2 группы методом случайного выбора. I-я группа больных на фоне стандартного лечения получала КВ с ЭАС, а II-я группа кудесан (60 мг/сутки) в течение 14 дней. Проводилось клиническое обследование, ЭКГ, велоэргометрия (время нагрузки Т, пороговая мощность, выполненная работа А), эхокардиография (фракция выброса-ФВ, максимальная скорость раннего ($V_{\max} E$) и позднего ($V_{\max} A$) трансмитрального кровотока, отношение (V_e/V_a). Систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) характеризовалась $ФВ < 55\%$, $УО < 60$ мл/мин. Нарушение диастолической функции ЛЖ отмечалось при $V_e/V_a < 1,0$. Все показатели определялись до и после лечения.

Результаты: в обеих группах больных до лечения имело место уменьшение ФВ, снижение $V_{\max} E$ до $0,76 \pm 0,03$ в I группе и $0,84 \pm 0,001$ м/с во II. $V_{\max} A$ было уменьшено в I группе до $0,73 \pm 0,003$ м/с, а во II группе — до $0,77 \pm 0,002$ м/с. Отношение V_e/V_a составило соответственно $1,14 \pm 0,01$ и $1,1 \pm 0,01$. После приема КВ ФВ возросла на $10,8 \pm 0,08\%$, отношение V_e/V_a у 15 человек нормализовалось. Во II группе больных ФВ возросла до $12,2 \pm 0,005\%$, нормализация отношения V_e/V_a отмечалась у 16 больных. В обеих группах после лечения отмечалось увеличение велоэргометрических показателей.

Выводы: Кудесан, являясь частью антиоксидантной системы митохондрий, интенсифицирует энергообмен и уменьшает симптомы ХСН. Эффективность кудесана у больных ХСН сопоставима с действием КВ с ЭАС. Действие КВ с ЭАС на звенья анаэробного гликолиза приводит к увеличению физической работоспособности больных через 2 недели лечения.

078 ПОДГОТОВКА К УРОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ГЛАЗАМИ КАРДИОЛОГА

Давыдова С. С., Комиссаренко И. А.

ФГБУ НИИ урологии Минздрава России, Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии Департамента здравоохранения, Москва, Россия

Больной, поступающий в хирургическую клинику, помимо основного заболевания, приведшего его на больничную койку, как правило, имеет несколько, т. н. коморбидных состояний, подчас являющихся не менее важными, чем хирургическая патология. Цель исследования оценить необходимость консультации кардиолога до урологических операций, провести коррекцию терапии сердечно-сосудистых заболеваний для снижения осложнений в раннем послеоперационном периоде. Материалы и методы. В исследование включены 300 мужчин, старше 40 лет, с заболеваниями мочеполовых органов и системы кровообращения, проходившие лечение в ГКУБ № 47 Департамента здравоохранения г. Москвы в июне 2012 года. Больные

на предоперационном этапе прошли суточное мониторирование ЭКГ и АД (СМАД), были консультированы кардиологом. На вторые и десятые сутки после операции, суточное мониторирование ЭКГ и АД, осмотр кардиолога были повторены. При необходимости проводилась коррекция кардиотропной терапии. Основные урологические заболевания – доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), мочекаменная болезнь (МКБ), опухоли почек и мочевого пузыря, рак ПЖ, по поводу которых выполнялись оперативные вмешательства. Из 300 больных, осмотренных кардиологом до операции, прооперировано было 281 человек, что составило 93,8%. Обращает на себя внимание, что 51% больных потребовали коррекции или подбора кардиальной терапии, но при этом пришли в клинику со справкой от участкового терапевта с заключением, что противопоказаний к операции нет. Результаты. Кардиологическая патология в урологической клинике это АГ II стадии, ИБС и ее проявление стенокардия напряжения II ФК. Большинство больных страдают и ИБС, и АГ одновременно, что конечно затрудняет подбор терапии и удлиняет сроки пребывания в урологическом стационаре. Больным, которые получали постоянную антигипертензивную терапию, увеличивалась доза принимаемых препаратов и/или присоединялся препарат другой группы (чаще блокатор кальциевых каналов). Больным без постоянной терапии назначался ингибитор АПФ моноприл по 5 мг 2 раза в день, при необходимости увеличивалась его доза до 10 мг 2 раза в день и/или присоединялся блокатор кальциевых каналов кордафлекс. 51% больных потребовал коррекции кардиальной терапии и только после достижения целевых цифр АД они были прооперированы. Выводы. Основная урологическая патология, с которой обращаются больные ДГПЖ, МКБ, опухоли почек и мочевого пузыря, рак ПЖ. Хирургическое лечение получают 93,8% больных, 51% больных требует подготовки в связи с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Сочетание ИБС и АГ затрудняет подбор терапии и удлиняет сроки пребывания в стационаре. В клинику обращаются больные без подобранной терапии, но при этом представляют справку от участкового терапевта о том, что противопоказаний к операции нет. Данная ситуация свидетельствует о недостаточно эффективной работе терапевтов поликлинического звена.

079 ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

Дружilов М. А., Отмахов В. В., Бетелева Ю. Е., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.
ФГБОУ ВПО “ПетрГУ”, Петрозаводск, Россия

Цель: провести эхокардиографическую оценку толщины эпикардиального жира (ТЭЖ) у нормотензивных лиц с абдоминальным ожирением (АО), поиск корреляции ТЭЖ с показателями кардиоваскулярного ремоделирования и определить пороговую величину ТЭЖ, сочетающуюся с высокой вероятностью наличия субклинических органных поражений.

Материал и методы. Обследовано 125 нормотензивных пациентов с АО (90 мужчин, средний возраст $44,9 \pm 5,4$ года). Диагноз АО устанавливался на основании индекса массы тела (ИМТ) и объема талии (ОТ). У мужчин ИМТ и ОТ в среднем составили $30,9 \pm 3,1$ кг/м² и $104,8 \pm 6,0$ см, у женщин – $32,0 \pm 3,6$ кг/м² и $100,5 \pm 8,3$ см. Выполнялись триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА), Эхо-КГ, бифункциональное СМАД с оценкой показателей ригидности артерий (прибор ВРlab “МнСДП-3”, ООО “Петр Телегин”), анализ мочи на микроальбуминурию (МАУ). ЭЖ визуализировали за свободной стенкой правого желудочка в В-режиме с использованием парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка (ЛЖ) в конце систолы.

Результаты. У 18 человек (14,4%) выявлена атеросклеротическая бляшка (АБ) в БЦА, в 31 случае (24,8%) толщина комплекса “интима-медиа” (ТКИМ) сонных артерий превышала

0,9 мм. У 16 пациентов (12,8%) выявлены признаки диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ. У 17 пациентов (13,6%) показатель средней скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте превышал 8,3 м/с. При проведении Эхо-КГ были документированы эпикардиальные жировые отложения толщиной от 2 мм до 7,5 мм, в среднем $4,5 \pm 1,2$ мм. Достоверно большая ТЭЖ отмечалась у пациентов старшей возрастной группы ($4,9 \pm 1,2$ мм против $4,2 \pm 1,1$ мм, $p < 0,01$); у лиц с АБ в БЦА ($5,5 \pm 1,0$ мм против $4,4 \pm 1,2$ мм, $p < 0,001$), ТКИМ БЦА, превышающей 0,9 мм ($5,2 \pm 1,3$ мм против $4,3 \pm 1,1$ мм, $p < 0,01$) и свою половозрастную норму ($5,0 \pm 1,3$ мм против $4,2 \pm 1,1$ мм, $p < 0,01$). Отмечалась недостоверная тенденция к большим значениям ТЭЖ у лиц со средней СПВ в аорте, превышающей 8,3 м/с ($4,9 \pm 1,1$ мм против $4,5 \pm 1,2$ мм). Нами проанализированы значения параметров кардиоваскулярного ремоделирования в зависимости от превышения определяемой у пациентов ТЭЖ выбранной пороговой величины 6 мм. У пациентов с ТЭЖ, превышающей 6 мм, определялись достоверно более высокие значения ТКИМ БЦА ($1,06 \pm 0,21$ мм против $0,69 \pm 0,12$ мм, $p < 0,05$), средней СПВ в аорте ($8,0 \pm 0,5$ м/с против $7,6 \pm 0,6$ м/с, $p < 0,001$), чаще выявлялись АБ в БЦА (50,0% против 9,9%, $p < 0,05$), микроальбуминурия (35,7% против 2,7%, $p < 0,05$) и признаки ДД ЛЖ (42,9% против 14,4%, $p < 0,05$). При снижении пороговой величины ТЭЖ исчезали статистически значимые различия указанных параметров.

Выводы. Средняя ТЭЖ у нормотензивных лиц с АО ($44,9 \pm 5,1$ лет) составила $4,6 \pm 1,2$ мм. Более высокие значения ТЭЖ отмечались у пациентов с каротидным атеросклерозом при отсутствии статистически значимых различий показателя ОТ. ТЭЖ более 6 мм у нормотензивных пациентов с АО достоверно сочеталась с большей вероятностью наличия каротидного атеросклероза и повышенной сосудистой жесткости.

080 ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ДРУГИЕ СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Дружilов М. А., Отмахов В. В., Бетелева Ю. Е., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.
ФГБОУ ВПО “ПетрГУ”, Петрозаводск, Россия

Цель: оценить показатели сосудистой жесткости и их корреляцию с параметрами кардиоваскулярного ремоделирования у нормотензивных лиц с абдоминальным ожирением (АО), определить пороговые величины показателей сосудистой жесткости, сочетающихся с высокой вероятностью наличия субклинических органных поражений.

Материал и методы. Обследовано 125 нормотензивных пациентов с АО (средний возраст $44,9 \pm 5,4$ года, 90 мужчин). Диагноз АО устанавливался на основании индекса массы тела (ИМТ) и объема талии (ОТ). Средние ИМТ и ОТ у мужчин $30,9 \pm 3,1$ кг/м² и $104,8 \pm 6,0$ см, у женщин – $32,0 \pm 3,6$ кг/м² и $100,5 \pm 8,3$ см. Признаки субклинического поражения органов выявлялись с помощью триплексного сканирования брахиоцефальных артерий (БЦА), эхокардиографии с оценкой гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), диастолической дисфункции (ДД). Показатели ригидности артерий и центрального аортального давления (ЦАД) оценивались с помощью суточного мониторирования АД (прибор ВРlab “МнСДП-3”, ООО “Петр Телегин»). Дополнительно оценивались наличие микроальбуминурии (МАУ) и скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты. Субклиническое поражение сосудов по данным ТС БЦА выявлено у 40 человек (32%). У 18 человек (14,4%) выявлена атеросклеротическая бляшка (АБ) в БЦА, в 31 случае (24,8%) толщина комплекса “интима-медиа” (ТКИМ) сонных артерий превышала 0,9 мм. ГЛЖ диагностирована у 14 человек (11,2%), у 16-ти (12,8%) выявлены признаки ДД ЛЖ. По данным СМАД у 30 пациентов (24%) показатель средней скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте

превышал 7,9 м/с, у 17 (13,6%) — 8,3 м/с. Максимальная средняя СПВ в аорте была 10 м/с. В целом по группе 49 человек (39,2%) имели признаки субклинического поражения органов. Более высокие значения СПВ в аорте и среднесуточного ЦСАД в аорте отмечались у пациентов с каротидным атеросклерозом (7,9±0,5 м/с против 7,5±0,6 м/с, $p<0,01$; 111,5±2,9 мм рт. ст. против 107,4±5,0 мм рт.ст., $p<0,01$), ДД ЛЖ (8,0±0,6 м/с против 7,5±0,6 м/с, $p<0,05$), МАУ (8,2±0,5 м/с против 7,6±0,6 м/с, $p<0,01$; 111,3±4,3 мм рт.ст. против 107,7±4,9 мм рт.ст., $p<0,05$). У пациентов со средней СПВ в аорте, равной или превышающей величину 8,3 м/с, достоверно чаще выявлялись АБ в БЦА (35,3% против 11,2%, $p<0,05$), а также более высокие параметры, характеризующие артериальную жесткость ($A_{ix} -23,6\pm17,5\%$ против $-39,4\pm17,1\%$, $p<0,01$; $A_{ix_{ao}} 17,6\pm9,2\%$ против $4,2\pm10,5\%$, $p<0,001$). Те же закономерности наблюдались при анализе группы пациентов со среднесуточным ЦСАД, равным или превышающим 111 мм рт.ст.: достоверно чаще выявлялись МАУ (14,3% против 2,4%, $p<0,05$), АБ в БЦА (28,6% против 7,2%, $p<0,05$), определялись более высокие параметры сосудистой жесткости (СПВ в аорте 7,8±0,5 м/с против 7,5±0,6 м/с, $p<0,01$; $A_{ix} -29,8\pm17,9\%$ против $-41,1\pm16,6\%$, $p<0,01$; $A_{ix_{ao}} 10,0\pm11,2\%$ против $3,9\pm10,8\%$, $p<0,01$).

Выводы. Показатели сосудистой жесткости достоверно были выше у лиц с каротидным атеросклерозом, а СПВ в аорте $\geq 8,3$ м/с и среднесуточное ЦСАД в аорте ≥ 111 мм рт.ст. сочетались с большей вероятностью наличия субклинических органических поражений.

081 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дурнецова О. С., Морозова Т. Е.

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

Цель: изучить влияние ивабрадина на состояние биоэлектрической активности миокарда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) по данным ЭКГ в покое и суточного мониторинга ЭКГ.

Материал и методы. Биоэлектрическую активность миокарда по данным ЭКГ в покое и суточного мониторинга ЭКГ с анализом частоты сердечных сокращений (ЧСС), желудочковых экстрасистол (ЖЭС), наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС), дисперсии интервала QT (F) на фоне приема ивабрадина оценивали у 43 больных ИБС, стенокардией напряжения I–III ФК (м. — 22, ж. — 21, ср. возраст 63,23±9,17 л). Больные были распределены в 2 группы: больные I гр. (n=22) получали стандартную терапию ИБС с добавлением ингибитора If-каналов ивабрадина, 2 гр. (n=23) продолжали принимать подобранную терапию, рекомендованную при ИБС без изменений. Все результаты представлены в виде ($M\pm\sigma$), количество нарушений ритма — в виде Me (25; 75).

Результаты и обсуждение. В I гр. отмечено достоверное снижение среднесуточной ЧСС с 75,65±5,81 до 63,5±7,1 уд/мин., среднесуточной ЧСС с 81,65±6,88 до 67,25±8,82 уд/мин.; среднесуточной ЧСС с 66,9±7,73 до 56,85±6,99 уд/мин., $p<0,05$ во всех случаях. Выявлено достоверное снижение степени депрессии сегмента ST с 1,5 (1,2; 1,9) до 0,0 (0,0; 1,2) мм, $p<0,05$ и длительности эпизодов депрессии сегмента ST с 12 (5,5; 24,5) до 0,0 (0,0; 6,5) в мин. ($p<0,05$). Во 2 гр. достоверных значимых изменений ЧСС, степени депрессии и длительности депрессии сегмента ST не было. Значимых достоверных отличий при сравнении влияния двух вариантов терапии на число эктопических сокращений выявлено не было. У больных I гр. количество ЖЭС составило исходно 27,5 (0,75; 506,0), в конце лечения 70,0 (2,5; 240,0), куплетов ЖЭС — 0 (0,0; 0,25) и 0 (0,0; 1,0) соответ-

ственно, НЖЭС — 26,0 (9,5; 171,0) и 22,5 (17,0; 141,0), куплетов НЖЭС — 0,0 (0,0; 3,0) и 0,0 (0,0; 1,75) соответственно. У больных 2 гр. количество ЖЭС составило 17,0 (3,0; 875,0) и 208,0 (4,75; 396,0), куплетов ЖЭС 0 (0,0; 0,5) и 0 (0,0; 0,5) соответственно, НЖЭС — 36,0 (24,0; 48,0) и 26,0 (6,0; 39,0) соответственно.

Число пробежек наджелудочковых тахикардий (НЖТ) и триплетов НЖЭС не изменилось в обеих группах и составило до и после лечения 0,0 (0,0; 1,0) и 0,0 (0,0; 1,0), соответственно. Достоверных отличий по перечисленным параметрам не было ($p>0,05$). Продолжительность и дисперсия интервала QT (F) в I гр. уменьшилась с 404,0±42,56 мс до 385,58±19,21 мс ($p=0,01$), во 2 гр. — с 407,14±18,07 мс до 401,5±14,92 мс ($p>0,05$).

Выводы: Назначение ивабрадина в составе комбинированной терапии больным ишемической болезнью сердца, наряду с пульсурежающим эффектом, позволяет увеличить электрическую стабильность миокарда без проаритмогенного влияния.

082 ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Душина А. Г., Либис Р. А., Морозова О. Л.

ГБОУ ВПО ОрГМА МЗ РФ, Оренбург, Россия

Цель: изучить особенности физической активности и качества жизни, а также их взаимосвязь с диастолической функцией левого желудочка, у пациентов с ранними стадиями хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса.

Материал и методы: обследовано 23 пациента в возрасте от 50 до 77 лет (13 женщин, 10 мужчин) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ $>50\%$) I–IIa стадии, I–II функционального класса (ФК). I ФК имели 11 пациентов, II ФК — 12. Функциональный класс ХСН определялся по NYHA. С целью оценки параметров диастолической функции левого желудочка (E/A, IVRT, DT) выполнялось эхокардиографическое исследование на аппарате Vivid 3. С помощью Миннесотского опросника (MLHFQ) оценивалось качество жизни. Для определения толерантности к физической нагрузке выполнялся тест с 6-ти минутной ходьбой, проводилась оценка лестничных проб по результатам суточного мониторинга ЭКГ.

Результаты. Тест с 6-ти минутной ходьбой показал, что толерантность к физической нагрузке у пациентов с I ФК выше, чем у пациентов со II ФК ($p<0,05$): 472±17,0 м против 348±30,0 м соответственно. Различия получены и при анализе лестничных проб ($p<0,05$): средняя мощность выполняемой физической нагрузки составила 96,0±10,8 Вт при I ФК и 56,7±11,0 Вт при II ФК.

Общий суммарный балл показателей качества жизни у пациентов с I ФК был выше, чем у пациентов со II ФК ($p<0,05$), и составил 24,5±6,0 и 49,3±7,0 балла соответственно. Получены различия для суммарных баллов, характеризующих компоненты качества жизни: для физического компонента он составил 11,5±3,0 балла при I ФК и 25,4±3,9 балла при II ФК ($p<0,05$), социально-экономического — 8,4±1,9 и 12,5±1,9 балла ($p<0,05$), психо-эмоционального — 4,4±1,6 и 11,6±2,1 балла ($p<0,05$) соответственно.

При проведении корреляционного анализа выявлена средняя корреляционная связь между толерантностью к физической нагрузке и качеством жизни ($r = -0,5$, $p<0,05$). Также корреляционная связь средней силы получена между толерантностью к физической нагрузке и отношением максимальных скоростей раннего и позднего наполнения ЛЖ ($r = 0,54$, $p<0,05$), качеством жизни и отношением максималь-

ных скоростей раннего и позднего наполнения ЛЖ ($=0,3$, $p<0,05$). Корреляция между временными показателями диастолической функции ЛЖ (IVRT, DT) и толерантностью к физической нагрузке, а также качеством жизни не выявлена.

Выводы. С ростом функционального класса хронической сердечной недостаточности качество жизни пациентов и толерантность к физической нагрузке ухудшаются. Получена достоверная корреляция между толерантностью к физической нагрузке и качеством жизни. Выявлена корреляционная связь между толерантностью к физической нагрузке, качеством жизни и скоростными показателями (Е/А) диастолической функции ЛЖ.

083 ЭЛЕКТРОННАЯ ПЛАТФОРМА CMS LIME SURVEY, КАК ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА СКРИНИНГА И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Русиди А. В., Гасанлы О. Р., Черкасов И. А.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: изучение возможностей скрининга ресурсов здоровья студентов и образовательно-мотивационного здоровьесориентированного воздействия на них с использованием современных информационных технологий.

Материал и методы. На базе платформы для создания и проведения различных опросов CMS Lime Survey, были интегрированы электронные онлайн – анкеты, включающие в себя ряд вопросов для оценки психо-физиологических проблем респондентов, качества их жизни SF 36 (компания Эвиденс), а также размещены материалы школы студенческого здоровья, включающей кроме информационных и образовательных блоков также модули активного вовлечения молодёжи в процесс творческой самореализации жизнесберегающего характера. Проект включал как соревновательно-поощрительные, так и волонтерские элементы. В академических группах СтГМУ и в социальных сетях студенты приглашались на сайт с указанными материалами. Проанализированы данные по первым 125 вовлечённым студентам в возрасте от 18 до 22 лет (средний возраст $20,2\pm0,7$ года), среди них девушек – 49 (39%), юношей – 76 (61%). Из них студентов лечебного факультета – 73, пед- и стоматфакультетов – 52 человека. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Excel.

Результаты: наибольший интерес у студентов вызвала анкета копинг-стратегий Хайма (способность противостоять стрессовым ситуациям). Также пользовались популярностью анкеты по оценке характера питания и качества жизни. По данным опросников у студентов выявлены следующие модифицируемые факторы риска развития социально значимых заболеваний: гиподинамия у 52%, неадекватная адаптация к стрессу у 28,1%, курение у 8,6%, нерациональное питание (недостаточное потребление злаков, овощей, молочных продуктов при одновременном явном избытке в рационе сладкого и мясного) – у 49,2% студентов. Студентов же без факторов риска достоверно больше оказалось на лечебном факультете – 38% – по сравнению с двумя другими факультетами – 20,4% ($P<0,05$). Подавляющее большинство студентов – 84,4% – изъявили желание пройти образовательный интернет-курс по основам рационального стиля жизни, однако не все из них откликнулись на предложение затем самим участвовать в создании различных информационных, рекламных, просветительских материалов профилактической направленности и в проведении аналогичных акций, круглых столов и др. мероприятий среди своих сверстников. Нежелание же попробовать свои силы в указанной деятельности не зависело от её поощрительного или безвозмездного формата. Причём, среди отказавшихся от участия в активной профилактической деятельности было почти в 2 раза больше юношей, чем девушек.

Выводы: самооценочный скрининг на базе электронной платформы CMS Lime Survey, предоставляющей удобную воз-

можность самостоятельно оценивать ресурсы собственного здоровья, оказался реально привлекательным проектом для студентов. Указанный ресурс также можно эффективно использовать в сочетании с интернет-школой молодёжного здоровья с целью осуществления широкомасштабного информационного воздействия позитивной жизнесберегающей направленности среди обсуждаемого контингента. При проведении здоровьесориентированной деятельности среди студентов необходимо максимально широко использовать современные компьютерные технологии для формирования креативной молодёжной моды на здоровый образ жизни. Однако при этом следует обязательно учитывать возрастные, гендерные, социальные и прочие особенности современной молодёжи.

084 ПИЩЕВЫЕ РИСКИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ г. СТАВРОПОЛЯ: АСПЕКТЫ СКРИНИНГА, ВЕРИФИКАЦИИ И КОРРЕКЦИИ

Евсеева М. Е., Мищенко Е. А., Русиди А. В., Галькова И. Ю., Тамбиева Ф. Р.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: оценка пищевых привычек студентов СтГМУ и риска развития пищевой дислипидемии во взаимосвязи с показателями холестерина (ХС) крови, индекса массы тела (ИМТ), объёма талии (ОТ), а также в динамике прохождения образовательной профилактической программы.

Материал и методы: всего обследовано 95 студентов 4го курса лечебного факультета, из них юношей – 20 (21%), девушек – 75 (79%) Средний возраст $20,2\pm0,4$ лет. Использовался опросник, разработанный ГНИЦПМ (Киселева Н. Г. с соавт., 1998), позволяющий на основе частотного метода оценки употребления продуктов, богатых животными жирами (пищевой риск 1) и свободных от растительной клетчатки (пищевой риск 2), определить связанный с повседневным рационом суммарный риск развития атерогенных дислипидемий в виде т. н. “профилактического индекса”. Для верификации указанного индекса обследуемым проводилась оценка ИМТ, ОТ, а также общего холестерина (ОХС) с помощью технологии полосочной диагностики. На основании полученных данных формировали группы риска. Для всех студентов проводилась образовательная программа по основам эффективного стиля жизни в рамках Школы здорового студента (реальный и интернет-форматы), включающая модуль рационального питания. Для занятий особенно настойчиво привлекались лица из групп риска. В динамике оценивалось влияние образовательной программы на профиль повседневного рациона и динамику указанных скрининговых показателей здоровья. Статистическую обработку данных проводили в Excel. Различия расценивались, как значимые при $p<0,05$.

Результаты: среди обследованных студентов “пищевой риск 1” оказался низким у 58%, средним – у 16% и высоким – у 26%. Низкий “пищевой риск 2” не выявлен вообще, средний – у 26%, высокий – у 74%. Показатели “профилактического индекса” рациона: низкий у 53%, средний 37% и высокий 10%. Различия средних показателей ИМТ, ОТ и ОХС в группах с крайними значениями указанного индекса составили от 16% до 29%. При этом индивидуальные значения трёх обсуждаемых скрининговых параметров у подавляющего большинства обследуемых не выходили за пределы верхней границы допустимой нормы, принятой для взрослого контингента. В конце учебного года, в течении которого студенты подвергались целенаправленному информационному воздействию здоровьесориентированной направленности в рамках Школы здоровья, показатели их знаний в области рационального питания повысились в среднем в 1,8 раза, описанные пищевые риски снизились на треть, а антропометрические и биохимические параметры их здоровья изменились на 11%, 15% и 12% в позитивную сторону.

Выводы: у подавляющего большинства студентов, участвовавших в исследовании, был выявлен высокий “пищевой

риск” дислипидемий по обеим шкалам указанного опросника. Половина обследованных характеризовалась также низким профилактическим индексом своего пищевого рациона. При этом лишь единичные студенты демонстрировали повышенные показатели ИМТ и ОТ, несколько чаще выявлялся пограничный и даже повышенный уровень ХС крови. Вместе с тем, среди студентов с высокими пищевыми рисками средние значения всех указанных показателей выше, чем у лиц с благоприятным пищевым профилем. Эти данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего набора материала с целью выработки нормативов представленных показателей здоровья для лиц молодого возраста.

085 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО НАРУШЕНИЯ РИТМА У БЕРЕМЕННОЙ

Евсина О. В., Селиверстова Д. В., Фомина В. А., Глазкова Е. А.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, ГБУ РО ОККД, Рязань, Россия

Цель: анализ ведения беременности с тяжелым нарушением ритма в условиях Рязанского кардиодиспансера.

Материал и методы: пациентка К., 24 года поступила 22.06.11 г. в Рязанский областной клинический кардиологический диспансер (РОККД) с жалобами на сердцебиение, одышку при обычной физической нагрузке (связывает с беременностью). Головокружение не беспокоило, обмороков в анамнезе нет.

Анамнез заболевания: До беременности жалоб не предъявляла, у участкового врача не наблюдалась. На проф. осмотре по поводу беременности (6 нед.) на ЭКГ (2.12.10) выявлена синусовая тахикардия, желудочковая бигеминия. Направлена на госпитализацию в РОККД (13.12.10–23.12.10 г.), где на основании осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования был выставлен диагноз: Пролабирование митрального клапана (ПМК) с регургитацией I ст. Аномально расположенная хорда в левом желудочке. Нарушение ритма сердца: периоды би – и тригеминии; желудочковая парасистолия. ХСН 0–I ст. Беременность I, 9 нед. Проведено лечение: панангин 10,0 № 5 в/в кап. При выписке рекомендован прием Mg B₆. С момента выписки до планового осмотра кардиологом (30.05.11) лекарственные препараты не принимала. При проведении планового холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ) выявлено: Синусовая тахикардия. Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) – 53072, большое количество в дневное время. Эпизоды бигеминии – 42148, тригеминии – 9161, парные ЖЭ – 173, групповые ЖЭ три подряд – 12, четыре подряд – 14, эпизоды ЖТ 6 с ЧСС 125–138 в мин., практически постоянная бигеминия с периодами тригеминии в ночное время. Наджелудочковых экстрасистол не отмечено. В связи с чем госпитализирована в РОККД.

Анамнез жизни и объективный осмотр – без особенностей.

Выставлен диагноз: ПМК с регургитацией I ст. Частая желудочковая экстрасистолия, бигеминия, пароксизмальная желудочковая тахикардия – частые пароксизмы. Учитывая наличие жизнеугрожающей аритмии рекомендовано: кордарон (2 дня – в/в кап., в дальнейшем внутрь), метопролол 12,5 мг/д, панангин 10,0 в/в. После лечения на ХМЭКГ (27.06.2011) на фоне синусового ритма с ЧСС ср. 78 уд/мин. Регистрируется частая ОЖЭ 12438, длительные периоды алло-ритмии (бигеминии – 903, тригеминии 1071), ОНЖЭ 72. Осмотр акушера – гинеколога (29.06.11). Диагноз: Беременность I 37–38 нед. ПМК, нарушение ритма сердца. На 29.06.11 состоянии беременной и плода не требует экстренного родоразрешения.

01.07.11 Транспортирована для родоразрешения в родильный дом ГКБ № 15 г. Москва. Состояние при поступлении удовлетворительное. 11.07.2011 г. Беременность 39–40 недель. Роды велись через естественные родовые пути. АД и ЧСС в пределах нормы. Перебоев в области сердца не отмечала. При обследовании ребенка патологии не выявлено.

Выводы: краткосрочный прием амиодарона беременной с частой желудочковой экстрасистолией не оказал негативного влияния на плод и позволил избежать жизнеугрожающих осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы во время беременности и родов.

086 ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Елесин Д. А., Романов А. Б., Лосик Д. В., Байрамова С. А., Шабанов В. В., Стенин И. Г., Артеменко С. Н., Покушалов Е. А. ФГБУ “ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина” Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель: катетерная изоляция легочных вен (ЛВ) является одним из основных методов лечения симптоматической, медикаментозно резистентной фибрилляции предсердий (ФП). Тем не менее, несостоятельность аблационных линий, возникновение ятрогенных аритмий, связанных с операцией и долгосрочный эффект вмешательства остаются проблемой. Открытое хирургическое вмешательство использует эпикардальный биполярный подход под визуальным контролем, но инвазивность операции остается проблемой. Малоинвазивный хирургический подход может являться альтернативным методом. Целью данного исследования была оценка безопасности и эффективности торакоскопической процедуры для лечения пациентов с ФП.

Материал и методы. У 30 пациентов (13 пациентов с пароксизмальной ФП после неэффективной одной или более процедур эндокардиальной аблации, 12 пациентов с персистирующей ФП, 5 – с длительно персистирующей ФП) с помощью “видео ассистента” биторакальным доступом была выполнена радиочастотная изоляция ЛВ биполярным электродом (зажимом), радиочастотная аблация ганглионарных сплетений (ГС) левого предсердия (ЛП) и создание аблационных линий по крыше и нижней стенке ЛП (Box Lesion) линейным биполярным электродом.

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило 137,4±24,7 минуты. Одному пациенту была выполнена срединная стернотомия вследствие выраженного спаечного процесса в полости перикарда. Все пациенты были экстубированы в палате интенсивной терапии (ПИТ) и находились в ней в течение 12 часов. Среднее время пребывания в стационаре составило 6,1±1,8 дня. Ранняя послеоперационная летальность составила 0%. У 23 (77%) пациентов в течение первого года наблюдения отсутствовали какие либо предсердные нарушения ритма. Торакоскопическая аблация была эффективна у 13 (43%) пациентов которым ранее выполнялась катетерная изоляция ЛВ.

Выводы. Малоинвазивная торакоскопическая процедура аблации ЛП является безопасной и эффективной процедурой для лечения ФП, что позволяет сохранить синусовый ритм у 77% пациентов в течение 12-ти месячного периода наблюдения.

087 ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ К КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Есина Е. Ю., Зуйкова А. А.

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

Популяционная стратегия профилактики является важнейшим направлением профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В многочисленных исследованиях российских и зарубежных ученых показано широкое распространение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди молодежи. Однако, коррекция факторов кардиоваскулярного риска, даже среди студентов с множественными факторами риска, остается сложной задачей. На пути ее решения стоят

проблемы социально-экономического плана, но, прежде всего, отсутствие понимания студентами связи между высоким относительным риском развития болезней сердца и сосудов в настоящем и высоким абсолютным риском в будущем. Помочь решить данную проблему смогут простые, не инвазивные способы определения выраженности ведущих факторов сердечно-сосудистого риска и их коррекции.

Цель: используя разработанный нами дневник студента для экспресс — диагностики и самостоятельной коррекции модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, определить выраженность факторов риска и приверженность студентов к их коррекции.

Материал и методы. В исследовании участвовало 72 студента лечебного и педиатрического факультетов в возрасте от 21 до 27 лет. В основу разработанного нами “дневника” были положены скрининговые вопросники, являющиеся общепризнанными инструментами для выявления и оценки степени выраженности ведущих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, отраженные в Национальных рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике (ВНОК, 2011). На первом этапе студенты определяли выраженность у себя стресса, фактор курения, уровень потребления алкоголя, уровень физической активности, потребление овощей и фруктов, артериальное давление, частоту сердечных сокращений, массу тела. На втором этапе с учетом отсутствия определенного фактора риска или его средней/высокой степени выраженности, получали рекомендации по самостоятельной коррекции или необходимости в консультации специалиста. На третьем этапе студенты отвечали на вопросы анкеты, отражающей оценку следования курсу коррекции факторов риска.

Результаты. Отсутствовали факторы сердечно-сосудистого риска у 3 респондентов (4%). У 69 человек (96%) были выявлены от одного до восьми факторов риска умеренной или высокой степени выраженности. Студенты с умеренной выраженностью фактора риска получали рекомендации по самостоятельной его коррекции, отраженные в “дневнике” студента. При высоком уровне фактора кардиоваскулярного риска студентам рекомендовалось обязательное обращение к врачу-специалисту.

Выводы. Разработанный нами инструмент скрининга позволил сократить время на выявление факторов риска и начало их коррекции. Приверженность к следованию рекомендациям по самокоррекции была высокой. Уровень обращения к врачу-специалисту был ниже, что в большей степени связано с интенсивным учебным процессом.

088 ПРЕХОДЯЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У СТУДЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Есина Е. Ю., Зуйкова А. А.

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

Ожирение является одним из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. С увеличением индекса массы тела увеличивается риск развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета. Среди молодежи ожирение встречается почти в 20% случаев. Однако, указанный модифицируемый фактор риска не нарушает повседневную активность молодых людей, создавая впечатление мнимого благополучия. Стремление и приверженность студентов, в том числе медицинского вуза, к своевременной коррекции ожирения остается низким.

Цель: выявить взаимосвязь ожирения с некоторыми показателями дисперсионного картирования ЭКГ во время пробы с физической нагрузкой.

Материал и методы. В исследовании участвовало 72 студента лечебного и педиатрического факультетов в возрасте от 21 до 27 лет. Индекс массы тела определяли по формуле Кетле (масса в кг/рост в м²), полученные значения оценивали по классификации ВОЗ (1998). Обследование проводили на приборе “Кардиовизор-6С”. Во время классической пробы с физической нагрузкой, оценивали гемодинамический ответ

на нагрузку, интегральные индикаторы: “Миокард”, “Ритм”, “Код детализации” и изменения ЭКГ. “Портрет сердца” зеленого цвета или с незначительными оттенками желтого, отражающий значения индикаторов “Миокард” менее 15% в покое и менее 17% при физической нагрузке, “Ритм” от 0 до 60%, “Код детализации” 0, интерпретировался, как норма. За норму принимали достижение исходных значений индикатора “Миокард” через 4 минуты после нагрузки или отклонение не более 1 значения от исходного, но не выше 15%.

Результаты. Среди обследованных студентов, респонденты с ожирением составили группу из 4 человек (5,5%). Возраст обследованных студентов — $21,8 \pm 0,3$ года, ИМТ достиг $35,3 \pm 0,6$ кг/м². Значения интегрального индикатора “Миокард” в исследуемой группе в покое не превышало нормального показателя и составило: $14,3 \pm 0,3\%$. В этой группе интегральный индикатор “Миокард” на высоте нагрузки достиг $17,3 \pm 1,3\%$, через 2 минуты после нагрузки индекс электрофизиологических изменений миокарда увеличился до $18,0 \pm 2,5\%$ ($p < 0,05$), а через 4 минуты снизился до $15,0 \pm 0,4\%$, не отклоняясь от исходного показателя более чем на 1%. Динамика интегрального индикатора “Ритм” была в пределах нормальных значений. До нагрузки — $18,5 \pm 8,9\%$, сразу после нагрузки — $46,5 \pm 5,5\%$, через 2 и 4 минуты после нагрузки — $18,5 \pm 6,7\%$ и $22,5 \pm 6,5\%$, соответственно. Сразу после физической нагрузки и через 2 минуты после нагрузки статистически достоверно изменялся интегральный индикатор G 3, характеризующий деполаризацию правого желудочка.

Выводы. Проба с физической нагрузкой позволила выявить преходящие функциональные изменения миокарда у студентов с ожирением, которые мы интерпретировали, как электрическую гетерогенность миокарда. Полученные результаты позволили доказать студентам необходимость коррекции ожирения, как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, в настоящем.

089 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Ефимова Л. П.

БУ ХМАО-Югры “Сургутская окружная клиническая больница”, Сургут, Россия

За последние годы значительно увеличилось число больных, осведомленных о наличии у них артериальной гипертензии (АГ), большая часть из них стала регулярно получать гипотензивные препараты, однако эффективность терапии изменилась мало, что, на наш взгляд, определяет необходимость поиска новых подходов к методологии контроля АГ.

Цель. Разработать методику контроля и программу профилактических мероприятий при артериальной гипертензии с учетом региональных особенностей патогенеза и клинического течения заболевания в условиях Севера.

Материал и методы: сформировали группу больных АГ, длительно (более 20 лет) проживающих в условиях Севера. Всего обследовано 192 человека, из них мужчин — 67, женщин — 125. Средний возраст обследуемых составил $38,2 \pm 0,7$ лет. При этом учитывались основные “вмешивающиеся” факторы, способные повлиять на результаты исследования: выезд и постоянное проживание исследуемых в другом регионе; признаки функциональной недостаточности внутренних органов; онкологические заболевания; сахарный диабет типа 1 и типа 2; сердечно-сосудистые заболевания, включавшие острый инфаркт миокарда, стенокардию III–IV функционального класса, клинически значимые изменения ЭКГ, требующие немедленной терапии; реноваскулярные и эндокринные артериальные гипертензии; беременность и лактационный период.

Все пациенты прошли профилактическое обучение методам самоконтроля в Школе для пациентов, использовали разработанную нами методику контроля за АГ. Результаты были статистически обработаны. При нормальном распределении применялись парный и непарный критерии Стьюдента. При наличии распределения, отличающегося от нор-

мального, применялись критерий Пирсона, критерий Z, критерий Вилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты: 28% имели высшее образование, 33%-среднее и неполное среднее, 39%-среднее специальное. 71% были женаты или замужем, 29% имели неполные семьи или были одиноки. Уровень образования и семейное положение не оказали влияния на результаты профилактических мероприятий.

При динамическом наблюдении нами больных АГ в амбулаторных условиях средние сроки наблюдения составили 2 года, кратность обращения к врачу в течение года в среднем составила 2 посещения. Один больной отказался от наблюдения, 2 выбыли за пределы города. Временная нетрудоспособность до наблюдения в течение года у 39 больных составила в среднем 8 дней, в результате проведения профилактических мероприятий средние сроки временной нетрудоспособности снизились у 10 больных до 5 дней в год, а у остальных не было случаев временной нетрудоспособности.

Вывод. Патогенетически обоснованная методология контроля артериальной гипертензии позволяет повысить клиническую и экономическую эффективность лечения больных артериальной гипертензией путем замедления прогрессирования заболевания и способствуя снижению числа госпитализаций, обращаемости за неотложной медицинской помощью, уменьшению случаев нетрудоспособности.

090 ПРОФИЛАКТИКА В ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ефимова Л. П.

ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, Сургут, Россия

На протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости артериальной гипертензии (АГ) у беременных (Рекомендации ВНОК, 2010). В связи с этим возрастает значимость оценки АГ и факторов риска в прегравидарной подготовке женщин фертильного возраста

Цель: провести оценку показателей артериального давления и факторов риска у женщин фертильного возраста.

Материал и методы. Проведено одномоментное открытое контролируемое исследование методом поперечного среза. Обследованы 156 женщин фертильного возраста, возраст $21,8 \pm 2,3$ года, постоянно проживающих в условиях Севера (1 группа), женщины в возрасте от 50 до 59 лет ($n=838$) (2 группа). Обследование включало измерение артериального давления (АД) по Короткову, определение индекса массы тела (ИМТ), опрос о курении и употреблении алкоголя. Статистическая обработка проведена методами описательной статистики ($M \pm \delta$) в программе Statistica 6.0.

Результаты. В результате проведенного исследования артериальная гипертензия выявлена у 6 человек (3,8%) обследуемых женщин фертильного возраста. Установлено, что АД систолическое было $109,0 \pm 11,2$ мм рт.ст., АД диастолическое $69,5 \pm 8,1$ мм рт.ст. Повышение АД у 1 из обследуемых было связано с приемом лекарственных препаратов, повышающих АД. После отмены этих препаратов АД нормализовалось. У женщин 2 группы в 40,1% случаев выявляли артериальную гипертензию.

Индекс массы тела женщин 1 группы составил $21,0 \pm 2,9$ кг/м². Лиц с избыточной массой тела в 1 группе обследуемых не было. В группе женщин старшего возраста избыточную массу тела и ожирение имели 58,5% женщин.

Курили 17,5% обследуемых женщин 1 группы. Из группы некурящих женщин 9,7% ранее курили. Интенсивность курения составила 9 и менее сигарет в день. Во 2 группе курили 27,4% женщин.

Алкоголь употребляли 73% обследуемых женщин 1 группы. Интенсивность употребления алкоголя — реже 1 раза в 2 недели, женщины употребляли слабые алкогольные напитки. Во 2 группе было выявлено злоупотребление алкоголем у 5,7% женщин.

Выводы: 1. При амбулаторном наблюдении женщин фертильного возраста в плане прегравидарной подготовки необхо-

димо контролировать АД и факторы риска. 2. При формировании программ профилактического обучения женщин фертильного возраста следует учитывать спектр факторов риска, отличающийся от такового у женщин более старших возрастных групп.

091 ВЛИЯНИЕ СИМВАКАРДА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Жилыева Ю. А., Михин В. П.

ГБОУ ВПО "Курский государственный медицинский университет", Курск, Россия

Атеросклероз на сегодняшний день является главной причиной смерти как в странах с высоким уровнем жизни, так и с развивающейся экономикой.

Цель — определить эндотелийпротективную активность джерженического симвастатина — Симвакарда (Zentiva a. s., Чехия) у пациентов ИБС с гиперхолестеринемией в составе комплексной терапии.

Материал и методы: обследовано 20 пациентов, страдающих ИБС: стабильной стенокардией напряжения II—III ФК. ХСН I—IIА стадии, в сочетании с гиперхолестеринемией в возрасте от 53 до 65 ($58,2 \pm 6,5$) лет. Критерии рандомизации: возраст и уровень холестерина (ХС).

После включения в исследование все пациенты получали стандартную антиангинальную терапию, включающую кардиоселективный β -блокатор (конкор 2,5—5 мг/сут); ингибитор АПФ (престариум А — 10 мг/сут.); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин — 2,5—5 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил — 75 мг/сут), при необходимости лечение дополнялось пролонгированными нитратами (изосорбид-монокитрат 30—40 мг/сут). В течение 12 недель пациенты с уровнем ХС $> 6,5$ —8 ммоль/л принимали Симвакард по 20 мг/сут.

Для выявления эндотелийзависимой дисфункции исходно и через 12 недель терапии Симвакардом проводили пробу с реактивной гиперемией (РГ). ЭД определяли при оценке потокзависимой дилатации (ПЗВД) плечевой артерии (ПА) по методу Celebmajer D. S. Определяли степень изменения диаметра ПА ΔD_{02} (%) при реактивной гиперемии, рассчитывали напряжение сдвига на эндотелий τ (дин/см²) и чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига (K , ед.), т. е. ее способность к вазодилатации: $K = ((d_0 - d_2) / d_0) / ((\tau_0 - \tau_2) / \tau_0)$. Изменения диаметра сосуда и скорости кровотока при реактивной гиперемии оценивали в процентном отношении к исходной величине.

Результаты. Средние исходные значения ΔD_2 в группе пациентов, принимавших Симвакард составили 5,8%. Через 12 недель терапии прирост диаметра ПА в пробе с реактивной гиперемией составил 39,7%, через 3 месяца отмечалось достоверное снижение τ_2 на 12,9%. Среднее исходное значения K составило 0,593 усл.ед.; к концу курса лечения K превышал исходный уровень на 58,7% у пациентов, принимавших 20 мг/сут Симвакарда.

Выводы. Таким образом, 12-ти недельная терапия Симвакардом 20 мг/сут сопровождалась улучшением функциональных параметров сосудистой стенки: способствовала увеличению ЭЗВД плечевой артерии, коэффициента чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига, что свидетельствует об улучшении состояния сосудистого эндотелия у больных ишемической ИБС. А это свидетельствует о том, что применение Симвакарда позволяет улучшить эффективность вторичной профилактики атеросклероза.

092 ВЛИЯНИЕ СИМВАКАРДА НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Жилыева Ю. А., Михин В. П., Харченко А. В., Катаргина Л. Н.

ГБОУ ВПО "Курский государственный медицинский университет", Курск, Россия

Косвенным маркером дебюта атеросклеротического поражения сосудов служит изменение толщины комплекса

интима-медиа (КИМ) в общей сонной артерии (ОСА). Однако большинство исследований по изменению этого показателя было проведено у пациентов на фоне терапии оригинальными статинами. А вот эффективность влияния дженерических статинов пока недостаточно изучена.

Цель: оценить толщину комплекса интима-медиа (КИМ) у пациентов ИБС с умеренной гиперхолестеринемией на фоне дженерического симвастина — Симвакарда (Zentiva a. s., Чехия) в составе комплексной терапии.

Материал и методы: обследовано 20 пациентов, страдающих ИБС: стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. ХСН I–IIА стадии, в сочетании с гиперхолестеринемией в возрасте от 53 до 65 ($58,2 \pm 6,5$) лет. Критерии рандомизации: возраст и уровень холестерина (ХС).

После включения в исследование все пациенты получали стандартную антиангинальную терапию, включающую кардиоселективный β -блокатор (конкор 2,5–5 мг/сут); ингибитор АПФ (престариум А — 10 мг/сут); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин — 2,5–5 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил — 75 мг/сут), при необходимости лечение дополнялось пролонгированными нитратами (изосорбид-мононитрат 30–40 мг/сут). В течение 12 недель пациенты с уровнем ХС $> 6,5$ –8 ммоль/л принимали Симвакард по 20 мг/сут.

Для оценки выраженности атерогенеза проводили ультразвуковое дуплексное сканирование общих сонных артерий на аппарате Vivid S5 (General Electric, США) с использованием линейного датчика 7 МГц. Толщину комплекса интима-медиа определяли в положении больного лежа, при незначительном отклонении головы в противоположную сторону. Измерения осуществлялись на 1–1,5 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии по ее задней стенке (как наиболее отдаленной от датчика). Измерения производились в конце диастолы. Толщина КИМ определялась, как расстояние между первой и второй эхогенной линией лоцируемого сосуда по методике P. Pignoli и соавт.

Результаты. При лечении Симвакардом 20 мг/сут к 4 нед. терапии значения КИМ не изменялись, однако к 12 нед. терапии отмечалась положительная динамика: толщина КИМ снизилась на 10,05%.

В ряде исследований положительная динамика показателей толщины КИМ проявляется не ранее чем через год от начала лечения статинами у больных с семейной гиперлипидемией (ГЛП). Полученные нами результаты свидетельствуют о способности Симвакарда оказывать положительное влияние на КИМ уже к 12 неделям лечения, что обусловлено отсутствием семейной ГЛП у включенных в настоящее исследование больных.

Выводы: 12-ти недельная терапия Симвакардом у больных хронической ИБС в сочетании с умеренной гиперхолестеринемией сопровождается уменьшением толщины КИМ, что может свидетельствовать об улучшении состояния сосудистого эндотелия.

093 МОЗГОВОЙ КРОВОТОК И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Забелина И. В., Хлебодаров Ф. Е.

ФКУЗ “Медико-санитарная часть МВД России по Курской области”, Курск, Россия

Цель — изучение мозгового кровотока и цереброваскулярной реактивности у пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью 1 степени без поражения органов — мишеней.

Материал и методы. Обследовано 38 мужчин с артериальной гипертензией до 160/100 мм рт.ст. в возрасте 37–45 лет (средний возраст $41 \pm 3,43$ года) без поражения органов — мишеней. Критерием исключения являлась патология шейного отдела позвоночника. Пациенты были разделены на 2 группы: 17 человек считали себя практически здоровыми и не предъявляли на момент обследования каких — либо жалоб, у 21 исследуемого при опросе были выявлены жалобы

на непостоянные периодические головные боли без четкой связи с повышением артериального давления, купирующиеся самостоятельно. Контрольную группу составили 15 здоровых мужчин в возрасте 38–42 лет. Всем пациентам было проведено триплексное сканирование брахиоцефальных сосудов и транскраниальное дуплексное исследование артерий основания головного мозга с функциональными нагрузочными тестами с задержкой дыхания и гипервентиляцией на ультразвуковом сканере “Toshiba” SSA-660A с использованием мультисекторных датчиков 7,5–13,0 МГц и 2,0–4,0 МГц. Оценивали ход экстра — и интракраниальных сосудов, изменение толщины и строения комплекса интима — медиа (КИМ), наличие внутрисосудистых образований. Скоростные и спектральные характеристики мозгового кровотока: усредненную по времени максимальную скорость кровотока (TAMX), индекс пульсации (PI) и индекс резистентности (RI), определяли билатерально в ОСА, М1 сегментах СМА в покое и при проведении функциональных проб. Индекс цереброваскулярной реактивности (ИЦВР) рассчитывали как отношение исходных показателей TAMX к значениям TAMX после пробы. Оценивали также венозную гемодинамику головного мозга: кровоток в прямом синусе (ПС), яремных и позвоночных венах лежа и сидя.

Результаты. При проведении дуплексного исследования экстра — и интракраниальных сосудов гемодинамически значимых деформаций, внутрисосудистых образований, аномалий развития выявлено не было. Толщина КИМ в пределах возрастной нормы, существенно не отличалась в 1, 2 и контрольной группах. Сравниваемые параметры мозгового кровотока и цереброваскулярной реактивности в 1 и 2 группах достоверно не отличались. В сравнении с контрольной группой выявлялось повышение ИЦВР, RI, PI. Признаки нарушения венозного кровообращения головного мозга в виде ускорения кровотока в ПС, усиления оттока по позвоночным венозным сплетениям выявлялись у пациентов всех групп с одинаковой частотой.

Выводы. Таким образом, изменение сосудистого тонуса и цереброваскулярной реактивности мозговых сосудов происходит независимо от клинических проявлений гипертонической болезни и выявляется уже в дебюте заболевания. Головная боль, по-видимому, является реакцией пациента на действие любых дестабилизирующих факторов, вызывающих срыв механизмов компенсации и стабилизации краниоцеребрального артериовенозного кровообращения.

094 МОНИТОРИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Зайцева В. П., Нанчикеева М. Л.

ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ, ГБУЗВО “Городская больница № 4”, Владимир, Россия

Цель: определить частоту дисфункции почек (ДП) и оценить СКФ в динамике у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы: обследовано 14 пациентов с ОИМ, средний возраст 66,7 [57;75] лет, м: ж=1:1. Согласно критериям ВНОК (2007 г.) у 10 (71%) пациентов установлен диагноз Q инфаркт миокарда (ИМ) и у 4 (28%) — не QИМ. Для оценки функции почек исследовали уровень креатинина в сыворотке крови стандартным методом и рассчитывали СКФ (рСКФ) по формулам Кокрофта-Голта, MDRD и EPI. Нормальной функцией почек считали у пациентов с рСКФ > 90 мл/мин/1.73м², дисфункцию почек устанавливали при снижении рСКФ < 90 мл/мин/1.73м². Снижение функции почек — гипоперфузия, считали незначительной при СКФ 89–60 мл/мин/1.73м², умеренной при СКФ 59–30 мл/мин/1.73м², выраженной при СКФ 29–15 мл/мин/1.73м². Мониторирование СКФ проводили на 1, 3, 6 и 14 сутки стационарного лечения.

Результаты: у всех 14 пациентов с ОИМ уровень креатинина сыворотки крови оставался в нормальных пределах и составил в среднем по группе 96 мкмоль/л. При наличии высокой значимой статистической корреляции между показате-

телями рСКФ, определенными тремя способами, рСКФ по формуле ЕРІ оказалась наиболее чувствительной для оценки степени ДП. Это позволило дальнейшую оценку поражения почек у пациентов с ОИМ проводить на основании анализа рСКФ-ЕРІ. В нашей группе больных средний уровень СКФ-ЕРІ составил 60,3 мл/мин/1.73м². В отсутствии гиперкреатинемии, у всех 14 пациентов была выявлена гипоперфузия: у 3 (22%) снижение рСКФ было незначительным (подгруппа 1), у остальных 11 (78%) — умеренным (подгруппа 2). Средний показатель рСКФ составил в 1 и 2 подгруппах, соответственно, 71 мл/мин/1.73м² и 50 мл/мин/1.73м². К концу периода наблюдения уровень рСКФ составил в среднем 63 мл/мин/1.73м², что статистически значимо отличалось от исходных значений ($p < 0,05$). Прирост СКФ составил в среднем по группам 2% и 22%. Из 14 пациентов у 10 (71%) отмечено улучшение функции почек прирост рСКФ составил в среднем 29%, но только у 1 (7%) пациента отмечена нормализация функции почек. Еще у 2 (14%) существенной динамики показателя СКФ не отмечено. Однако, у 2 пациентов с исходно разной выраженностью почечной дисфункции (у 1 незначительной и у 1 умеренной) к 14 дню наблюдения отмечено дальнейшее снижение рСКФ на 26% и 24% соответственно.

Вывод: в отсутствии гиперкреатинемии у всех 14 пациентов с ОИМ выявлена ДП, проявляющаяся снижением рСКФ, что требует проведения среди них активной нефропротективной стратегии. Мониторинг СКФ у пациентов с ОИМ необходимо для своевременного выявления лиц с высоким риском прогрессирования дисфункции почек, являющейся предиктором негативного прогноза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

095 ОЦЕНКА СИНДРОМА ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Закирова А. Н., Шенель Р. Н.
ГБОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

Цель: изучение распространенности, этиологии, продолжительности стационарного лечения хронической сердечной недостаточности с синдромом острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) и сопутствующих заболеваний среди пациентов Республики Башкортостан (РБ), оценка уровня смертности и регоспитализации на 30, 90, 180, 360 дни, анализ назначаемой терапии и тактики лечения.

Материал и методы. В исследование было включено 286 пациентов (мужчины и женщины старше 18 лет с симптомами хронической застойной сердечной недостаточности любой этиологии). Пациенты имели не менее 2-х критериев для включения: одышка или положение ортопноэ, влажные хрипы, периферические отеки, увеличение пульсации яремных вен, рентгенологические признаки застоя в малом круге кровообращения, содержание в плазме BNP > 150 pg/ml или NT-proBNP > 450 pg/ml. У каждого пациента: проводили сбор данных о ХСН; учитывали наличие сопутствующей патологии; анализировали результаты Эхо-КГ и лабораторных методов исследования; оценивали эффективность медикаментозной терапии; проводили анализ количества дней госпитализации, контроль и исход госпитализации.

Результаты. Среди населения РБ синдром ОДСН наиболее часто встречается у мужчин (средний возраст — $61 \pm 4,2$ год), которые имеют II Б степень по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко и III–IV функциональный класс ХСН по NYHA. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов наиболее часто встречались гипертоническая болезнь 3 стадии, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, сахарный диабет II типа, хроническая обструктивная болезнь легких. Фракция выброса по данным ЭХО-КГ составила в среднем $37,6 \pm 3,6\%$. Данные общего анализа крови были

в пределах нормы (при этом уровень гемоглобина ниже 110 г/л встречался у 5% пациентов). При оценке биохимического анализа крови определялся повышенный уровень креатинина. Комплексная терапия в большинстве случаев проводилась с использованием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, β -адреноблокаторов, антагонистов альдостерона, диуретиков, антиагрегантов. На фоне проводимой терапии выживаемость больных в течение 360 дней наблюдения составила 92,0%.

Выводы. Среди населения Республики Башкортостан синдром ОДСН наиболее часто встречается у мужчин старше 60 лет, которые имеют II Б степень по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко и III–IV функциональный класс ХСН по NYHA. Комплексная терапия больных с хронической сердечной недостаточностью с синдромом острой декомпенсации сердечной недостаточности в большинстве случаев проводится с использованием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, β -адреноблокаторов, антагонистов альдостерона, диуретиков, антиагрегантов. На фоне проводимой терапии выживаемость больных в течение 360 дней наблюдения составляет 92,0%.

096 ТОЛЩИНА СЛОЯ ИНТИМА-МЕДИИ И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТЕНОЗОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Залетова Т. С., Федорова Т. А., Богданов А. Р.,
Дербенева С. А.
ФГБУ «НИИ питания» РАМН, Москва, Россия

Цель: определение толщины слоя интима-медиа (ИМ) и частоты возникновения стенозов брахиоцефальных артерий у пациентов с ожирением и избыточной массой тела.

Материал и методы: было обследовано 129 человек (57 мужчин и 72 женщины) с ожирением или избыточной массой тела. Все пациентам была проведена ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий (УЗДГ) с определением толщины слоя ИМ и стенозов брахиоцефальных артерий. Обследуемые были разделены на группы в соответствии со степенью ожирения. Из-за большой вариабельности данных пациенты с ожирением III степени были разделены на 2 группы: с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м² и с ИМТ более 50 кг/м² (морбидное ожирение). Полученные данные сравнили как в смешанных по полу признаку группах, так и у мужчин и женщин отдельно.

Результаты: при сравнении смешанных групп не выявлялись достоверных различий по частоте обнаружения стенозов брахиоцефальных артерий между группами с ИМТ от 25 до 49,9 кг/м² (38–46%), но отмечается снижение частоты возникновения у пациентов с морбидным ожирением (15%). Толщина ИМ значимо не изменяется в группах с ожирением I и ожирением II степени и увеличивается на 10% в группе с ожирением III степени ($1,17 \pm 0,08$, $1,16 \pm 0,08$ и $1,29 \pm 0,04$ мм, соответственно). У пациентов с морбидным ожирением толщина ИМ уменьшается на 19% ($1,05 \pm 0,05$ мм) по сравнению с группой с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м². При разделении групп по гендерному признаку выявляются следующие закономерности. В группе мужчин отличий по частоте встречаемости стенозов в группах с ожирением I и II степени не выявлено — 29% и 30% соответственно (группа с избыточной массой тела не учитывалась из-за недостаточного количества испытуемых). У пациентов с ожирением III степени частота нахождения стенозов увеличивается до 38% в группе с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м² и уменьшается до 22% в группе с ИМТ более 50 кг/м². Толщина ИМ значимо не отличалась во всех группах, кроме пациентов с морбидным ожирением. Здесь наблюдалось уменьшение показателя на 18% по отношению к группе с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м² ($1,00 \pm 0,06$ и $1,22 \pm 0,05$ мм соответственно). В группе женщин частота выявления стенозов 57%, 53% и 50% соответственно в группах с избыточной массой

тела, ожирением I степени и ожирением II степени. В группе с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м² — снижается до 37%, а в группе с ИМТ более 50 кг/м² до 9% (1 случай на 9 испытуемых). Толщина ИМ в группе с избыточной массой тела составила 1,08±0,13 мм, в группах с ожирением I и II степени увеличилась на 8% и 9% соответственно (1,17±0,10 мм и 1,18±0,11 мм), в группе с ожирением III степени на 27% (1,37±0,05 мм), у пациентов с морбидным ожирением толщина ИМ соответствовала норме и составила 1,10±0,09 мм.

Выводы: у пациентов с ИМТ более 50 кг/м² наиболее редки случаи возникновения стенозов брахиоцефальных артерий по сравнению с пациентами с меньшей степенью ожирения. Самый неблагоприятный прогноз по формированию стеноза — у пациентов с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м².

097 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБМЕНА И СКОРОСТИ ОКИСЛЕНИЯ МАКРОНУТРИЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ

Залетова Т. С.

ФГБУ “НИИ питания” РАМН, Москва, Россия

Цель: определение уровня основного обмена и скорости окисления макронутриентов у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и ожирением III степени.

Материал и методы: в исследовании проводимом на базе отделения сердечно-сосудистой патологии ФГБУ “НИИ питания” РАМН приняло участие 60 пациентов (35 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 32 до 70 лет (средний возраст составил 51,4±1,6 год) с хронической сердечной недостаточностью, имеющих ожирение III степени. Всем пациентам был измерен рост и масса тела, рассчитан индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле. В соответствии с ИМТ пациенты были разделены на группы: пациенты с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м² и пациенты с ИМТ более 50 кг/м². Всем испытуемым был проведено исследование основного обмена методом непрямой калориметрии. Были вычислены показатель основного обмена покоя (ккал/сут), скорости окисления основных макронутриентов (углеводов, жиров, белков, г/сут).

Результаты. Скорость основного обмена у пациентов с ИМТ от 40 до 49,9 кг/м² составила 2012 ккал/сут. Скорость окисления углеводов — 229 г/сут, скорость окисления жиров — 91 г/сут, скорость окисления белка 73 г/сут.

У пациентов с ИМТ более 50 кг/м² скорость основного обмена составила 2226 ккал/сут. Скорость окисления углеводов — 161 г/сут, скорость окисления жиров — 143 г/сут, скорость окисления белка 75 г/сут.

Выводы. Таким образом, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и ожирением III степени, были выявлены минимальные потребности в энергии и макронутриентах. Эти данные должны учитываться при составлении диетических рекомендаций для данной группы пациентов для предотвращения излишней редукции рациона.

098 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Захарьян Е. А.

ГУ “Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского”, кафедра внутренней медицины № 1, Симферополь, Украина

Улучшение качества жизни больных после аортокоронарного шунтирования является важным составляющим фактором послеоперационного реабилитационного лечения.

Цель: изучить показатели качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) через 1 месяц после перенесенного аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 36 больных с диагнозом ИБС в возрасте от 38 до 76 лет (в среднем 59,5±1,3 года).

Пациенты получали стандартную терапию ИБС. Функциональный класс (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) согласно классификации NYHA. У 29 (52,8%) пациентов диагностирована сердечная недостаточность III–IV класса, у 3 (8,3%) — II функционального класса. При поступлении в отделение проведено общепринятое физикальное, инструментальное и лабораторное обследование. Методом коронаровентрикулографии подтвержден атеросклероз коронарных артерий. Всем исследуемым было проведено оперативное вмешательство в виде АКШ. Для определения качества жизни (КЖ) до операции и через 1 месяц после проведенного лечения пациенты заполняли Миннесотский опросник — Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ).

Результаты. Определение качества жизни является важным для оценки эффективности проводимой терапии. Все пациенты заполняли MLHFQ, включающий в себя 21 вопрос. Варианты ответов оценивались от 0 (отсутствие симптомов) до 5 баллов (максимальная выраженность). 0 баллов соответствует наивысшему КЖ, самое низкое КЖ — 105 баллов. Согласно полученным результатам значения КЖ до оперативного вмешательства варьировали от 29 до 74 баллов (среднее значение 48,9±1,6 баллов). Это соответствует средней оценки КЖ. Послеоперационный период протекал без осложнений. После АКШ клиническое состояние пациентов значительно улучшилось в виде уменьшения количества приступов стенокардии, клинических симптомов ХСН. Согласно результатам опросника MLHFQ значения варьировали от 9 до 37 баллов (среднее значение 25,0±1,3 баллов), что соответствует положительному восприятию окружающего мира. Выявлено достоверное (p<0,05) положительное влияние позитивной оценки КЖ на течение послеоперационного периода.

При сравнении данных опросника MLHFQ установлен положительный характер взаимосвязей по Спирмену (r = 0,86; p<0,05). Полученные результаты свидетельствуют не только о клиническом улучшении состояния, но и изменении КЖ пациентов.

Выводы. Проведенное исследование показало улучшение качества жизни после проведенного аортокоронарного шунтирования. Положительная оценка своего состояния и проведенного лечения, а также позитивное отношение к окружающему миру являются компонентами успешного послеоперационного реабилитационного периода.

099 ИЗМЕНЕНИЯ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО КАРДИОМОНИТОРИРОВАНИЯ

Зверева С. И., Еремина Е. Ю., Рябова Е. А.

ФГБОУВПО “МГУ им. Н. П. Огарева”, Саранск, Россия

Цель: оценка временных показателей variability ритма сердца у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в зависимости от пола, возраста и состояния слизистой оболочки пищевода.

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

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

Результаты. У женщин, страдающих ГЭРБ, выше на 5,4% (p=0,01), чем у мужчин был MeanRR, что может указывать на относительно более высокий риск развития у них впоследствии нарушений сердечного ритма. Достоверно выше у женщин были также средние значения ПАПР и ИН на 15,2% (p=0,04) и 24,0% (p=0,04) соответственно, что свидетельствует

вало о большем влиянии на синусовый узел симпатического отдела вегетативной нервной системы и ЦНС. С возрастом у больных ГЭРБ достоверно снижались значения показателей SDNN ($r = -0,26$, $p = 0,01$, к. Фишера $= 0,27$), rMSSD ($r = -0,25$, $p = 0,01$, к. Фишера $= 0,26$), pNN50 ($r = -0,36$, $p = 0,00$, к. Фишера $= 0,38$), что свидетельствовало о увеличении ригидности сердечного ритма. В то же время выявленная положительная корреляционная связь возраста с величиной показателя активности процессов регуляции ($r = 0,23$, $p = 0,02$, к. Фишера $= 0,23$), а также с индексом напряжения ($r = -0,27$, $p = 0,01$, к. Фишера $= 0,28$) свидетельствовала о повышении напряжения нервной системы в регуляции сердечной деятельности, низком уровне механизмов адаптации и низкой стрессоустойчивости больных старших возрастных групп. Наличие эзофагита у больных ГЭРБ сопровождается достоверным снижением значения показателей BCP (SDNN, rMSSD, pNN50) по сравнению с больными без изменения слизистой оболочки пищевода, т. е. сердечный ритм у больных ГЭРБ с эзофагитом обладает большей ригидностью.

Выводы. Изменение BCP даёт возможность точнее прогнозировать характер течения болезни, оценить резервы адаптации, уровень стабильности функционального состояния организма и на этой основе построить тактику ведения больного ГЭРБ, заключающуюся в выборе, оптимизации и оценке эффективности их лечения. Такие показатели BCP, как MeanRR, SDNN, rMSSD, AMo, pNN50, определяющие временную структуру BCP, а также показатель адекватности процессов регуляции и индекс напряжения регуляторных систем, определяющие класс функционального состояния организма, являются диагностическими предикторами развития аритмий, и их можно рекомендовать для качественной оценки адаптационных резервов, стабильности или нестабильности функционального состояния организма у больных ГЭРБ.

100 СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА И ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Зиньковская Т. М., Завражных Л. А.

ГОУ ВПО Пермская медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Росздрава России, Пермь, Россия

Метаболический синдром (МС), включающий ожирение, нарушение толерантности к глюкозе, артериальную гипертензию (АГ), гиперлипидемию увеличивает смертность. При АГ с наличием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) смертность увеличивается в 5 раз, а при регрессе ГЛЖ прогноз улучшается. Снижение массы тела уменьшает уровень АД.

Цель: оценка влияния поддержки сниженной массы тела уровень АД и регресс ГЛЖ у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 180 больных МС. Все пациенты получали комплекс лечения: малокалорийную диету, йодобромные ванны, ручной массаж спины, занятия лечебной физкультурой, занятия в “школе больных МС”. Больные по результатам 3-х недельного курса были разделены на 2 группы: 1 группа – 87 чел с положительным эффектом лечения (снижение массы тела на 2 кг, объема талии на 2 см). Пациенты 1 группы немедикаментозного лечения снизили массу тела на 3,9%, во 2-й группы показатели не изменились. Через год пациенты 1-й группы снизили массу тела на 13,2%. Снижение массы тела составило от 4-х до 26,5 кг. Во 2-й группе – 93 чел. снижения массы тела не было, а некоторых больных произошло ее нарастание. Через год в 1-й группе отмечено достоверное снижение атерогенных фракций липидов: холестерина (ХС) на 12,3%, триглицеридов (ТГ) – на 24,1%, ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 26,0%. Снижение уровня инсулина через год отмечено только в 1-й группе на 18,9%, с уменьшением степени инсулинорезистентности на 36,3%. Степень лептинемии снизилась только у пациентов 1-й группы. У больных 2-й

группы показатели липидного обмена, лептинемии повысились. У пациентов с резко выраженной инсулинемией $-45,4 \pm 4,1$ мкЕд/мл определялись более высокие цифры САД и ДАД. У пациентов 1 группы при длительном поддержании сниженной массы тела произошло снижение АД: САД – на 13,4%, ДАД на 14,6%, Стабильное АД при поддержании 1–2 препаратами наблюдалось у 58 чел. (66,7%), отменить гипотензивные препараты смогли 11 чел. у больных с АГ и ожирением при проведении эхокардиографии толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки превышали 11 мм, что свидетельствовало о гипертрофии миокарда левого желудочка. Через год отмечена положительная динамика у пациентов 1 группы: уменьшение толщины ЗСЛЖ и МЖП. Масса миокарда ЛЖ у пациентов 1 группы снизилась на 11,9%. У пациентов 2 группы сохранялись прежние значения массы миокарда ЛЖ.

Выводы. 1. Достичь регресса ГЛЖ у больных АГ с ожирением возможно за счет изменения образа жизни, диетических мероприятий, повышения физической активности, снижения массы тела. 2. Только при снижении массы тела более, чем на 10% и поддержании ее в течение года происходила нормализация АД и регресс ГЛЖ.

101 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ ИНФАРКТА МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зотова О. В.

ГУ РНПЦ “Кардиология”, Минск, Беларусь

Цель: разработка прогностических моделей риска развития инфаркта мозга (ИМ) различного генеза.

Материал и методы: обследованы 114 пациентов в течение острого периода ИМ, все они были сопоставимы по полу и возрасту. Согласно ведущему механизму развития основного диагноза были сформированы 3 группы: 1-я – 41 (36%) пациент с атеротромботическим генезом ИМ; 2-я – 44 (38,6%) пациента с кардиоэмболическим генезом ИМ; 3-я – 29 (25,4%) пациентов без признаков ИМ. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования с оценкой факторов риска.

Результаты: для выделения предикторов риска развития различных подтипов ИМ у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией использовался логистической регрессионный анализ. Вероятность наступления события (ИМ) рассчитывалась по формуле:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

где $y = \text{logit}(P) = b_1 \times x_1 + b_2 \times x_2 + \dots + b_n \times x_n + a$

$x_1 - x_n$ – значения независимых предикторов;

$b_1 - b_n$ – коэффициенты при независимых предикторах;

a – константа, e – основание натурального логарифма (2,72).

При $P > 0,5$ возрастает вероятность наступления события.

Для подтверждения прогностической значимости модели и обоснования применения выбранных факторов риска в клинике использовали ROC-анализ.

После проведенного анализа было выявлено, что весомый вклад в прогнозирование риска развития атеротромботического ИМ: КА (пороговое значение $>3,05$ Ед.) и ФВ ЛЖ (пороговое значение $<55\%$) и прогностическая модель имеет следующий вид:

$$\text{logit}(P) = 50,05 \times (\text{КА}) - 8,37 \times (\text{ФВ}) + 443,5 \quad (p < 0,001).$$

Потенциальными предикторами развития кардиоэмболического ИМ отражающих кардиогемодинамику, были признаны 3 показателя: КСР (пороговое значение $>37,0$ мм.), КДО ($>120,0$ мл.) и ФВ ЛЖ ($<45,0\%$). Методом пошагового включения независимых переменных было предложено 3 прогностические модели:

$$\text{logit}(P_1) = 0,14 \times (\text{КДО}) - 13,61 \quad (p < 0,001).$$

$$\text{logit}(P_2) = 0,37 \times (\text{КСР}) - 13,62 \quad (p < 0,001).$$

$$\text{logit}(P_3) = 3,17 + 0,52 \times (\text{КСР}) - 0,40 \times (\text{ФВ}) \quad (p < 0,001).$$

На следующем этапе была проведена процедура проверки валидности полученных моделей на 20 пациентах, не вошедших в обучающую выборку, которая показала высокую чувствительность, специфичность и диагностическую точность (для все более 83%)

Выводы: высокая информативность, хорошее качество прогнозирования и простота применения предложенных моделей позволяют использовать их для оценки вероятности риска развития различных патогенетических подтипов ИМ в клинической практике.

102 ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ ОРГАНИЗМА К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Иванова Е. С.¹, Уянаева А. И.²

¹Филиал по медицинской профилактике ГАУЗ МО "Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации", Москва; ²ФГБУ "Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России", Москва, Россия

В последние годы неуклонно возрастает интерес медицинской науки к изучению влияния факторов внешней среды, в том числе погодного-климатического на здоровье человека. Научные исследования выявили формирование ответных реакций организма на действие погодных факторов, связанных с неспособностью организма поддерживать гомеостаз, которые ухудшают качество жизни. Это диктует необходимость поиска методов коррекции повышенной метеочувствительности на ранних этапах ее проявлений.

Цель: научно обосновать применение методов функциональной коррекции организма у метеочувствительных лиц с начальными проявлениями артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы: проводилось изучение метеочувствительности у 250 пациентов с АГ в возрасте от 25 до 50 лет и оценивалась степень изменения толерантности к погодным условиям под влиянием курса восстановительной коррекции.

В период резких колебаний погодных факторов наблюдалась повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, чувство тревоги, снижение физической работоспособности, нарушение сна. Отмечались головные боли, болевые ощущения в области сердца, повышение АД.

Изучалась эффективность применения нового биоэнергетического средства для ванн "Биолонг" с препаратом митофен в жемчужной ванне в комплексе с психологической релаксацией и кардиотренировками в режиме дозированных ступенчатонарастающих физических нагрузок на циклических и силовых тренажерах. Митофен оказывает выраженное влияние на механизмы тканевого дыхания и обладает антигипоксической и антиоксидантной активностью.

После курса восстановительной коррекции наблюдалось: улучшение самочувствия, повышение активности и настроения (85%), снижалась реактивная тревожность при формировании неблагоприятных погодных условий. Отмечена нормализация вариабельности АД, особенно в вечернее и ночное время (в 84% случаев), выявлено снижение общего сосудистого периферического сопротивления (62%), улучшение микроциркуляторного кровотока (90%), нормализация суточной экскреции катехоламинов (30%), гармонизация функциональной активности кардиореспираторной системы при физической нагрузке (86%).

Таким образом, использование немедикаментозных методов коррекции повышенной метеочувствительности способствует активации эндогенных биорегуляторов, восстановлению адаптационных сдвигов и повышающих толерантность организма к внешним неблагоприятным воздействиям погодного-климатического факторов.

103 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ПРЕДИКТОР

РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

Иванов А. П., Эльгардт И. А., Сдобнякова Н. С., Климова Е. В., Ключевин Д. В.

Тверская медицинская академия, Тверской клинический кардиологический диспансер, Тверь; городская больница № 3 г Зеленограда, Москва, Россия

Цель: результаты многих исследований свидетельствуют о значительном влиянии ремоделирования сердца на прогноз в отношении становления и прогрессирования СН, возникновения аритмий, а так же сердечно-сосудистой смертности. Однако особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) у больных с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) не изучена. Задачей исследования явилось проанализировать пациентов с Q-ИМ, осложненным желудочковой аритмией и сравнить группы пациентов с разной выраженностью СН, определяемой через 6 мес наблюдения.

Материал и методы: обследовано 63 больных с Q-ИМ и СОАС (средний возраст 57,6±6,2 года) и проведено сравнение групп пациентов с разной клинической выраженностью СН, определяемой через 6 месяцев наблюдения, оцениваемой по критериям NYHA (ФК СН ≤1 (группа сравнения [А]) и ФК СН ≥2 (основная группа [В])). Наличие и выраженность нарушений дыхания во время сна оценивали по индексу апноэ/гипопноэ (ИАГ), принимая во внимание его уровень выше 5 в час. Эхокардиографию проводили исходно при поступлении в стационар, через 3 недели на момент выписки из стационара, спустя 3 и 6 месяцев амбулаторного наблюдения. Оценивали уровень фракции выброса (ФВ), индекса конечного диастолического объема (И-КДО), индекса конечно систолического объема (И-КСО), индекс нарушений локальной сократимости (ИНЛС) левого желудочка (ЛЖ), массу миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), относительную толщину стенок (ОТС) ЛЖ, миокардиальный стресс (МС), соотношение раннего и позднего трансмитрального потока (Е/А).

Результаты: при сравнительном анализе группа больных с худшим в отношении развития СН прогнозом (гр. В) исходно отличалась от группы А по клиническим показателям: больные были старше (p=0,003), эти пациенты чаще имели в анамнезе ранее перенесенный ИМ, в стационаре у них чаще течение острого периода осложнялось острой СН по Killip I–IV (p=0,0025). Параллельно с этим выявлены отличия и структурно-функциональных характеристик сердца. Так, в группе В имелись большие показатели ИММ (p=0,03), больший ИНЛС ЛЖ (p=0,021). В динамике выявлены особенности ремоделирования ЛЖ: разнонаправленные изменения ИКСО в виде снижения в гр. А и увеличение в гр. В, наблюдаемые спустя 3 и 6 недель от начала ИМ (p=0,009 и, p=0,005 соответственно) и однонаправленные изменения ИКДО в сторону увеличения, более выраженные в гр. В, наиболее существенные спустя 3 недели от начала ИМ (p=0,077). Одновременно с этим группы отличались в динамике по степени замедленного восстановления глобальной и локальной систолической функции, что оказалось более значимым в группе В. Так, по уровню ФВ группы отличались как спустя 3 недели (p=0,014), так и спустя 3 месяца от начала ИМ (p=0,001); В свою очередь имелись отличия и по ИНЛС, как спустя 3 недели (p=0,002), так и спустя 3 месяца от начала ИМ (p=0,016). В то же время нарушения диастолической функции проявлялись разнонаправленно, когда в группе А отношение Е/А спустя 3 месяца уменьшалось, а в группе В — увеличивалось (p=0,040). Следует отметить, что спустя 6 месяцев от момента развития ИМ все отличия стирались и сравниваемые группы не различались по анализируемым функциональным показателям. Изучение корреляционных зависимостей выявило отрицательные корреляции уровня ФВ в группах А и В исходно, а так же спустя 3 недели и 3 месяца с ИАГ (r=0,34 и 0,39).

Выводы: для раннего постинфарктного ремоделирования у пациентов с СОАС и худшим прогнозом характерны большая дилатация ЛЖ, замедление восстановление глобальной и локальной систолической функции и большая частота развития диастолической дисфункции ЛЖ по рестриктивному типу, что наиболее неблагоприятно при большей степени тяжести обструктивных нарушений дыхания во время сна.

104 ЗАВИСИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Исакова Д. Н., Дороднева Е. Ф., Евлоцко Н. В., Кандава О. С.
ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, Тюмень, Россия

Цель: оценить риски развития фатальной и нефатальной ИБС, фатального и нефатального ОНМК в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbA1C) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы. Объектом исследования явились 76 пациентов с СД 2, в возрасте от 27 до 65 лет (среднее значение — $52,19 \pm 6,48$ года), из них 6,6% (5/76) мужчин, 93,4% (71/76) женщин. Длительность течения заболевания составила $7,78 \pm 5,74$ года. 81,6% (62/76) пациентов не достигали индивидуальных целевых значений контроля гликемии (среднее значение HbA1C — $8,24 \pm 3,21\%$). Всем пациентам проводили исследование уровня HbA1C, гликемии натощак (ГН) и постприандиальной гликемии (ППГ) по стандартным методикам. Для оценки сердечно-сосудистого риска использовался калькулятор кардиоваскулярного риска UKPDS Risk Engine, с помощью которого оценивался риск развития нефатальной и фатальной ИБС, нефатального и фатального ОНМК в течение 5-ти и 10-ти лет. Критериями исключения явились: любые клинические проявления атеросклеротического поражения коронарных артерий; ОНМК в анамнезе. Для определения статистической значимости различий использовался U-критерий Манна-Уитни, при проведении корреляционного анализа — коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Риск развития фатального и нефатального ОНМК при 5-ти и при 10-ти летней оценке риска был выше в группе с меньшими значениями HbA1C. При сравнении группы декомпенсированных пациентов с группой пациентов “жесткого” контроля статистически значимые различия были выявлены для категорий “фатальный инсульт” ($p < 0,05$) при оценке 5-ти летнего риска, категорий “инсульт” ($p < 0,01$) и “фатальный инсульт” ($p < 0,01$) при оценке 10-ти летнего риска. По мере роста уровня HbA1C была отмечена тенденция к увеличению риска развития нефатальной и фатальной ИБС и составила при оценке 5-ти летнего риска $6,3 \pm 1,82\%$ и $3,6 \pm 2,92\%$ соответственно в группе пациентов с “жестким” контролем гликемии ($HbA1C < 6,5\%$), против пациентов групп, имевших пограничные значения HbA1C в диапазоне $6,5-8\%$ ($6,73 \pm 1,63\%$ и $3,65 \pm 1,52\%$ соответственно) и характеризующихся декомпенсацией по основному показателю углеводного обмена при $HbA1C > 8\%$ ($7,8 \pm 2,7\%$ и $4,92 \pm 1,86\%$). Соответствующая тенденция была отмечена и при анализе 10-ти летнего риска. Сравнение групп “жесткого” контроля и имеющих выраженную декомпенсацию продемонстрировало наличие статистической значимости различий по 5-ти летнему риску развития фатальной ИБС ($p < 0,05$). Также были выявлены статистически значимые корреляционные зависимости между: риском развития инсульта и уровнями ГН ($r = 0,21$, $p < 0,05$) и ППГ ($r = 0,23$, $p < 0,05$); риском развития фатального инсульта и уровнями ГН ($r = 0,28$, $p < 0,05$), ППГ ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Выводы. Риск развития фатального и нефатального ОНМК выше в группе с меньшими значениями HbA1C, в группе пациентов “жесткого” контроля, в то время как риск развития фатальной и нефатальной ИБС увеличивается в соответствии с ростом уровня HbA1C.

105 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.
ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: изучить частоту возникновения и выраженность клинического течения острого повреждения почек (ОПП) после коррекции клапанных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения.

Материал и методы. В открытое клиническое исследование включали 227 больных (124 мужчин и 103 женщин) в возрасте от 25 до 68 лет (средний возраст 54 ± 7 лет) с пороками клапанов сердца преимущественно ревматической этиологии, которым в плановом порядке было проведено протезирование митрального и/или аортального клапанов (МК, АК) механическими двухстворчатыми протезами. ОПП диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE и AKIN по креатинину (RIFLE кр., AKIN кр.) в после операции. По тяжести ОПП больных распределяли следующим образом: 1-я группа — пациенты с мягким течением ОПП (повышение креатинина на $0,3-0,49$ мг/дл по сравнению с его уровнем при госпитализации); 2-я группа — пациенты с умеренным ОПП (увеличение креатинина на $0,5-0,9$ мг/дл) и 3-я группа — пациенты с тяжелым ОПП (увеличение креатинина более $1,0$ мг/дл).

Результаты. Необходимо отметить, что в исходном состоянии (до операции) содержание сывороточного креатинина колебалось от 85 до 118 мкмоль/л и его средние показатели в сравниваемых группах существенно не отличались. В общей группе по критериям RIFLE кр. и AKIN кр. у 53 больных (23,3%) выявлено ОПП, в том числе у 17 больных (7,5%) мягкое ОПП, у 23 больных (10,1%) умеренное ОПП и у 13 больных (5,7%) тяжелое ОПП. Кроме того, транзиторное течение ОПП диагностировалось при мягком ОПП в 70,6% случаев, при умеренном ОПП — в 60,9% и тяжелом ОПП — в 38,5%. В остальных случаях ОПП имело персистентное (устойчивое) течение.

Изучение гендерных особенностей ОПП показало преобладание мужчин (42; 33,9% против 11; 10,7%), особенно при умеренном и тяжелом персистентном течении ОПП. Средний возраст больных с ОПП в группах достоверно не отличался, хотя больные с тяжелым и персистентным течением ОПП были старше всех остальных категорий больных, включая больных без ОПП. Важно отметить, что у больных с ОПП по сравнению с больными без ОПП чаще выявлялся сахарный диабет 2 типа (24,5% против 14,4%; $p < 0,01$) и артериальная гипертензия (43,4% против 25,9%; $p < 0,01$). Давность клапанного порока сердца не имела корреляции с риском развития ОПП и его тяжестью. Также у больных с умеренным и тяжелым ОПП значительно чаще диагностировалась хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса, чем у больных с мягким ОПП и без него: 60,9; 61,5; 23,5 и 18,4% соответственно.

Выводы. Выявлено, что у больных, подвергшихся коррекции клапанных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения, в 23,3% случаев выявляется ОПП по критериям RIFLE кр. и AKIN кр., которое в 58,5% случаев имеет транзиторное течение и в 41,5% случаев — персистентное течение, т. е. сохраняется и при выписке больного домой.

106 ПРЕДИКТОРЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.
ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: изучить частоту выявления и факторы риска возникновения острого повреждения почек (ОПП) в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших аортокоронарное и/или маммарно-коронарное шунтирование (АКШ, МКШ) в плановом порядке.

Материал и методы. В открытое клиническое исследование включали 356 больных (204 мужчин и 152 женщин) в возрасте от 42 до 70 лет (средний возраст 59 ± 8 лет), которым выполнялось АКШ и/или маммарно-коронарное шунтирование с применением искусственного кровообращения. Коронарная ангиография у всех больных проводилась за 1–2 месяца до операции. Больных, имеющих до операции ренальную дисфункцию, в том числе вызванную ангиографическим исследованием (контраст-индуцированной нефропатией), в исследование не включали. Поскольку в послеоперационном периоде отсутствовало данных о почасовом диурезе, и поэтому ОПП диагностировали и классифицировали по уровню креатинина сыворотки крови, используя критерии RIFLE кр. и AKIN кр. По тяжести ОПП больные распределились на 3 группы: 1-я группа — пациенты с мягким ОПП (повышение креатинина на $0,3–0,49$ мг/дл по сравнению с его уровнем при госпитализации); 2-я группа — пациенты с умеренным ОПП (увеличение креатинина на $0,5–0,9$ мг/дл) и 3-я группа — пациенты с тяжелым ОПП (увеличение креатинина более $1,0$ мг/дл).

Результаты. До операции средние показатели сывороточного креатинина в сравниваемых группах существенно не отличались и колебались от 78 до 117 мкмоль/л. ОПП в общей группе выявлено у 62 больных (17,4%) выявлено ОПП, в том числе у 21 больного (5,9%) мягкое ОПП, у 28 больных (7,9%) умеренное ОПП и у 13 больных (3,6%) тяжелое ОПП. Транзиторное ОПП (разрешалось до выписки домой) диагностировалось у 43 больных (69,4%) и персистентное (устойчивое) ОПП — у 19 больных (30,6%), в том числе при мягком ОПП в 85,7% случаев, при умеренном ОПП — в 60,7% и при тяжелом ОПП — в 46,2%. В группе больных с ОПП частота перенесенного Q-инфаркта миокарда была выше, чем в группе больных без ОПП: 48,4 и 22,8%, соответственно.

Выявлено, что у больных с ОПП в отличие от больных без ОПП чаще диагностируется сахарный диабет 2 типа (29,0% против 17,3%; $p < 0,01$), артериальная гипертензия (48,4% против 31,0%; $p < 0,01$) и постоянная форма фибрилляции предсердий (22,6% против 16,0%; $p < 0,05$). Также у больных с умеренным и тяжелым ОПП значительно чаще выявлялась хроническая сердечная недостаточность с фракцией выброса левого желудочка ниже 40%, чем у больных с мягким ОПП и без него: 30,8; 21,4; 9,5 и 10,2% соответственно. Также выявлена корреляция тяжести ОПП с количеством пораженных коронарных артерий.

Выводы. Выявлено, что у больных, подвергшихся коронарному шунтированию, в 17,4% случаев выявляется ОПП по критериям RIFLE кр. и AKIN кр., основными факторами риска являются сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность и выраженное поражение коронарных артерий.

107 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ

Кабиева С. М., Косарева А. П., Смагулова Г. Н., Абильдина Н. Т., Кошкарбаева Б. С., Корнеева Е. А.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан.

Цель: изучение особенностей нарушений ритма у новорожденных в зависимости от характера гипоксии.

Материал и методы. Проведено клинико-электрокардиографическое обследование 316 новорожденных детей с признаками поражения сердечно-сосудистой системы под влиянием гипоксии. В зависимости от характера перенесенной гипоксии были выделены 3 группы: 1 группу составили 138 детей, перенесших внутриутробную гипоксию, 2 группу составили 22 новорожденных, перенесших интранатальную

гипоксию или асфиксию при родах, 3 группу — 156 новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию. Контрольную группу составили 30 здоровых доношенных новорожденных.

Результаты. Анализ нарушений ритма показал, что у детей 1 группы наиболее часто встречалась синусовая тахикардия (28,3%) и синусовая аритмия (12,3%), что объясняется активностью симпатно-адреналовой системы и свидетельствует об адаптированности плода к воздействию внутриутробной гипоксии. Нарушения проводимости в большинстве своем были представлены неполной блокадой правой ножки пучка Гиса (15,9%) и объясняются нарушением проведения импульса в результате перегрузки правого желудочка (13%). Другие блокады единичны. Процессы нарушения реполяризации отмечены у 24,6% детей.

У детей 2 группы, также преобладали нотопные нарушения ритма сердца, а именно высокая частота случаев синусовой тахикардии (40,9%) и синусовой аритмии (13,6%). Брадикардия (9,1%), признаки перегрузки ПЖ (9,1%), повышение активности ЛЖ (13,6%) встречались только у детей, перенесших тяжелую асфиксию, и объясняются воздействием на миокард стрессирующего фактора в ответ на острую гипоксию при родах.

Наиболее выраженные изменения отмечались в 3 группе: среди нотопных аритмий преобладали брадикардия (31,4%), аритмия (18%), а гетеротопные были представлены пароксизмальной тахикардией (3,9%) и экстрасистолами (23,1%), из них 4,5% — желудочкового генеза. Значительно чаще встречались блокады разной степени выраженности (38,5%), низкий вольтаж зубцов (10,9%). У каждого пятого ребенка регистрировались признаки перегрузки отделов сердца, особенно ПЖ (21,2%). Ишемические нарушения миокарда проявлялись выраженными нарушениями процессов реполяризации (46,2%). Все подтверждает глубину поражения миокарда в результате длительности внутриутробного кислородного голодания и остроты гипоксии в интранатальном периоде.

Выводы. Чем длительнее внутриутробная гипоксия и чем тяжелее протекает интранатальная гипоксия, тем более выраженными будут постгипоксические изменения в миокарде у новорожденных.

108 ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

Цель: изучить динамику параметров левого желудочка (ЛЖ) по данным трансторакальной эхокардиографии (ТТ ЭхоКГ) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при использовании различных схем физической реабилитации (ФР).

Материал и методы. Обследовано 54 пациента с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ. 22 пациента составили основную группу (ОГ), 32 пациента — контрольную группу (КГ). Пациенты ОГ и КГ не различались по возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации, используемой медикаментозной терапии ($p > 0,05$). ФР пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу. У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и дозированной ходьбы, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом класса тяжести пациента,

а также толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спирометрии, проведенной накануне. ВТ начинались на 8–17 суток ИМ (в среднем на $11,3 \pm 0,8$ сутки). Общая продолжительность курса ВТ составляла 12 недель (в общей сложности — 36 занятий). ТТ ЭхоКГ выполнялась на приборе VIVID 5 компании GE в исходном состоянии — I тест (в среднем на 7–12 сутки после выполненного ЧКВ) и через 3 месяца после начала развития заболевания — II тест.

Результаты. При первом обследовании как в ОГ, так и в КГ в средние значения конечного диастолического диаметра (КДД) и конечного диастолического объема (КДО) не превышали норму. Не выявлено достоверных различий анализируемых показателей между группами ($p > 0,05$). Однако, у 13 (40,6%) из 32 пациентов КГ и у 9 (40,9%) из 22 пациентов ОГ были выявлены эхокардиографические признаки дилатации ЛЖ: увеличение КДД и КДО без снижения сократительной способности миокарда ЛЖ (нормальные значения ударного объема (УО) и фракции выброса (ФВ)). У всех этих пациентов (как в КГ, так и в ОГ), наряду с увеличением полости ЛЖ, имела место концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Через 3 месяца после ИМ (2-е обследование) в группе традиционной ФР (КГ) у 7 (53,9%) из 13 пациентов, исходно имевших дилатацию ЛЖ, отмечалось дальнейшее ремоделирование миокарда ЛЖ: увеличение показателей КДД и КДО в сравнении с 1-м обследованием. В группе пациентов с ИМ, у которых после выполнения ЧКВ использовалась разработанная дифференцированная программа физической реабилитации, ни у одного пациента не выявлено отрицательной динамики анализируемых показателей.

Заключение. Применение 12-ти недельного курса дифференцированных велотренировок, начиная с 8–17 суток от момента развития ИМ и выполнения первичного ЧКВ, снижает риск развития ремоделирования левого желудочка в течение первых 3 месяцев.

109 ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

ГУ Республиканский научно-практический центр “Кардиология”, Минск

Цель: изучить динамику С-реактивного белка (СРБ) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с традиционной физической реабилитацией (ФР) и при использовании дифференцированных физических тренировок.

Материал и методы. Обследовано 54 пациента с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ (22 пациента составили основную группу (ОГ), 32 пациента — контрольную группу (КГ)). Пациенты ОГ и КГ не различались по возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации, используемой медикаментозной терапии ($p > 0,05$). ФР пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу. У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и дозированной ходьбы, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом класса тяжести пациента, а также толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спирометрии, проведенной накануне. ВТ начинались на 8–17 суток ИМ (в среднем на $11,3 \pm 0,8$ сутки). Общая продолжительность курса ВТ составляла 12 недель (в общей сложности — 36 занятий). Уровень СРБ определяли в сыворотке крови на автоматическом биохимическом анализаторе Olympus — AU 400 методом иммунотурбидиметрии в исходном состоянии — I тест (в среднем на 7–12 сутки

после выполненного ЧКВ), через 3 и 12 месяцев после начала развития заболевания — II и III тесты.

Результаты. Средние значения СРБ при 1-м обследовании составили $12,13 \pm 2,56$ мг/л в ОГ и $12,64 \pm 2,9$ мг/л в КГ, соответственно, т. е. достоверно не различались между группами, но при этом более чем в 2 раза превышали нормальные значения ($0–5$ мг/л) в обеих группах пациентов. Через 3 месяца после ИМ в обеих группах пациентов выявлено достоверное снижение уровня СРБ до нормальных значений ($4,12 \pm 1,4$ мг/л в ОГ и $4,88 \pm 1,31$ мг/л в КГ, соответственно, $p < 0,05$). Через 12 месяцев в КГ среднее значение СРБ составило $6,69 \pm 2,67$ мг/л, что достоверно выше, чем через 3 месяца после ИМ ($p < 0,05$) и выше нормальных значений. У пациентов ОГ уровень СРБ был не только достоверно ниже, чем в КГ ($1,61 \pm 0,41$ мг/л в ОГ и $6,69 \pm 2,67$ мг/л в КГ, соответственно, $p < 0,05$), но и достоверно ниже уровней, зарегистрированных при 1-м и 2-м обследовании, и не выходил за пределы нормальных значений ($p > 0,05$).

Заключение. Применение 12-ти недельного курса дифференцированных велотренировок, начиная с 8–17 суток от момента развития инфаркта миокарда и выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства, способствует стойкой ликвидации системного воспаления на протяжении, по меньшей мере, 1-года с момента развития заболевания и, таким образом, существенно снижает риск развития повторных сердечно-сосудистых событий у данной категории пациентов.

110 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМОЙ В ХОДЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Каменева О. А., Искендеров Б. Г., Иванчукова М. Г.

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель: анализ эффективности радиочастотной аблации (РЧА) аритмогенных зон в предсердиях — области устьев легочных вен и/или кава-трикуспидальной перешейки, проводимой в ходе коррекции клапанных пороков сердца, у больных с хронической формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 167 больных (75 мужчин и 92 женщин), страдающих хронической формой ФП, в возрасте от 43 до 65 лет ($55,2 \pm 4,7$ лет). Установленная давность ФП составила от 18 до 53 месяцев ($37,4 \pm 3,8$ мес.). У больных выполнялось протезирование митрального и/или аортального клапанов с пластикой трикуспидального клапана. Интраоперационно проводилась РЧА устьев легочных вен. Наблюдения больных после операции составили 6 мес.

Результаты. После РЧА в 133 случаях (79,6%) восстановился синусовый ритм. Однако из них у 123 больных (92,5%) после операции возникли пароксизмы ФП и/или трепетания предсердий (ТП): у 78 больных (58,6%) в первые сутки после операции, у 31 больного (30,8%) — во 2-й неделе и у 10 больных (7,5%) — через 1–2 мес. Лишь у 14 больных (10,5%) сохранялся стабильный синусовый ритм. Кроме того, у 67 больных были только пароксизмы ТП, у 36 больных — ФП и у 30 больных — чередование ФП и ТП. В группе больных с отсутствием купирующего эффекта РЧА в период наблюдения восстановления синусового ритма не отмечалось. Необходимо отметить, что у 38 больных (22,8%), в том числе у 7 больных без положительного эффекта РЧА, в ранний послеоперационный период выявлялись аритмогенные эффекты процедуры: у 15 больных (9,0%) — “отказ” синусового узла с замещающим атриовентрикулярным (АВ) ритмом и у 23 больных (13,8%) — преходящая АВ блокада II–III степени. В связи с этим 18 больным имплантировался электрокардиостимулятор. Больным с профилактической целью и/или для контроля ЧСС назначали антиаритмики. Через 6 месяцев наблюдения из 133

больных с купирующим эффектом РЧА у 23 была постоянная форма ФП, у 28 — стабильный синусовый ритм и у 82 — регулярные пароксизмы ФП.

Параллельное изучение эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей выявил некоторые закономерности в отношении исходов РЧА. Так, непосредственные результаты РЧА в группах больных с купирующим эффектом процедуры (успешная РЧА) и без такового, по данным ЭхоКГ, существенно не отличались. Однако отдаленные результаты РЧА, спустя 2–4 мес. после операции, коррелировали с показателями размеров левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия, выраженностью диастолической дисфункции ЛЖ и величиной градиента давления на митральном клапане.

Выводы. Несмотря на высокую эффективность РЧА (79,6%), у больных с постоянной формой ФП, подвергшихся к данной процедуре, часто возникают рецидивы ТП и/или ФП после коррекции клапанных пороков (в 78,9% случаев) и стабилизация синусового ритма отмечается лишь у 10,5% больных, что требует уточнения показаний и обоснования проведения РЧА при данной форме ФП.

111 ПРЕДИКТОРЫ СТАБИЛЬНОСТИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Каменева О. А., Иванчукова М. Г., Искендеров Б. Г.

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель: определить предикторы контроля синусового ритма после успешной радиочастотной абляции (РЧА) аритмогенных зон в предсердиях в ходе коррекции клапанных пороков у больных с хронической формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. В результате проведенной интраоперационно РЧА у 167 больных с клапанными пороками, непосредственно после процедуры у 133 (79,6%) больных восстановился синусовый ритм и у 34 больных сохранялась. Возраст больных колебался от 43 до 65 лет ($56,1 \pm 4,5$ лет). Установленная давность ФП, по данным ЭКГ, составила от 18 до 53 месяцев и в среднем — $36,2 \pm 3,6$ мес. У больных выполнялось протезирование митрального и/или аортального клапанов с пластикой трикуспидального клапана. Интраоперационно проводилась РЧА области устьев легочных вен и в результате у 133 больных восстановился синусовый ритм, а у 34 больных сохранялась ФП. Наблюдения больных после операции составили 6 мес.

Результаты. Через 6 месяцев после проведения РЧА больных в зависимости от характера ритма сердца разделили на 3 группы. В 1-ю группу вошли 28 больных, у которых стабильно сохранялся синусовый ритм без приема антиаритмических препаратов (ААП); во 2-ю группу — 23 больных, у которых на фоне приема ААП отмечались редкие (1–2 раза в год) пароксизмы ФП и в 3-ю группу — 82 больных с регулярными (еженедельно или ежемесячно) пароксизмами ФП, несмотря на прием ААП, в том числе их комбинаций.

Сравнительный анализ частоты различных факторов, потенциально провоцирующих пароксизмы ФП, выявил достоверное различие между 1-й и 3-й группами больных при давности хронической формы ФП более 18 месяцев ($\chi^2 = 13,44$; $p < 0,001$), хронической сердечной недостаточности выше II ФК ($\chi^2 = 11,68$; $p < 0,001$), артериальной гипертензии ($\chi^2 = 6,84$; $p < 0,01$), возраста пациента старше 60 лет ($\chi^2 = 7,35$; $p < 0,01$) и анемии ($\chi^2 = 4,77$; $p < 0,05$). Необходимо отметить, что у больных, которым в прошлом проводилась операция митральной комиссуротомии или протезирование митрального клапана, по сравнению с больными, подвергшимися первичному протезированию митрального клапана, эффек-

тивность РЧА практически не отличалась. Кроме того, среди нозологических факторов особенно провоцирующими ФП являлись перенесенный крупноочаговый инфаркт миокарда, сахарный диабет тяжелого течения и ренальная дисфункция со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м². Среди лекарственных препаратов применение ингибиторов АПФ, антагонистов альдостерона и бета-адреноблокаторов также способствовали стабилизации синусового ритма.

Выводы. Показано, что при обосновании необходимости проведения РЧА у больных с клапанными пороками сердца, ассоциируемыми с хронической формой ФП, следует учесть наличие факторов риска рецидива ФП.

112 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩИХ УСТРОЙСТВ В СОЧЕТАНИИ С АОРТОКОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ И ИЗОЛИРОВАННОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИССИНХРОНИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Камиев Р. Т., Романов А. Б., Стенин И. Г., Шабанов В. В., Елесин Д. А., Стрельников А. Г., Чернявский А. М., Покушалов Е. А.

ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель: сравнение эффективности эпикардиальной имплантации кардиоресинхронизирующих устройств (СРТ) в сочетании с аортокоронарным шунтированием (АКШ) и СРТ в сочетании с медикаментозным лечением у пациентов с ишемической сердечной недостаточностью, фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $< 35\%$ и левожелудочковой диссинхронией, которым возможно выполнение как АКШ, так и медикаментозная терапия сердечной недостаточности.

Материал и методы. 97 пациентов с ишемической сердечной недостаточностью были рандомизированы на 2 группы: трансвенозная имплантация СРТ + медикаментозная терапия сердечной недостаточности ($n=48$) или эпикардиальная имплантация СРТ в сочетании с АКШ + медикаментозная терапия сердечной недостаточности ($n=49$). Первичная конечная точка — уменьшение конечного систолического объема левого желудочка (КСО ЛЖ) на 15% по сравнению с дооперационными значениями по данным эхокардиографии. Основная вторичная точка включала в себя все причины смерти. Пациенты наблюдались в течение 36 месяцев.

Результаты. В течение 36 месяцев, среднее значение КСО ЛЖ была значительно ниже в группе с эпикардиальной имплантацией СРТ в сочетании с АКШ по сравнению с группой СРТ + медикаментозная терапия ($112,4 \pm 20,7$ мл по сравнению с $139,8 \pm 20,5$ мл, соответственно, $p=0,002$). Процент пациентов со снижением КСО ЛЖ на 15% составил 86% в группе с эпикардиальной имплантацией СРТ в сочетании с АКШ по сравнению с 68% в группе СРТ + медикаментозная терапия ($p=0,034$). В группе с эпикардиальной имплантацией СРТ в сочетании с АКШ 7 (14,3%) пациентов умерли в течение 3-летнего периода наблюдения по сравнению с 14 (29,2%) пациентами в группе СРТ + медикаментозная терапия (лог-ранговый тест, $p=0,01$).

Выводы. У пациентов с ишемической сердечной недостаточностью и левожелудочковой диссинхронией, которым возможно выполнение как АКШ, так и медикаментозное лечение сердечной недостаточности, эпикардиальная имплантация СРТ одновременно с АКШ превосходит трансвенозную имплантацию СРТ в сочетании с медикаментозной терапией в отношении обратного ремоделирования ЛЖ и связано с низким уровнем смертности в течении длительного наблюдения.

113 ПРИМЕНЕНИЕ АКОРТЫ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Каравва Е. В., Колесникова И. Ю., Коричкина Л. Н.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Проблема коррекции нарушений липидного обмена и в частности при артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время весьма актуальна. Статины, в частности, розувастатин, наиболее широко используются как гиполипидемические препараты. Они оказывают более выраженный гиполипидемический эффект. Доказана их безопасность при длительном приеме. В эпидемиологических исследованиях STELLAR и MERCURY I, II они превосходили другие статины по своей гиполипидемической активности, следовательно они играют большую роль в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ. Поэтому гиполипидемическая терапия розувастатином представляет одно из наиболее действенных средств в лечении кардиологических пациентов.

Цель: изучение эффективности розувастатина акорты (ОАО «Фармстандарт») в дозе 10 мг/сут при нарушениях липидного обмена у больных АГ II стадии, коррегированной до нормотонии с риском 3 (высоким). Обследовано 46 больных в возрасте от 43 до 67 лет, мужчин — 21, женщин — 25, состоящих на диспансерном учёте у кардиолога с АГ. Больные были разделены на 2-е группы: 1-ю составили 30 пациентов, принимающие акорту; 2-ю группу контроля — 16 больных, находящихся на гиполипидемической диете. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Исследование продолжалось на протяжении 3-х месяцев. Все больные были подвергнуты общеклиническому детальному обследованию, определяли липиды плазмы крови, взятой натощак после 12-часового голодания (общий холестерин — ХС, триглицериды-ТГ, холестерин липопротеидов высокой плотности-ХС ЛВП, холестерин липопротеидов низкой плотности — ХС ЛНП, холестерин липопротеидов очень низкой плотности ХС ЛОНП). Содержание ХС и ТГ определяли ферментативным колориметрическим методом с помощью автоанализатора HITACHI. Уровень ХС ЛВП определяли тем же методом после осаждения из сыворотки ЛНП и ЛПОНП фосфорно-вольфрамовой кислотой.

Лечение акортой оказалось эффективным в отношении динамики ХС и ХС ЛНП. Следует отметить, что ХС ЛВП и ХС ЛОНП исходно не превышали нормальных значений. У больных 1-й группы при проведении терапии липтонормом ХС снизился с 6,8 ммоль/л до 4,1 ммоль/л, а ХС ЛНП уменьшился с 5,1 ммоль/л до 2,8 ммоль/л. В контрольной группе не было существенной динамики по данным показателям.

Таким образом, терапия акортой в дозе 10 мг в сутки оказалась достоверно более эффективной по сравнению с диетическими мероприятиями при нарушениях липидного обмена по изучаемым показателям у больных АГ.

114 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТРОМБОФИЛИИ И АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И., Жукушева Ш. Т., Капакова М. А.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: оценка значимости молекулярно-генетических факторов в патогенезе генетических тромбофилии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с аспиринорезистентностью (АСР).

Материал и методы. Обследовано 40 больных ИБС, у которых проводилось исследование — Single nucleotide polymorphism (SNP) (33 мужчин, 7 женщин), средний возраст составило $57,6 \pm 1,8$ лет, из них после реваскуляризации — 11 больных, наследственность по данной патологии выявлена

у 38 больных. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц, сопоставимые по полу и возрасту. Исследованы наиболее часто встречающиеся полиморфизмы генов казахской популяции: эндотелиальная синтетаза оксида азота (ген NOS3), интегрин альфа 2 тромбоцитов (ITGA2), мутация бета-3 интегрин (ITGB3), гликобелок Ib (GP1B/IIIA), мутация АДФ-рецептора тромбоцитов (P2RV12) у больных ИБС. Проведены исследования частоты генетических тромбофилии (Va Leiden, дефицит протеина C и S) у больных ИБС на фоне аспиринорезистентности.

Результаты: у 40 больных у 9 (22,5%) были выявлены генетические тромбофилии. У 4 (44,4%) больных выявлен полиморфизм одного гена: (P2RY126, NOS3, GP1BA). Комбинация полиморфизмов двух генов (GP1BA+C786T, NOS3) имело место у 1 (11,1%) больного, комбинация трех полиморфизмов (ITGB3, GP1BA, NOS3) обнаружена у 1 (11,1%) больного с генетическими тромбофилиями (дефект Va.Leiden).

Заключение. Наиболее широко среди пациентов ИБС с АСР распространены полиморфизмы генов GP1BA (Thr145 Met), NOS3 (C786T), P2RV12 (H1/H2). Полиморфизмы генов GP1BA, NOS3 ассоциированы с прогрессирующим течением ИБС, частотой возвратной ишемии после реваскуляризации миокарда, у больных с генетическими тромбофилиями.

115 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Каражанова Л. К., Чиньбаева Л. А., Капакова М. А.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: изучение иммуногенетической структуры по системе эритроцитарных антигенов у больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией.

Материал и методы. Всего обследовано 45 больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией. Возраст больных находился в пределах от 30 до 75 лет (средний возраст $61,8 \pm 11,6$ лет). Из них мужчины составили 21 (46,6%), женщины 24 (53,3%). По национальному признаку общая группа больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией была распределена следующим образом: 20 (44,4%) представителей казахской и 25 (55,5%) представителей русской национальностей.

Результаты. Анализ распределения частот встречаемости эритроцитарных антигенов, у больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией по национальному признаку, выявил различия в распределении эритроцитарных антигенов по системе Lewis. У 80% больных встречался Lewis a-фенотип, в отличие от доноров (20%) ($RR=16,00$; $p<0,001$). Lewis a+ фенотип, наоборот, имел место у 80% здоровых лиц и только 20% больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией ($RR= -16,00$; $p<0,001$). Lewis b+ встречался достоверно чаще среди больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией русской популяции — 61,36%, в то время как у доноров он имел место только у 20%, ($RR=6,35$; $p<0,05$). Lewis b- встречался достоверно реже у больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией русской популяции 38,64%, в сравнении со здоровыми донорами (80%), ($RR= -6,35$; $p<0,05$). M+ фенотип достоверно преобладал среди больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией, в то время как среди здоровых лиц преобладал M- фенотип. Фенотип Kell- встречался у всех больных (100%), ($RR=867,0$; $p<0,001$), в то время как у здоровых лиц, наоборот, Kell+ фенотип ($RR= -867,0$; $p<0,001$). Cu+ фенотип встречался достоверно чаще среди здоровых лиц ($RR= -189,00$; $p<0,05$), в то время как среди больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией казахской популяции преобладал Cu- фенотип ($RR=189,00$; $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, наличие общих маркеров больных инфарктом миокарда в сочетании цереброваскулярной патологией, присущих как для казахской, так и для русской популяции, это фенотипы M+, Kell-, Lewis a-. Для русской

популяции, в отличие казахской, дополнительным маркером сочетанной патологией является присутствие антигена Lewis b+, имеющую сильную степень ассоциативности к сочетанной патологией. Для больных казахской популяции наличие Су- фенотипа ассоциировано с развитием сочетанной патологией, что не встречался у больных русской популяции.

116 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПО ВЕЛИЧИНЕ β -АДРЕНОРЕЦЕПЦИИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ

Каражанова Л. К., Аймагамбетова А. О., Чиныбаева А. А.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Инфаркт миокарда в течение многих лет является одной из главных причин инвалидизации и смертности населения во всем мире. Учитывая, что серьезным фактором повреждения миокарда и развития фатальных его осложнений, является гиперактивация симпатoadреналовой системы. Научный и практический интерес представляет оценка прогностической роли этого показателя у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Цель: изучение состояния периферического адренорецепторного звена симпатической нервной системы у больных инфарктом миокарда.

Материал и методы. Всего обследовано 30 больных острым инфарктом миокарда, 24 мужчин и 6 женщин, средний возраст пациентов составил $53,7 \pm 8,3$ и 11 практически здоровых людей в том же возрастном аспекте составили контрольную группу. Адренорецепцию исследовали в первый день поступления в стационар экспресс методом определения адренореактивности (АРМ), с использованием стандартного диагностического набора реактивов "АГАТ Мед". Средний срок наблюдения за пациентами составил 12 недель. Все больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 18 больных, которые не имели осложнений, как в госпитальном периоде, так и после неё. Во 2-ю группу вошли 12 больных с разными осложнениями сердечно — сосудистой системы.

Результаты: средняя величина β -АРМ в 1-й группе составила $32,8 \pm 3,23$ усл.ед. ($P < 0,001$). Во 2 — ой группе среднее значение β -АРМ составила $26,3 \pm 2,34$ усл.ед. ($P < 0,001$) против $19,2 \pm 2,3$ усл.ед. в контрольной группе. И при относительно низкой β -АРМ у больных 2 группы отмечались следующие осложнения: смерть, отек легких, кардиогенный шок, ранняя постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости.

Заключение: полученные данные позволили сделать выводы, что исходные величины β -АРМ при инфаркте миокарда могут иметь прогностическое значение. У пациентов с инфарктом миокарда при низкой β -АРМ менее 29 усл.ед. высока вероятность неблагоприятного течения, при высоких показателях β -АРМ 29 усл.ед и более — благоприятное течение.

117 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Каражанова Л. К., Жукушева Ш. Т., Капакова М. А., Есимбекова Э. И.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: изучение частоту выявляемости аллельных вариантов — полиморфизмов генов при аспиринорезистентности у больных ИБС в казахской популяции.

Материал и методы. Всего обследовано 40 больных в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст составил $57,6 \pm 1,8$; 33

мужчин и 7 женщин), с ишемической болезнью сердца, из них после реваскуляризации — 11 больных, наследственность по данной патологии выявлена у 38 больных. Клинико-лабораторные исследования заключались в оценке полиморфизма генов (Leu 33Pro; Thr145Met; C786T; H1/H2; C807T), кодирующих белки системы сосудисто-тромбоцитарного гемостаз у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Материал исследования — ДНК, экстрагированная из цельной крови. В работе были использованы: выделение ДНК, определение ДНК, электрофорез в 1—1,5% агороном геле для качественного анализа ДНК, ПЦР, анализ отсекаемых участков. В работе были использованы диагностикумы НПФ ЛИТЕХ.

Результаты. В обследованной группе больных с гомозиготной мутацией частота встречаемости в генах ITGB3 (Leu33Pro) составило 12,5%, в генах CPIBA (Thr145 Met) — 17%, в генах NOS3 (C786T) — 25%, в генах H1/H2 (P2RV12) — 20%, в генах C807T (ITGA2) — 18%.

Расчет частоты выявления нескольких мутаций одновременно у одного пациента позволил выявить, что в 15% случаев отмечалось комбинация двух полиморфизмов, комбинация трех полиморфизмов выявлена у 3 (7,5%). Это были мутация в генах ITGB3 (Leu 33Pro), NOS3 (C786T), P2RV12 (H1/H2), ITGA2 (C807T). Среди обследованных имело место высокая частота встречаемости двух или трех комбинаций полиморфизмов.

Заключение. Наиболее широко среди пациентов ишемической болезнью сердца с аспиринорезистентностью распространены полиморфизмы генов GPIBA (Thr145 Met), NOS3 (C786T), P2RV12 (H1/H2).

118 ВЫРАЖЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н.
ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить взаимосвязь между традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и выраженностью атеросклеротических изменений в сонных артериях.

Материал и методы. Обследован 121 пациент (66 мужчин, 55 женщин) в возрасте $54,3 \pm 8$ лет (35—73 лет) без верифицированной ишемической болезни сердца с одним или более традиционными факторами сердечно-сосудистого риска. Выраженность субклинического атеросклероза в сонных артериях оценивалась при ультразвуковом исследовании по толщине комплекса интима-медиа (ТКИМ). Измерение ТКИМ выполнялось в продольной плоскости по задней стенке в трех точках дистального отдела общей сонной артерии билатерально с расчетом среднего значения. Для каждого обследованного был определен 10-летний сердечно-сосудистый риск (ССР) по шкале SCORE.

Результаты. Артериальная гипертензия отмечалась у 100 (83%) пациентов, гиперхолестеринемия у 86 (71%), курили 43 (36%) обследованных, количество пациентов с отягощенной наследственностью было 25 (21%). При этом 10 (8%) пациентов имели 1 ФР, 38 (31%) пациентов — 2 ФР, 48 (40%) пациентов — 3 ФР, 19 (16%) пациентов 4 ФР и 6 (5%) пациентов — 5 ФР. Расчетный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE составил $3,03 \pm 2,67\%$. Средняя величина ТКИМ составила $0,81 \pm 0,14$ мм. Была выявлена статистически значимая взаимосвязь ТКИМ с количеством факторов риска (ФР) и уровнем расчетного сердечного риска — при добавлении 1 ФР толщина комплекса интима-медиа увеличивается на 0,05 мм (95% ДИ: 0,02—0,07; $p=0,0006$). При увеличении ССР на 1% ТКИМ растет на 0,02 мм (95% ДИ: 0,01—0,03; $p=0,0002$).

Выводы. У бессимптомных пациентов количество традиционных факторов риска и расчетный сердечно-сосудистый риск влияют на выраженность атеросклеротических изменений в сонных артериях.

119 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Каулина Е. М.

Филиал ФГБОУ ВПО «Сочинский государственный университет», Нижний Новгород, Россия

Цель: показать эффективность систематических занятий физической культурой (ФК) у больных артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторных условиях на фоне адекватной антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы. В исследование были включены 38 человек (17 мужчин и 21 женщина). Средний возраст пациентов составил 49,7 лет. Пациенты были разделены на две группы. В основную группу (10 мужчин и 9 женщин) вошли пациенты, согласившиеся на систематические занятия ФК по предложенному плану. В группу сравнения (7 мужчин и 12 женщин) — пациенты, получавшие только АГТ.

В основной группе уровень систолического артериального давления (САД) (среднего по группе) на начало исследования составил 131,4 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) — 83,5 мм рт.ст. В группе сравнения (на начало исследования) уровень среднего по группе САД составил 132,1 мм рт.ст., ДАД — 83,1 мм рт.ст.

При занятиях ФК предпочтение отдавалось физическим упражнениям с включением крупных мышечных групп туловища и нижних конечностей, в изотоническом режиме в чередовании с релаксацией и дыхательными упражнениями, ходьба и бег. Режим ходьбы — длительная ходьба (начинали с дистанции 1,6 км за 17 мин, 1 месяц — 2,4 км за 22 мин, 2 месяц — 3,2 км за 29 мин, 3 месяц — 4 км за 35–36 мин с частотой занятий 5 раз в неделю. Режим бега — бег трусцой (начинали с 1,6 км за 8–9 мин, увеличивая дистанцию через 1 месяц до 2,4 км за 15–17 мин).

Результаты. У больных АГ основной группы на фоне систематических занятий ФК в течение 3 месяцев были получены следующие результаты. Через 1 месяц занятий произошло снижение САД в среднем по группе на 2,1 мм рт.ст., ДАД — на 2,4 мм рт.ст. Через 2 месяца занятий САД (в среднем по группе) уменьшилось еще на 2,9 мм рт.ст., ДАД — на 2,1 мм рт.ст. Через 3 месяца САД в среднем по группе уменьшилось еще на 1,3 мм рт.ст., ДАД — на 1,6 мм рт.ст. Таким образом, за период исследования произошло снижение средних по группе показателей САД на 6,3 мм рт.ст., ДАД — на 6,1 мм рт.ст.

У 6 человек из основной группы (2 мужчины и 4 женщины) через 3 месяца систематических занятий физическими упражнениями в сочетании с аэробными тренировками была снижена дозировка антигипертензивных препаратов.

По данным электрокардиографического исследования за период наблюдения как в основной группе, так и в группе сравнения динамики отмечено не было.

У больных группы сравнения, получающих только АГТ, значимых изменений показателей АД в ходе исследования выявлено не было.

Выводы. В ходе проведенного исследования была показана эффективность проведения систематических занятий ФК у амбулаторных больных АГ на фоне адекватной АГТ.

120 ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Каюмова М. М., Гафаров В. В.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень; 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 отношения к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний в мужской популяции Тюмени 25–64 лет.

В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты психомоника. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола 25–64 лет в количестве 1000 человек. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путем самозаполнения анкеты. Вопросы сопровождался перечнем фиксированных ответов.

Оптимистический настрой мужского населения г. Тюмени 25–6 лет к возможностям профилактики серьезных заболеваний, если принять предупредительные меры, оказался высоким. По отношению к предупреждению или лечению ССЗ 54,1% мужчин не сомневалось, что современная медицина может предупредить большинство болезней сердца, более 35% населения отмечало, что успех или неуспех предупреждения или лечения будет зависеть от того, какое это заболевание. В отношении возможностей современной медицины в предупреждении болезней сердца наиболее категорично выступила возрастная группа 55–64 лет — доля мужчин, уверенных, что можно предупредить все болезни сердца в этой группе достигла 17,8% и оказалась существенно выше, чем во всех прочих возрастных категориях. Наиболее реальное отношение к предупреждению болезней сердца выявлено в средних возрастных группах. Так, в возрастных категориях 35–44 и 45–54 лет сравнительно с возрастной группой 25–34 лет отмечались достоверные различия в долях следующего ответа на вопрос: «Верите ли Вы, что современная медицина может предупредить болезни сердца?» — «Это зависит от того, какая болезнь» (соответственно 41,2–30,5% и 40,7–30,5%, $p < 0,05$). В то же время, мнение о возможности успешного лечения большинства болезней сердца значимо преобладало в возрасте 25–34 лет, и напротив, ответ на вопрос в отношении успешного лечения «Зависит от того, какая болезнь» в этой группе относительно прочих возрастных групп было дано достоверно меньшим количеством респондентов.

Большая часть мужской популяции верит в возможности профилактики серьезных заболеваний. Больше половины мужчин не сомневаются, что современная медицина может предупредить большинство болезней сердца. В средних возрастных группах выявлено наиболее реалистичное отношение к предупреждению болезней сердца. Мнение о возможности успешного лечения большинства болезней сердца преобладает в молодом возрасте.

121 АКТИВНАЯ АСПИРАЦИЯ КОРОНАРНЫХ ТРОМБОВ

Кинаш В. И., Пеньковцев В. А., Урванцева И. А.

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

Клинический случай. Пациент М., 62 лет, поступил 23.01.2013 г. в 17.15. с жалобами на выраженные, жгучие боли за грудиной без иррадиации, в течение часа не купируемые приемом нитроглицерина под язык, боли появились около 15.30. Диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда переднеперегородочной, верхушечно-боковой стенки левого желудочка от 23.01.2013 г., Killip-I.

Данные экстренной коронарографии: флоттирующий тромб на уровне бифуркации ствола левой коронарной артерии, с окклюзией просвета последней на уровне TIMI-0.

Баллонная ангиопластика или прямое стентирование ствола и передней нисходящей артерии (ПНА) в данном случае сопряжено с риском дистальной эмболии и развития феноменов no-reflow, а также высоким риском миграции тромбозов в дистальные отделы огибающей ветви левой коронарной артерии. Кроме того, для подбора стента нужного размера в данной ситуации невозможно оценить протяженность остаточного стеноза и диаметр артерии за зоной окклю-

зии. Было принято решение провести активную аспирацию тромба из просвета ствола левой коронарной артерии при помощи системы Jet 9000MU-Ultra. После нескольких сессий активной тромбаспирации восстановлен антеградный кровоток в ПНА на уровне TIMI-III, с остаточным стенозом в устье проксимальной 1/3 ПНА. После успешной тромбаспирации выполнено бифуркационное “киссинг” стентирование ствола левой коронарной артерии. Кровоток в передней нисходящей артерии восстановлен полностью.

Клинический случай демонстрирует возможность полной, активной аспирации тромбов из просвета коронарной артерии с помощью системы Jet 9000MU-Ultra.

122 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Клестер Е. Б., Лычев В. Г., Бессонова А. С., Клестер К. В.
ГБОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет” МЗ России, Барнаул, Россия

Цель: оценить частоту встречаемости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХОБЛ.

Материал и методы. Проведены углубленные клинические наблюдения с анализом ЭхоКГ, теста с 6-минутной ходьбой, ФВД у 348 б-х ХОБЛ, из них в окончательный анализ вошли 97 больных, удовлетворяющих критериям включения: отсутствие клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, ИМ и МИ в анамнезе, СД, ХБП (СКФ <60 мл/мин/1,73м²). ХОБЛ диагностирована по критериям GOLD (2011), у всех — в фазе обострения. Среди б-х преобладали мужчины (73–75,3%), средний возраст — 45,6±9,4 лет. Легкой степени тяжести ХОБЛ было — 31 (32%), средней — 60 (61,8%), тяжелой — 6 (6,2%). ДН выявлена у 18 (18,6%) б-х.

Результаты. Среди классических ФР развития ССЗ наиболее часто встречалось курение — у 86 (88,7%) больных. При анализе гендерных различий установлено, что 60 (82,2%) мужчин курят в настоящее время, 12,3% никогда не курили, и 5,5% бросили курить, ИКЧ (количество выкуренных в день сигарет х на число месяцев в году, т. е. на 12) = 184. Анамнез курения (количество выкуренных в день сигарет х на стаж курения (годы) /20) = 22 пачек/лет. Среди женщин: 45,8% никогда не курили, 33,4% бросили курить и 20,8% курят в настоящее время. ИКЧ = 89. Анамнез курения = 8 пачек/лет. АГ диагностирована — у 55 (56,7%). Отягощенную наследственность по ССЗ отмечали 28 б-х. Возраст (мужчины старше 55 лет женщины старше 65 лет) как фактор риска определен лишь у 12,4% больных, что обусловлено критериями включения. Низкий социально-экономический статус (низкий уровень образования, низкий уровень дохода) выявлен у 39,2% больных. Дислипидемия (отношение ОХС/ХС ЛВП>5) выявлена у 47 (48,5%) пациентов. Дислипидемия носила комбинированный характер и проявлялась повышением уровней ОХС, ЛПНП и ТГ, что соответствует атерогенному II а типу по классификации Fredrickson (1965). Средний уровень ОХС составил 5,63±1,12 ммоль/л. Оптимальный уровень ОХС (<5 ммоль/л) определен у 32 (33%) больных, умеренно повышенный (5,0–5,9 ммоль/л) — у 43 (44,3%), высокий (>6 ммоль/л) — у 22 (22,7%) пациентов.

Низкий суммарный сердечно-сосудистый риск диагностирован у 22 (22,7%) больных, средний — у 26 (26,8%), высокий — у 34 (35,0%), очень высокий риск по SCORE — у 15 (15,5%) больных ХОБЛ, у последних были диагностированы ССЗ при проведении дополнительных методов обследования.

При проведении регрессионного анализа обнаружены умеренной силы корреляция между риском обострений ХОБЛ (mMRC или CAT, степени тяжести по данным спирометрии и истории обострений) и суммарным кардиоваскулярным риском по SCORE ($r=0,58$; $p=0,001$), а также между индексом коморбидности по М. Charlson и соавт. (1987) и риском по SCORE ($r=0,61$; $p=0,006$). Взаимосвязь между ИМТ и ОХС в проведенном исследовании имела J-образный характер. Это связано, по-видимому, с тем что наряду с ИМТ >25 кг/м² выявленным у 47% больных, у 14% обследованных ИМТ <18 кг/м², что ассоциируется с выраженностью системного воспаления.

Выводы. У 3/4 больных ХОБЛ определяется повышенный 10-летний риск всех фатальных осложнений атеросклероза, который обусловлен, по-видимому, общими факторами риска (курение) и неблагоприятным воздействием системных проявлений ХОБЛ на сердечно-сосудистую систему. Проведенное исследование диктует необходимость оценки риска по SCORE у пациентов с начальными проявлениями ХОБЛ с целью своевременной как немедикаментозной, так и медикаментозной коррекции выявленных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

123 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Кожокарь К. Г.¹, Урванцева И. А.², Горьков А. И.²
¹МИ ГОУ ВПО “СурГУ ХМАО-Югры”, Сургут; ²БУ ХМАО-Югры “ОКД “ЦД и ССХ”, Сургут, Россия

Цель: оценить частоту госпитализации пациентов с ОКС после эндоваскулярного лечения.

Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезней 62 пациентов, поступивших в 2010 году в БУ ХМАО-Югры “Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии” г. Сургута с диагнозом острый коронарный синдром и наблюдавшихся в этом центре до конца 2012 года, из них 52 (83,9%) мужчины и 10 (16,1%) — женщины. Возраст пациентов колебался от 43 до 74 лет, в среднем составив 56,4±8,4 лет.

Результаты. В 2010 году в БУ ХМАО-Югры “ОКД “ЦД и ССХ” по поводу ОКС госпитализировано 278 человек, 62 из которых в последующем нуждались в повторном стационарном лечении. При первичной госпитализации всем пациентам (в 100% случаев) была выполнена коронарография, после чего решался вопрос о методе эндоваскулярного вмешательства. Тромбаспирация была выполнена у 7 пациентов; реканализация тромбоза — у 12 пациентов (из них реканализация ПМЖВ у 50%, ПКА у 25%, ВТК и ОВ у 12,5% соответственно); ТБКА со стентированием у 42 пациентов (из них ПМЖВ в 47,6%, ОВ в 23,8%, ПКА в 23,8%, ВТК и ДВ в 4,8% случаев); прямое стентирование у 17 пациентов (ПМЖВ — 47,1%, ОВ — 29,4%, ПКА — 23,5%). Все пациенты после выписки находились под динамическим наблюдением. За период с 2010 по 2012 повторно по поводу инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии неоднократно были госпитализированы в стационар 75,8% пациентов, дважды — 22,6% и 4 раза — 1,6% пациентов. Повторные госпитализации в течение одного месяца после выписки имели место у 12,9% пациентов, от 1 до 6 месяцев — у 43,6%, от 6 месяцев до года у 25,8%, от 1 до 2 лет у 11,3%, позже 2 лет после выписки у 6,5% пациентов. При проведении повторных коронарографий получены следующие результаты: подострый или поздний тромбоз стента ПМЖВ развивался у 16,0% пациентов, ПКА у 3,2%, ОВ и ВТК у 1,6%; гемодинамически значимые стенозы ПМЖВ наблюдались 19,4% случаев, ПКА — в 3,2% случаев. Всего при повторных госпитализациях было выполнено 57 оперативных вмешательств, из них 14 реканализаций тромбозов (24,6%), ангиопластик — 12 (21,1%), 15 ТБКА со стентированием (26,3%), 10 прямых стентирований (17,5%).

Выводы. При повторной госпитализации гемодинамически значимые рестенозы и тромбозы стента чаще встречались в бассейне ПМЖВ (в 19,4% и 16,0% соответственно) и ПКА (3,2%). Повторные госпитализации по поводу стенокардии, инфаркта миокарда наблюдались чаще всего в период от 1 до 6 месяцев после выписки из стационара (в 43,6% случаев).

124 ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАТОРА КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Сизова Ж. М., Козлова Н. В., Захарова В. Л.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Согласно современным представлениям, важнейшим звеном в механизме развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) является дисфункция эндотелия. Она же рассматривается в качестве одной из основных целей патогенетического воздействия при проведении фармакотерапии больных ИБС.

Цель: оценить вазодилатирующую активность активатора калиевых каналов никорандила и его эффективность в коррекции дисфункции эндотелия у больных стабильной ИБС со стенокардией напряжения 2–3 функционального классов (ФК).

Материал и методы: обследовано 15 больных стабильной стенокардией напряжения (мужчин–9 женщин–6, средний возраст – 57,45,6 лет). Стенокардия напряжения II ФК выявлена у 8 больных (53,3%), III ФК – у 7 больных (46,7%). Никорандил (отечественный препарат “Коронель”, производства компании “ПИК-Фарма») назначали всем пациентам в суточной дозе 60 мг в течение 6 недель. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали посредством стандартной методики – доплерометрии плечевой артерии в условиях пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Для оценки динамики вазодилатирующей функции эндотелия исследование проводили до начала и через 6 недель лечения. На протяжении всего периода наблюдения пациенты получали стандартную базовую терапию ИБС, включавшую бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антиагреганты и гиполипидемические средства. Режим применения и дозы используемых базисных средств оставались неизменными в течение всего периода наблюдения. Применение длительно- и короткодействующих нитратов на протяжении всего исследования прекращалось. Для купирования приступа стенокардии при необходимости допускалось дополнительное применение никорандила сублингвально. Длительность лечения составила 12 недель.

Результаты. По данным пробы с реактивной гиперемией исходные показатели среднего диаметра плечевой артерии составили 0,55 см. Прирост диаметра плечевой артерии в фазу реактивной гиперемии составил менее 10% (7,1%) от ее исходного диаметра. В острой пробе с 500 мкг нитроглицерина сублингвально диаметр плечевой артерии увеличился на 11,4%. Через 6 недель лечения никорандилом средний диаметр плечевой артерии в покое достоверно возрос на 6,15%. В пробе с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии составил 10,7%. Одновременно наблюдалось снижение чувствительности эндотелия к экзогенному нитроглицерину, поскольку прирост диаметра плечевой артерии в острой пробе с нитроглицерином составил 7,1%.

Заключение: таким образом, длительная терапия больных стабильной ИБС со стенокардией II–III ФК активатором калиевых каналов никорандилом, обладающим прямым вазодилатирующим эффектом, способствует коррекции дисфункции эндотелия, которая проявляется увеличением реактивной гиперемии после окклюзии.

125 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Козлова О. С., Чичкова М. А.

ГБОУ ВПО “Астраханская государственная медицинская академия” Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель: определить варианты ремоделирования левого желудочка и оценить качество жизни у больных артериальной гипертензией на фоне ожирения.

Материал и методы. Клинические данные 100 пациентов с артериальной гипертензией II стадии, 1–2 степени. Средний возраст обследованных составил $46,47 \pm 0,83$ лет. В первую группу вошли 59 пациентов с артериальной гипертензией на фоне ожирения. Пациенты с артериальной гипертензией, имеющие избыточную массу составили вторую группу исследова-

ования 25 больных. Третья группа – это группа контроля, состояла из 16 больных артериальной гипертензией с нормальной массой.

В работе использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ЭКГ, СМАД, Эхо-КГ), биохимические. Качество жизни оценивалось с помощью общего опросника SF-36 и созданного нами опросника “Клинико-терапевтический аспект качества жизни”.

Результаты. В своем исследовании мы изменили в классификации A. Ganau и соавт. при расчете индекса массы миокарда левого желудочка отношение массы миокарда левого желудочка к площади поверхности тела на отношение массы миокарда левого желудочка к росту в степени 2,7 и провели сравнение полученных результатов. При использовании адаптированной классификации Ganau A. и соавт. у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением, частота встречаемости нормальной геометрии левого желудочка достоверно уменьшалась (2,38% против 11,90%, $p < 0,05$). Концентрическое ремоделирование левого желудочка по классификации Ganau A. и соавт. определялось достоверно чаще, по сравнению с нашим вариантом классификации (14,29% и 2,38%, соответственно ($p < 0,05$)). Концентрическая гипертрофия диагностировалась в большем проценте случаев при изменении расчета индекса массы миокарда левого желудочка (65,48% против 53,57%, $p < 0,05$).

Больные с артериальной гипертензией и ожирением имеют более низкий суммарный показатель опросника SF-36, по сравнению с пациентами имеющими нормальную массу тела ($369,88 \pm 16,08$ против $536,33 \pm 27,08$ ($p < 0,01$)). На качество жизни оказывает влияние уровень артериального давления, степень ожирения и выраженность гипертрофии левого желудочка. С помощью опросника “Клинико-терапевтический аспект качества жизни” можно, не только оценивать качество жизни, но определять эффективность лечения.

Выводы: 1. Для определения вариантов ремоделирования у больных с избыточной массой тела и ожирением мы считаем необходимым в классификации Ganau A. и соавт. индекс массы миокарда левого желудочка рассчитывать как отношение массы миокарда левого желудочка к росту в степени 2,7.

2. Сочетание двух опросников SF-36 и “Клинико-терапевтический аспект качества жизни” позволяет в полном объеме оценить физическое, психическое и социальное функционирование, а также определить эффективность терапии.

126 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Корженков Н. П., Осадчук М. А.

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

Цель: оценить влияние различных подходов психофизической реабилитации на качество жизни, клинико-инструментальные показатели и прогноз у пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) без признаков сердечной недостаточности (СН).

Материал и методы. Обследовано 312 больных с перенесенным ИМ (152 пациента с со стабильной стенокардией напряжения – ССН II ФК и 160 с – ССН III ФК). Для решения поставленных в работе задач методом случайной выборки внутри каждой из клинических групп проведено формирование контрольных (1 подгруппа) и основных (2 подгруппа) подгрупп, сопоставимых по основным клинико-инструментальным критериям, в зависимости от характера проводимого обучения (индивидуальное или групповое). В основных группах осуществляли индивидуальное обучение пациентов на основе модели эффективного врачебного консультирования. В контрольных группах реализована классическая групповая модель обучения. Период наблюдения – 1 год с момента

выписки из стационара, промежуточные контрольные визиты назначались через 2 и 6 месяцев от начала наблюдения. Основным методом исследования для всех групп больных был метод клинического анализа. Он включал значимый клинический результат — повышение качества жизни в основных группах и группах контроля до — и после вмешательства, повышение толерантности к физической нагрузке или уменьшение ФК стенокардии и сердечной недостаточности.

Результаты. При ССН II ФК у пациентов с перенесенным ИМ в основной подгруппе (80 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат — снижение ФК стенокардии, уменьшение числа приступов стенокардии, улучшение качества жизни (КЖ), отсутствие прогрессирования у 51 чел. (63,3%), неудовлетворительный результат (отсутствие положительной динамики КЖ и физического состояния) — 29 чел. (36,7%). При ССН в контрольной подгруппе (80 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие положительной клинической и психологической динамики) — 56 чел. (70%). Возможный удовлетворительный результат — 24 чел. (30%). При ССН III ФК в основной подгруппе (76 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат — улучшение клинко-психологической симптоматики, улучшение КЖ у 44 (57,9%) пациентов; неудовлетворительный результат (отсутствие эффективного влияния на клинко-психологическую симптоматику, увеличение ФК ХСН, снижение КЖ) у 32 (42,1%) пациентов. При ССН III ФК контрольной подгруппы (76 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие эффекта от проведения реабилитации и/или увеличение ФК стенокардии, снижение уровня КЖ) — 51 чел. (67,1%). Возможный удовлетворительный результат — 25 чел. (32,9%).

Заключение. По сравнению с использованием групповой методики обучения, индивидуальный подход в программе психофизической реабилитации позволяет избежать возможных неблагоприятных исходов у каждого третьего пациента с ССН II ФК и каждого четвертого пациента с ССН III ФК.

127 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Корженков Н. П., Осадчук М. А.

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

Цель: оценить влияние различных подходов психофизической реабилитации на качество жизни, клинко-инструментальные показатели и прогноз у пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) без признаков сердечной недостаточности (СН).

Материал и методы. Обследовано 312 больных с перенесенным ИМ (152 пациента с со стабильной стенокардией напряжения — ССН II ФК и 160 с — ССН III ФК). Для решения поставленных в работе задач методом случайной выборки внутри каждой из клинических групп проведено формирование контрольных (1 подгруппа) и основных (2 подгруппа) подгрупп, сопоставимых по основным клинко-инструментальным критериям, в зависимости от характера проводимого обучения (индивидуальное или групповое). В основных группах осуществляли индивидуальное обучение пациентов на основе модели эффективного врачебного консультирования. В контрольных группах реализована классическая групповая модель обучения. Период наблюдения — 1 год с момента выписки из стационара, промежуточные контрольные визиты назначались через 2 и 6 месяцев от начала наблюдения. Основным методом исследования для всех групп больных был метод клинического анализа. Он включал значимый клинический результат — повышение качества жизни в основных группах и группах контроля до — и после вмешательства, повышение толерантности к физической нагрузке или уменьшение ФК стенокардии и сердечной недостаточности.

Результаты. При ССН II ФК у пациентов с перенесенным ИМ в основной подгруппе (80 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат — снижение ФК стенокардии, уменьшение числа приступов стенокардии, улучшение качества жизни (КЖ), отсутствие прогрессирования у 51 чел. (63,3%), неудовлетворительный результат (отсутствие положительной динамики КЖ и физического состояния) — 29 чел. (36,7%). При ССН в контрольной подгруппе (80 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие положительной клинической и психологической динамики) — 56 чел. (70%). Возможный удовлетворительный результат — 24 чел. (30%). При ССН III ФК в основной подгруппе (76 чел.) ожидаемый удовлетворительный результат — улучшение клинко-психологической симптоматики, улучшение КЖ у 44 (57,9%) пациентов; неудовлетворительный результат (отсутствие эффективного влияния на клинко-психологическую симптоматику, увеличение ФК ХСН, снижение КЖ) у 32 (42,1%) пациентов. При ССН III ФК контрольной подгруппы (76 чел.) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие эффекта от проведения реабилитации и/или увеличение ФК стенокардии, снижение уровня КЖ) — 51 чел. (67,1%). Возможный удовлетворительный результат — 25 чел. (32,9%).

Заключение. По сравнению с использованием групповой методики обучения, индивидуальный подход в программе психофизической реабилитации позволяет избежать возможных неблагоприятных исходов у каждого третьего пациента с ССН II ФК и каждого четвертого пациента с ССН III ФК.

128 СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КАРЕЛИИ

Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю., Комарова Т. Ю., Мандельштам М. Ю., Константинов В. О. Васильев В. Б.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск; Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

Спектры мутаций гена рецептора липопротеидов низкой плотности (ЛНП) сильно отличаются между разными популяциями и этническими группами. За рубежом накоплена большая информация о мутациях рецептора ЛНП, однако в нашей стране такие исследования проведены в недостаточном объеме.

Цель: скрининг на наличие мутаций в гене рецептора ЛНП у жителей Карелии, имеющих клинические критерии семейной гиперхолестеринемии (СГХС).

Материал и методы. Обследовано 109 пациентов. Проводили анализ липидного спектра, глюкозы, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию. Диагноз СГХС устанавливали на основании следующих критериев: уровень общего холестерина (ОХС) более 8,5 ммоль/л (в исследование включали пациентов со IIА и IIВ типом гиперлипидемии (ГЛП) по Fredrickson), наличие сухожильных ксантом у обследованного или родственников первой степени родства, отсутствие заболеваний, приводящих к развитию вторичной ГЛП. Использовали систему оценки вероятности СГХС, разработанной The Dutch Lipid Clinic Network (Нидерланды). Геномную ДНК выделяли из 5 мл венозной крови по стандартной методике.

Результаты. Была исследована вся кодирующая область гена рецептора ЛНП и осуществлен поиск мажорных мутаций в генах APOB и PCSK9. В гене рецептора ЛНП было идентифицировано 13 мутаций, а именно: p.G20R, c.192del10/ins8, c.195–196 insT, p.S206R, c.925–931del7, p.S447C, p.1398I, p.L426P, L511S, c.1686del8/insT, p.L646I, p. N640N, c.2191delG. Все мутации были найдены в уникальных семьях и не встречались повторно, что говорит об отсутствии эффекта основателя в Карелии. Из числа 13 найденных мутаций 7 были охарактеризованы впервые в мире, а 6 были ранее известны из других популяций. Мажорных мутаций в генах APOB и PCSK9 не выявлено. Показано, что “финские” мутации в гене рецептора ЛНП не характерны для жителей Карелии (поиск проводился в связи с тем, что Финляндия граничит с Карелией). Мутация FH-Helsinki не была выявлена

ни в одной из изученных коллекций, а мутация FH-North Karelia (с.925–931del7) была выявлена лишь в одной семье из 109 обследованных. Мутация с.58G>A (р. G20R) в Карелии была найдена в компаунде с мутацией FH North Karelia (с. 925–931del7). Отец пациентки с двумя дефектными аллелями гена рецептора ЛНП имел лишь мутацию с. 925–931del7, но не G20R. При этом у пациентки с двумя мутациями в гене рецептора ЛНП к 21 году не было проявлений ишемической болезни сердца, а уровень общего холестерина (7.8 мМоль) и холестерина ЛНП (6.3 мМоль) скорее соответствовал профилю гетерозиготной, а не гомозиготной СГХС, что говорит о необходимости изучения функциональной значимости этой мутации для развития заболевания.

Выводы. Особенности СГХС в Карелии: отсутствует резко выраженный эффект основателя, выявлено своеобразие мутационного спектра в гене рецептора ЛПНП: частота выявления “финских” мутаций низка, при этом описаны 7 новых мутаций в этом гене, кроме того, отсутствует мутация R3500Q в гене АРОВ.

129 КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ШАХТЕРОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Коротенко О. Ю., Панев Н. И., Федосеева Н. В., Горячева О. В., Ердеева С. В.

ФГБУ “НИИ Комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний” СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Цель: оценить корреляционные взаимосвязи структурно-функциональных изменений миокарда и функции внешнего дыхания (ФВД) у шахтеров с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Нами обследовано 348 шахтеров с ХОБЛ (в соответствии с новым перечнем профессиональных заболеваний – приказ № 417н от 27.04.2012 г. ранее диагноз звучал как хронический профессиональный пылевой обструктивный бронхит) из которых у 90 шахтеров (26%) была выявлена ИБС в виде стенокардии напряжения II функционального класса. АГ 2 степени диагностирована у 142 шахтеров с ХОБЛ (41%). Больные были разделены на 4 группы в зависимости от наличия сопутствующих ИБС и АГ. Эхокардиография выполнялась на аппарате ALOKA SSD–5500 (Япония) по методике Американской ассоциации эхокардиографии с использованием секторального датчика 2,5 МГц. Исследование ФВД проводилось на спирографе “SPIROVIT” SP-1 фирмы “SCHILLER” (Швеция). Для выявления взаимосвязей мы использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. В группе шахтеров с ХОБЛ установлено влияние степени бронхиальной обструкции на диастолическую функцию правого желудочка (ПЖ) (слабая прямая связь объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ₁) и отношения трансригидальных потоков в раннюю и позднюю диастолу (Епж/Апж)). В группе шахтеров с ХОБЛ в сочетании с АГ выраженность обструктивных нарушений бронхиальной проходимости находится в слабой прямой связи с легочной гипертензией – между ОФВ₁ и средним давлением в легочной артерии (СрДЛА) прослежена слабая обратная зависимость. В группе шахтеров с ХОБЛ в сочетании с ИБС обнаружено что, степень обструктивных нарушений в большей степени оказывает влияние на ремоделирование правых отделов сердца в виде утолщения передней стенки ПЖ и его дилатации (выявлена средняя обратная взаимосвязь ОФВ₁ с толщиной передней стенки ПЖ и с индексом конечно-диастолического объема ПЖ). У шахтеров с сочетанием ХОБЛ, ИБС и АГ при утяжелении степени бронхиальной обструкции нарастает объем левого предсердия (ЛП), легочная гипертензия и ухудшается диастолическое наполнение правого желудочка (ОФВ₁ находится в средней обратной связи с индексом конечно-систолического объема ЛП, слабой обратной – со СрДЛА и средней прямой – с Епж/Апж).

Выводы. Установлено, что с увеличением бронхиальной обструкции увеличивается объем ЛП в группе шахтеров с ХОБЛ в сочетании с ИБС и АГ. Значимая связь установлена между ОФВ₁ и показателями, отражающими состояние правых отделов сердца: средняя обратная корреляционная взаимосвязь с индексом конечно-диастолического объема ПЖ и толщиной его стенок выявлена у шахтеров с ХОБЛ в сочетании с ИБС. Слабая обратная взаимосвязь СрДЛА от ОФВ₁ выявлена у шахтеров с ХОБЛ в сочетании с АГ и ХОБЛ в сочетании с ИБС. С уменьшением ОФВ₁ нарушается диастолическая функция ПЖ у шахтеров с ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС и АГ.

130 ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭСТРАДИОЛА

Корягина Н. А., Василец Л. М., Петрищева А. В., Туев А. В.
ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: оценить взаимосвязи между изменениями в содержании эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и процессом структурной перестройки сердечно-сосудистой системы у женщин среднего возраста.

Материал и методы: обследовано 64 женщины (жен.) в позднем репродуктивном периоде, в возрасте 36–45 лет, с артериальной гипертензией (АГ) I степени, не принимающие гипотензивную терапию. Всем определялся уровень эстрадиола и ФСГ. В I группу (гр.) вошли 34 жен. с АГ, средний возраст 39,11±4,3 лет, имеющих физиологический менструальный цикл и эстрогенный дефицит (снижение уровня эстрадиола и повышение ФСГ). Во 2 гр. вошли 30 жен. с АГ I степени, возраст – 39,14±2,23 лет, имеющие физиологический менструальный цикл и нормальный уровень эстрадиола и ФСГ. Группа сравнения 20 здоровых жен. с приема врача-гинеколога Клиники, возраст – 38,45±4,12 года с нормальным уровнем эстрадиола и ФСГ, не имеющих АГ. Дуплексное сканирование общей сонной артерии (ОСА) на ультразвуковом диагностическом аппарате General Electric “LOGIQ P5 Expert” (США, 2010 г.), а также при эхокардиографии прицельно изучалось диастолическое наполнение левого желудочка (ЛЖ). Статистическая и обработка результатов проводилась с помощью Statistica 6.2.

Результаты: при анализе диаметра ОСА в группах в сравнении со здоровыми наблюдалось расширение среднего диаметра, в большей степени у пациенток с АГ и снижением эстрадиола. Скорость кровотока в ОСА 1 и 2 группы ниже в сравнении с контролем, преимущественно при гипоестрогении. Эластические свойства сонной артерии снижались: с 41,3±10,8 х Ю-3/кПа у жен. с АГ и нормальным уровнем эстрадиола до 36,4±10,8 х Ю-3/кПа p=0,034 у пациенток с АГ с гипоестрогенией. Индекс жесткости выше в сравнение с контролем как у пациенток АГ с эстрогенодефицитом, так и без него. Нарушение фазы активной релаксации при АГ независимо от уровня эстрадиола и ФСГ. Снижение скорости ранне-диастолического наполнения Е – от 0,82±0,11 в контрольной группе до 0,68±0,09 у пациенток с АГ и нормальным уровнем эстрадиола и до 0,66±0,81 у 1 гр., а также интеграла пиковой скорости раннего наполнения ЛЖ, значения которого достоверно снижались по сравнению с контролем как у пациенток 2 гр., так и 1 гр. Интеграл скорости ранне-диастолического наполнения Е/общий интеграл трансмитрального потока – от 0,64±0,06 в группе пациентов без АГ до 0,55±0,09 при АГ с нормальным балансом гормонов и до 0,53±0,04 в группе со снижением эстрадиола.

Выводы: 1. при АГ имеется расширение просвета ОСА, снижение скорости кровотока, выраженного на фоне эстрогенодефицита, что свидетельствует о значимых изменениях сосудистой стенки в сравнении с пациентами АГ, имеющими нормальный уровень эстрадиола. 2. У женщин без нарушения гормонального фона диастолическая дисфункция с наруше-

нием фазы расслабления и увеличением жесткости миокарда ЛЖ выражена в меньшей степени.

131 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: провести анализ метаболических проявлений ИБС у работающих женщин (жен.) в пери- и постменопаузе в Пермском крае.

Материал и методы: 1 группа (гр.) — 90 жен. со стабильной стенокардией напряжения в возрасте от 43 до 60 лет в состоянии менопаузального перехода и постменопаузы, контрольная группа — 50 жен. в менопаузе без кардиальной патологии. Все осмотрены гинекологом, тяжесть климактерического синдрома (КС) определена по индексу М. Купрегманн. Тревожно-депрессивный синдром оценивался с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Исследованы уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Е 2), тестостерона (Т), дегидроэпиандростерон сульфата (ДГЭА-С), определяли уровень общего холестерина (О-ХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Для оценки степени избыточной массы тела или ожирения вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: $ИМТ = \text{масса тела} / \text{рост}^2$ (кг/м²).

Результаты: у женщин в 1 гр. высокая распространенность метаболических факторов риска ИБС — избыточной массы тела (65%), абдоминального ожирения (32,0%), а у респонденток до 50 лет — курения (38,8%). У женщин гр. ИБС по сравнению с контролем: 5 раз снижен уровень эстрадиола, 2,2 раза повышен ФСГ, имеется относительная гиперандрогения за счет повышения уровня Т, ДГЭА-С. Распространенность КС была достоверно выше в гр. больных ИБС (54,0%), по сравнению с контрольной гр. (38%). Тревога и депрессия регистрировались у 66% и 44% в 1 гр., 12% и 32% в контроле. В 1 гр. имеется увеличение числа атерогенных дислипидемий (средние значения О-ХС — $6,87 \pm 0,22$ ммоль/л). При этом уровень ТГ превышал в 1,17 раза по сравнению с контролем. В 1 гр. выявлена зависимость между ИМТ и уровнем ТГ у оперированных женщин ($r=0,82$; $p<0,05$). ИМТ имеет положительную взаимосвязь с содержанием ХС-ЛПНП ($r=0,61$; $p<0,05$) и обратную с ХС-ЛПВП ($r=-0,62$; $p<0,05$).

Выводы: эндокринно-метаболические нарушения наиболее выражены среди женщин после 45 лет с коронарной болезнью сердца, когда выключение функции яичников совпадает с физиологическими возрастными изменениями. Разнообразие метаболических нарушений, их раннее выраженное проявление обуславливают необходимость комплексного подхода к их коррекции в амбулаторно-поликлинической сети.

132 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Кравченко А. Я., Семенов Е. А., Дмитриенко С. В.

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

Цель: оценить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и его изменения под влиянием терапии ундеканатом тестостерона

Материал и методы. Обследовано 132 мужчины в возрасте 40–60 лет с ХСН, развившейся при ИБС и гипертонической болезни. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН (2009). Уровень тестостерона определяли иммуноферментным методом

с помощью биохимического анализатора ПИКОН (Россия). Состояние андрогенодефицита диагностировали в соответствии с Рекомендациями международных обществ ISA, ISSAM и EAU (2006). Исследование качества жизни (КЖ) проводили с помощью Миннесотского опросника (Rector T., Cohn J., 1992) при включении в исследование и через 3 мес после начала терапии. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы STATISTICA ver. 6,0.

Результаты. 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, в которой в дополнение к стандартной терапии ХСН больные получали ундеканат тестостерона (Андриол) в суточной дозе 80 мг, и группу сравнения (только общепринятая терапия ХСН). У больных без андрогенодефицита средний показатель КЖ составил $52 \pm 4,6$ балла. Собственные оценки пациентами своего физического состояния, в т. ч. и возможности переносить нагрузки, были снижены незначительно, а 3 пациента даже считали себя практически здоровыми в физическом плане. Также мужчины без андрогенодефицита расценивали свое 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 КЖ был значимо выше — $70 \pm 7,3$ ($p<0,001$), 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 терапии с использованием тестостерона балльная оценка КЖ уменьшилась с $70 \pm 7,3$ до $48 \pm 3,5$ 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 отмечено статистически значимых изменений в оценке своего заболевания, физической активности и эмоционального состояния.

Выводы. Наличие дефицита тестостерона значительно ухудшает качество жизни мужчин, страдающих ХСН. Коррекция приобретенного андрогенодефицита с помощью ундеканата тестостерона оказывает дополнительное положительное влияние на качество жизни таких пациентов.

133 ФАКТОРЫ АНТИРИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кратнов А. А., Силкина Е. Е., Кратнов А. Е.

ГБОУ ВПО Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель: изучение факторов антириска сердечно-сосудистых заболеваний (достаточное потребление овощей и фруктов, регулярный прием малых доз алкоголя, регулярная физическая активность) у мужчин с метаболическим синдромом в зависимости от риска развития сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. В исследование было включено 103 пациента мужского пола без ишемической болезни сердца в возрасте от 29 до 64 лет (средний возраст $47,1 \pm 8,1$), госпитализированных в кардиологическое отделение для профессионального осмотра. Для исключения ишемической болезни сердца всем пациентам выполнялись электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование электрокардиографии, эхокардиография. С целью диагностики метаболического синдрома использовались критерии экспертов Международной федерации диабета при участии Американского национального института сердца, легких и крови, Американской ассоциации сердца, Мировой федерации сердца, Международного общества по атеросклерозу, Международного общества по изучению ожирения (2009 г.). С целью

изучения риска развития сахарного диабета 2 типа был использован тест-опросник (FINDRISK), рекомендованный Европейским обществом кардиологов и диабетологов.

Результаты. Метаболический синдром был выявлен у 84 (81,6%) обследованных пациентов. У 6 (7,1%) мужчин с метаболическим синдромом наблюдалось нарушение толерантности к углеводам, у 10 (11,9%) человек впервые выявлен сахарный диабет 2 типа. Высокий и очень высокий риск развития диабета выявлялся только у пациентов с метаболическим синдромом (33,8% и 8,1%). Мужчины с метаболическим синдромом без диабета, по сравнению с пациентами без метаболического синдрома, реже употребляли сырые овощи или фрукты каждый день (31% < 36,8%), рыбу (56,7% < 76,3%), а также сырые овощи или фрукты и рыбу более 1 раза в неделю (13,5% < 26,3%). Наименьшее количество пациентов, употребляющих сырые овощи или фруктов каждый день, а также овощи или фрукты и рыбу чаще 1 раза в неделю, наблюдалось среди пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (10%). При этом мужчины с впервые выявленным диабетом, по сравнению с пациентами с метаболическим синдромом без диабета или пациентами без метаболического синдрома, чаще употребляли алкоголь несколько раз в неделю (40% > 33,3% > 27,7%). При изучении факторов в зависимости от риска развития сахарного диабета выявлено, что ни один мужчина с очень высоким риском развития сахарного диабета 2 типа в течение 10 лет (1 из 2 или 50%) не занимался спортом или активным досугом, а также не употреблял сырые овощи или фрукты каждый день. Различий по употреблению алкоголя с другими группами риска развития диабета у мужчин с метаболическим синдромом не было.

Выводы. Недостаточное потребление сырых овощей или фруктов каждый день и низкая физическая активность увеличивают риск развития сахарного диабета 2 типа у мужчин с метаболическим синдромом.

134 К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ДЕЛИРИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кренева Е. Л.

РСПЦ, ГБУ РО РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Интерес к проблеме делирия возрос с начала 2000-х годов. Это не является случайным, поскольку делирий развивается у 20–40% не реанимационных пациентов и у 60–80% реанимационных больных (Dubois MJ, Bergeron N, 2001). Делирий является независимым предиктором более длительного пребывания в реанимации, более высокой стоимости лечения (Ouimet S, Kavanagh BP, 2007). При делирии риск смерти в течение последующих 6 месяцев возрастает в три раза. Целью нашей работы было изучить распространенность делирия у пациентов кардиологического профиля, оценить эффективность применяемых методов лечения в зависимости от клинических проявлений делирия.

Материал и методы. Нами были изучены истории болезни 148 пациентов в возрасте от 35 до 76 лет, средний возраст 57 лет, с диагнозом ОИМ (острый инфаркт миокарда), находившихся на лечении в реанимационном отделении регионального сосудистого центра в 2011–2012 г. г. Всем пациентам проводилось лечение, направленное на реваскуляризацию пораженного миокарда в объеме: тромболитической терапии (100% исследуемых), чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики (86%), стентирования инфаркт-зависимых коронарных артерий (69%). Всем пациентам в первые сутки госпитализации, а также при появлении клинической симптоматики делирия проводилась оценка психического статуса по шкале RASS (Ричмондская шкала оценки ажитации и седации), ICDS (Intensive Care Delirium Screening Checklist). Критериями включения были выбраны показатели RASS +4/-3 и ICDS “4”, а также отсутствие деменции в анамнезе. Таким образом, была сформирована группа из 30 пациентов, у которых был диагностирован делирий в стационаре. Пациенты были разделены на 2 подгруппы по видам делирия. 1 подгруппа — 14 человек имела показатели по RASS +3,4 и ICDS “4” и был диагностирован гиперактивный делирий, 2

подгруппа — 16 человек имела показатели по RASS –1+1,2 и ICDS “4”, был выявлен смешанный делирий. Обе подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести течения основного заболевания. Пациентам 1 подгруппы проведено лечение галоперидолом в/в 10 мг в первые сутки, по 5 мг в/в в последующие дни до купирования симптомов делирия RASS 0 и ICDS 0–2 с последующим переходом на терапию (продолженную в профильном отделении) витаминами гр.В: пиридоксин 2,0 в/м № 10, цианокобаламин 2,0 в/м № 10. Пациентам 2 подгруппы проведено лечение фенибутом per os 750 мг до купирования симптомов делирия RASS 0 и ICDS 0–2 с последующим переходом на терапию (продолженную в профильном отделении) витаминами гр.В: пиридоксин 2,0 в/м № 10, цианокобаламин 2,0 в/м № 10.

Результаты. У 20% пациентов с ОИМ был поставлен диагноз делирий в реанимационном отделении, что сопоставимо с литературными данными. Немедленное начало терапии у пациентов 1 подгруппы привело к стабилизации показателей психического статуса на 3 сутки. Во 2 подгруппе у 12 человек положительная динамика наблюдалась на 6 сутки, а у 4 человек (25%) нарастало психоэмоциональное возбуждение и потребовало перевода на в/в введение галоперидола 10 мг в первые сутки, по 5 мг в/в в последующие дни до купирования симптомов делирия RASS 0 и ICDS 0–2. Ретроспективный анализ данных случаев показал, что нарастание симптоматики могло быть связано, как с осложнением основного заболевания (выявлен ретромбоз стента у 3 пациентов, ТЭЛА мелких ветвей у 1 пациента), так и с более поздним на 4 сутки диагностированием делирия, и началом соответствующей терапии.

Выводы. Нами была выявлена необходимость рутинного применения оценки психического статуса пациентов с помощью оценочных шкал во время наблюдения в реанимационном отделении. Гиперактивный делирий ассоциируется с более выраженной клинической симптоматикой, раньше диагностируется реаниматологами и пациенты данной подгруппы вовремя получают адекватную терапию, что улучшает прогноз и снижает количество осложнений. Смешанный делирий выявляется в более поздние сроки и в некоторых случаях на фоне проводимого лечения отмечалась отрицательная динамика показателей, что требовало пересмотра методов терапии.

135 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Крюков Н. Н., Милевская И. В., Курнита А. Ю.

ГБОУ ВПО “СамГМУ” Минздрава РФ, Самара, Россия

Цель: изучить влияние избыточной массы тела на суточный профиль артериального давления (АД) у лиц с высоким риском сердечно — сосудистых осложнений (ССО).

Материал и методы. Обследованы 70 человек, находившихся на лечении в ДКБ на ст. Самара в отделении ЦАГИС с января по ноябрь 2012 г, в возрасте от 19 до 45 лет, которые имели высокий риск ССО. В зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) пациенты были разделены на 2 группы. Исследуемую группу, с ИМТ ≥ 25, составили 48 человек, а контрольную — с ИМТ < 25—22 обследуемых. Всем пациентам проводились исследования: ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ЭхоКГ, определялись биохимические показатели, характеризующие липидный обмен.

Результаты. По данным лабораторных исследований, у 42% в исследуемой группе и у 14% в контрольной группе отмечено повышенное содержания холестерина. Повышение уровня триглицеридов и ЛПНП отмечается у 19% и 2%, и у 82% и 9% соответственно. По данным ЭхоКГ у 47% и у 9% соответственно, регистрируется увеличение индексированной массы миокарда; отмечаются признаки утолщения стенки левого желудочка у 49% и 8% соответственно. По данным СМАД, у 52% в исследуемой группе и у 38% в контрольной группе регистрируется повышение уровня САД. Суточная

вариабельность АД существенно не отличалась. По показателю снижения АД в ночные часы обследованные лица обеих групп разделились на дипперов (60% и 81%), нон-дипперов (35% и 17%) и овер-дипперов (2% и 7%). Увеличение скорости предутреннего подъема АД (52,9% и 32,3%) и величины утреннего подъема АД (11,2% и 6,3%) чаще отмечалось у лиц исследуемой группы.

Выводы. Таким образом, молодые люди с ИМТ >25, с повышенным уровнем холестерина, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП нуждаются в обследовании с целью ранней диагностики и своевременного лечения артериальной гипертензии.

136 МЕЖДУНАРОДНАЯ АНТИКУРИТЕЛЬНАЯ КАМПАНИЯ “БРОСЬ КУРИТЬ И ПОБЕДИ” В НОВОСИБИРСКЕ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Куделькина Н. А., Алексеева Н. В., Трошин С. В.

ФГБУ “Научно-исследовательский институт терапии” СО РАМН, Новосибирск, Россия

Формирование здорового образа жизни населения — одна из актуальных проблем профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: изучить некоторые социальные аспекты международной антикурительной программы “Брось курить и победи” в Новосибирске 1996–2002 гг.

Материал и методы. Анти табачная 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 (1996 г. — 20%, 2002 г. — 6%), экономические причины (1996 г. — 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 анти табачные кампании, охватывающие все слои населения города с их позитивной ориентацией оказались эффективнее индивидуальной работы с респондентами: в течение месяца не курили 80% участни-

ков, через 1 год некурящими остаются 40% респондентов. Основными причинами неудачных попыток бросить курить являются стресс, курение окружающих и уровень образования.

137 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА — НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)

Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.

ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО “РЖД”, Новосибирск, Россия

Цель: изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в организованной популяции железнодорожников Западной Сибири и ассоциацию АГ с ГЛЖ.

Материал и методы. Одномоментное выборочное клинико-эпидемиологическое исследование 7676 железнодорожников Западной Сибири (на примере Западно-Сибирской железной дороги ОАО “РЖД”) в возрасте 20–65 лет. Мужчины составили 49% (3762 чел.), женщины — 51% (3914 чел.). Отклик 84,8%. Средний возраст исследуемых — 41,5 лет. Показатели стандартизованы по возрасту. Проводили антропометрию, стандартное трехкратное измерение АД с оценкой по критериям ВОЗ, МОАГ (1999), ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях (Миннесотский код), эхокардиографию (ЭхоКГ); исследование липидного спектра, сахара крови, креатинина крови, глазное дно. К АГ относили уровни САД ≥ 140 и ДАД ≥ 90 мм рт.ст. ЭхоКГ-критерии ГЛЖ: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) (т. е. отношение массы миокарда к площади поверхности тела) у мужчин >134 г/м²; у женщин >110 г/м². ММЛЖ = $1,04 [(ТМЖП^3 + ТЗСЛЖ^3 + КДР^3) - КДР^3]^{1/3} - 13,6$, где ММЛЖ — масса миокарда левого желудочка (г), ТМЖП — толщина межжелудочковой перегородки (см), ТЗСЛЖ — толщина задней стенки левого желудочка (см), КДР — конечный диастолический размер (см).

Результаты. Распространенность АГ ($\geq 140/90$ мм рт.ст.) среди железнодорожников Западной Сибири диагностирована в 47,5% случаев (у мужчин — 50,8%, у женщин — 44,3%, $p < 0,01$). В более половины случаев (59,2%) АГ выявлена впервые. Среди исследуемых железнодорожников 20–65 лет “чисто” ГЛЖ (без АГ) выявлена в 16,0% случаев: в 19,7% у мужчин и в 12,3% у женщин ($p < 0,01$). Наряду с этим установлена положительная высокая ($r = +0,68$) ассоциация ГЛЖ с АГ (26,3%), при этом отмечена большая распространенность ГЛЖ среди мужчин с АГ (29,3%), чем среди женщин с АГ — 22% ($p < 0,01$). Частота выявляемой ГЛЖ без АГ среди мужчин в 2,3 раза превышала показатель частоты ГЛЖ у женщин в возрасте 30–39 лет ($p < 0,01$), в 1,4 раза в 40–49 лет ($p < 0,05$), в 1,6 раза в 50–59 лет ($p < 0,01$) и в 1,4 раза в 60 и более лет ($p < 0,05$). Отмечено достоверное превалирование ассоциированной с АГ ГЛЖ во всех возрастных группах у мужчин, хотя в возрасте 20–29 лет более высокий уровень ГЛЖ (18,4%) наблюдался у женщин, который в 2 с лишним раза превышал этот показатель у мужчин (8,1%), $p < 0,05$.

Выводы. Установлена высокая распространенность АГ среди железнодорожников Западной Сибири в возрасте 20–65 лет. Стандартным ЭхоКГ-методом выявлен достаточно высокий уровень распространенности “изолированной” ГЛЖ среди железнодорожников 20–65 лет (16% в общей популяции и в 19,7% у мужчин), которая является прогностически неблагоприятным фактором риска внезапной смерти и возникновения острой кардиоваскулярной патологии. По результатам исследования ГЛЖ выступает как независимый фактор риска АГ среди железнодорожников, работающих в условиях высокого профессионального риска.

138 ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ МАГНИЯ КРОВИ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Куликова И. В., Перминов А. А., Чепурная Н. И.

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель: оценить влияние коррекции дефицита магния с помощью терапии МагнеВ6 («Санофи Винтроп Индустрия», Франция) на липидный спектр пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Работа выполнена в дизайне открытого рандомизированного клинического исследования. После подписания информированного согласия в исследование было включено 20 пациентов (средний возраст $56,4 \pm 6,3$) с верифицированным СД 2 типа (ВОЗ, 1999–2006) с ИМТ > 25 кг/м², длительностью не менее 3 месяцев, без осложнений или с начальной стадией осложнений, имеющие уровень гликозилированного гемоглобина $< 7,5\%$ и установленный дефицит магния (в плазме $< 0,7$ ммоль/л, в эритроцитах $< 1,65$ ммоль/л). Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 10 человек: пациенты 1 группы получали МагнеВ6 по 2 таблетки 3 раза в день совместно с сахароснижающей терапией препаратом Сиофор («Берлин – Хеми», Германия) 850 мг 2 раза в день. Пациенты, попавшие в группу контроля (группа № 2) получали только сахароснижающую терапию в соответствующей дозировке. Определение уровня липидов крови осуществляли исходно и после 4-х недельного курса терапии. Статистический анализ производился с помощью программ «STATISTICA 6.0» и Microsoft Excel 7.0. Статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты. Исходно все группы были сопоставимы по полу, возрасту, состоянию углеводного, липидного обмена, уровню магния в крови. В ходе проведенного исследования было выявлено, что у пациентов обеих групп через месяц терапии отмечалось улучшение показателей липидного профиля. Однако наиболее значимых результатов достигли пациенты 1 группы, дополнительно получающие МагнеВ6. Так произошло достоверное снижение уровня ОХ на 13% ($p = 0,012$), ЛПНП на 19,4% ($p = 0,013$), ТГ на 8,8% ($p = 0,018$), повысился уровень ЛПВП на 5,9% ($p = 0,04$) по сравнению с пациентами 2 группы, у которых так же произошло уменьшение уровня ОХ на 11,4% ($p = 0,015$), ЛПНП на 16,4% ($p = 0,026$), ТГ на 7,4% ($p = 0,046$), а уровень ЛПВП увеличился на 2,3% ($p = 0,47$).

Выводы. Коррекция гипомagneзмии препаратом МагнеВ6 приводит к улучшению основных показателей липидного обмена у пациентов с СД2 на стандартной сахароснижающей терапии.

139 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кучеренко О. Д.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить влияние карведилола на течение желудочковой экстрасистолии у больных метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследовано 24 больных метаболическим синдромом с сопутствующей желудочковой экстрасистолией I–II градации по Lawn. Все обследованные были мужчинами в возрасте 48–59 лет. Карведилол назначали в дозе 25 мг два раза в сутки. В динамике 12-ти недельного лечения препаратом регистрировали ЭКГ, проводили ее суточное мониторирование на аппарате «Кардиотехника-4000». В плазме крови определяли уровень глюкозы крови, липидный профиль, эндотелин-1, ангиотензин-II и цГМФ с использованием коммерческих тест-систем.

Результаты. Лечение карведилолом сопровождалось значимым антиаритмическим эффектом, о чем свидетельствовало снижение числа желудочковых экстрасистол с 856 ± 9 до 324 ± 11 ($p < 0,05$) в течение суток. Уровень ангиотензин-II уменьшился с $23,4 \pm 1,3$ пг/мл до $17,1 \pm 1,2$ пг/мл ($p < 0,05$); показатели гликемии существенно не изменились ($7,29 \pm 0,12$ ммоль/л — до лечения, $7,21 \pm 0,19$ ммоль/л — после лечения, $p > 0,05$); уровень эндотелина-1 уменьшился с $8,22 \pm 0,21$ нг/мл до $6,81 \pm 0,22$ нг/мл после лечения; уровень цГМФ возрос с $6,28 \pm 0,31$ нмоль/л до $8,94 \pm 0,29$ нмоль/л; препарат не оказывал существенного влияния на показатели липидного обмена.

Выводы. Лечение карведилолом сопровождается снижением числа желудочковых экстрасистол, снижением активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон. Препарат не оказывал значимого влияния на показатели углеводного и липидного обмена, способствовал снижению эндотелина-1 и увеличению уровня цГМФ.

140 ТЕИ ИНДЕКС ПОЗВОЛЯЕТ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Ларина В. Н.¹, Барт Б. Я.¹, Дергунова Е. Н.², Алёхин М. Н.³

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗРФ», Москва; ²ГБУЗ г. Москвы «ДКЦ № 1 ДЗ, г. Москвы», Москва; ³ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: оценка прогностического значения Теи индекса в сравнении с другими клинико-инструментальными показателями у пожилых больных с ХСН на догоспитальном этапе.

Материал и методы. В исследование были включены 97 больных в возрасте от 60 до 85 лет с симптомами ХСН II–IV ФК по НУНА. Причиной ХСН у 77 (79,4%) больного явилась ИБС и у 20 (20,6%) — артериальная гипертензия. Всем больным в процессе наблюдения проводился общеклинический осмотр, тест с 6-ти минутной ходьбой (6МТ), эхокардиография с определением Теи индекса (отношение периода от окончания трансмитрального кровотока (ТМК) до начала следующего ТМК к времени изгнания левого желудочка). Больные получали терапию в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН. Медиана наблюдения составила 2 года (срок наблюдения от 2 месяцев до 7 лет).

Результаты. ХСН с сохранённой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) была у 56 (57,7%) больных, у 41 (42,3%) — со сниженной ФВ ЛЖ ($\leq 45\%$), из которых выраженная систолическая дисфункция ЛЖ ($\text{ФВ} \leq 35\%$) была выявлена у 29 (70,7%) больных. Выживаемость больных ХСН с сохранённой ФВЛЖ оказалась значительно выше: 87,3% по сравнению с 34,5% у пациентов ХСН со сниженной ФВЛЖ ($p < 0,001$). В группе больных с сохранённой ФВ ЛЖ выживаемость больных со значениями Теи индекса менее 0,6 была выше по сравнению с больными со значениями Теи индекса 0,6 и более ($p < 0,05$). Теи индекс 0,6 и более (ОШ 6,89, 95% ДИ 1,57–30,26) наряду с III–IV ФК ХСН по НУНА (ОШ 4,05, 95% ДИ 1,46–11,20), 6МТ < 300 метров (ОШ 5,69, 95% ДИ 1,57–20,59), конечным диастолическим размером ЛЖ (ОШ 2,78, 95% ДИ 1,63–4,72), конечным систолическим размером ЛЖ (ОШ 3,21, 95% ДИ 1,85–5,59), размером левого предсердия (ОШ 4,45, 95% ДИ 1,44–13,70), ФВ ЛЖ $< 50\%$ (ОШ 4,37, 95% ДИ 1,72–11,08) независимо ассоциировал с острым инфарктом миокарда и летальным исходом у пожилых больных с ХСН.

Заключение. При сохранённой ФВ ЛЖ ($\text{ФВ} > 45\%$) Теи индекс обладает дополнительным прогностическим значением для оценки исхода заболевания у пожилых больных ХСН

141 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ

Лебедев П. А., Даушева А. Х.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель: Оценить влияние дисфункции сосудистого эндотелия на развитие сердечно-сосудистого ремоделирования у больных бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы: обследовано 101 пациент БА среднего и тяжелого течения (46 женщин и 55 мужчин) в возрасте от 16 до 84 лет ($51,26 \pm 1,22$), длительностью заболевания — $10,82 \pm 0,76$ лет. Выделено 2 группы: 33 человек БА средней тяжести и 68 пациентов тяжелой БА. Контрольную группу составило 60 практически здоровых человек, сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела. Для оценки функции эндотелия всем больным проводилась проба с ишемией верхней конечности методом компьютерной фотоплетизмографии (ФПГ). Оценивался показатель функции эндотелия (ПФЭ) на 3 минуте ишемической пробы по оригинальной методике (Лебедев П. А. и соавт.). Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) проводилось на аппарате Vivid 7 Pro (General Electrics, США) по стандартному протоколу ACC/AHA/ASE.

Результаты. Показатели реактивности артерий в ходе ишемической пробы были достоверно ниже в группе больных. Выявлено достоверное снижение ПФЭ в группе больных БА по сравнению с группой здоровых ($p < 0,001$). В группе больных тяжелой БА ПФЭ был достоверно ниже, чем в группе больных БА средней тяжести ($-0,22 \pm 0,93$ и $4,75 \pm 1,14\%$, $p < 0,05$, соответственно). При анализе параметров ФПГ было выявлено достоверно высокое значение индекса жесткости периферических артерий в группе больных тяжелой БА ($p < 0,05$). По данным ЭХОКГ исследования в группах больных БА тяжелого течения обнаружено выраженное повышение среднего давления в легочной артерии (СрДЛА), достоверно выше, чем у пациентов с средним — тяжелым течением БА ($33,15 \pm 1,23$ и $20,15 \pm 1,62$ мм рт.ст., $p < 0,001$, соответственно). Нарушение диастолической функции правого желудочка (ПЖ) выявлено у 24 (72,73%) больных 1 группы и 67 (98,53%) пациентов 2 группы, диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) — у 15 (45,46%) больных 1 группы и 56 (82,35%) пациентов 2 группы. Увеличение толщины передней стенки ПЖ во 2 группе отмечено у 57 (83,82%) больных, в 1 группе — у 14 (42,42%) пациентов. Дилатация ПЖ встречалась у 48 (70,59%) пациентов 2 группы и у 7 больных (21,21%) 1 группы. Корреляционный анализ выявил взаимосвязи ПФЭ с СрДЛА ($r = -0,43$, $p < 0,001$), с параметрами диастолической функции желудочков — Е/А ПЖ ($r = -0,63$, $p < 0,001$), с Е/А ЛЖ ($r = -0,64$, $p < 0,001$), с толщиной передней стенки ПЖ ($r = -0,58$, $p < 0,001$), с конечно-диастолическим размером ПЖ ($r = 0,73$, $p < 0,01$).

Выводы. Дисфункция эндотелия является независимым фактором прогрессирования сердечно-сосудистого ремоделирования у больных бронхиальной астмой. Процессы ремоделирования правых и левых отделов сердца у больных БА взаимосвязаны, пропорциональны тяжести заболевания и определяются выраженностью дисфункции сосудистого эндотелия.

142 ФАКТОРЫ РИСКА И КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ

Лебедькова С. Е., Кривилевич Н. Б., Баедилова М. Т., Челпаченко О. Е., Рошупкин А. Н., Трусова О. Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель: установить значимость факторов риска и определить критерии ранней диагностики нарушений ритма сердца (НРС) у детей с пролапсом митрального клапана (ПМК) при внесердечных проявлениях недифференцированной соединительнотканной дисплазии (НСТД).

Материал и методы: нами обследовано 3000 детей 6–17 лет. Методом 10% репрезентативной диагностики выбрано 290 человек с НСТД и ПМК, из них митральную регургитацию (МР) имели 115 детей, у которых преобладали НРС: желудочковая экстрасистолия, синоатриальная блокада, мерцательная аритмия. В группе обследуемых без МР (175 детей) регистрировались НРС: синусовая тахикардия, миграция водителя ритма, синдром ранней реполяризации желудочков. Контрольную группу составили 185 человек с НСТД, но без ПМК и НРС. Проводили общеклинические и инструментальные методы исследования (реоэнцефалография, ЭКГ, ХМ, ЭХОКС с доплером). Математическая оценка результатов исследования включала методы вариационной статистики с вычислением критериев Стьюдента-Фишера и использованием программы Excel, факторного анализа и формулы Кульбака.

Результаты: НРС выявлено у 70% детей с НСТД, имеющих ПМК без МР; и у 83% детей в группе с ПМК и МР. У детей с НРС на фоне ПМК определялись с высокой частотой следующие симптомы НСТД: воронкообразная деформация грудной клетки — у 37% детей, сколиоз — у 16%, гипермобильность суставов — у 49%, плоскостопие — у 16%, миопия — у 39%, геморрагический синдром — у 38,8% детей. Методом математического анализа установлено, что с достоверно высокой частотой (на 50%) по отношению к контрольной группе встречаются 17 факторов риска (ФР), наиболее значимые из них: отягощенная наследственность по заболеваниям сердца, наличие НСТД у родителей, частые острые респираторные инфекции, признаки соединительнотканной дисплазии (СТД), наличие митральной регургитации при ПМК. В каждой из групп встречаются не один, а несколько ФР, что свидетельствует в пользу мультифакториальной этиологии НРС у детей с ПМК. В результате проведенных исследований разработана диагностическая таблица для прогнозирования НРС у детей с ПМК при НСТД.

Выводы: 1. Установлено, что в обеих группах имелись одни и те же ФР, без достоверных различий. 2. Проведенный математический анализ позволил разработать шкалу критериев для определения детей в группу риска по развитию НРС. Степень риска оценивается по сумме баллов факторов риска (наследственность, средовые, клинко-морфометрические), в связи с чем выделены 3 группы диспансерного наблюдения детей. 3. Дети, имеющие клинические признаки НСТД, нуждаются в проведении ЭхоКС, ЭКГ, ХМЭКГ и факторного анализа с учетом разработанной таблицы.

143 ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА КАК КРИТЕРИЙ НАРУШЕННОГО ЭНЕРГООБМЕНА

Лебедькова С. Е., Баедилова М. Т., Красиков С. И., Челпаченко О. Е., Трусова О. Ю.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», Оренбург, Россия

Цель: изучить интенсивность процессов свободно-радикального окисления в сыворотке крови у детей с пролапсом митрального клапана (ПМК); оценить влияние свободно-радикальных реакций на энергообмен в клетке.

Материал и методы: проведено обследование 84 детей (в возрасте от 6 до 12 лет), из них — 64 ребенка с ПМК, контрольную группу составили 20 здоровых детей. Материалом исследования служила сыворотка крови, взятая натощак из локтевой вены. Интенсивность процессов свободно-ради-

кального окисления оценивали по интенсивности спонтанной и Fe^{2+} -индуцированной хемилюминесценции (величине и длительности медленной вспышки, спонтанной светимости и быстрой вспышки), по величине индексов окисления диеновых конъюгатов (ДК) и содержанию малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови. Определение антиоксидантного статуса (АОС) проводилось при помощи стандартного набора реактивов.

Результаты и обсуждение: при оценке интенсивности хемилюминесценции сыворотки крови у детей с ПМК и здоровых детей достоверных различий по показателю величины и длительности медленной вспышки выявлено не было. Вместе с тем, у детей с ПМК отмечена четкая тенденция к повышению величины спонтанной светимости ($0,297 \pm 0,038$ у.е.) и интенсивности быстрой вспышки ($0,412 \pm 0,043$ у.е.), в среднем, на 50% по сравнению с контролем (спонтанная светимость $0,23 \pm 0,03$ у.е и $0,34 \pm 0,02$ у.е. — быстрая вспышка). Индекс окисления ДК составил $0,83 \pm 0,13$ у.е./ $0,86 \pm 0,04$ у.е., что превысило контрольные показатели ($0,54 \pm 0,14$ у.е./ $0,68 \pm 0,02$), в среднем, на 72%. Содержание МДА в сыворотке крови у детей с ПМК составило $13,0$ нмоль/л, что превышало содержание определяемого аналита в контрольной группе ($8,0$ нмоль/л) на 38%. Среднее значение АОС в группе здоровых детей ($1,5 \pm 0,13$ ммоль/л) выше на 30% по сравнению с детьми, имеющими ПМК ($0,45 \pm 0,03$ у.е.).

Выводы: 1. У детей с ПМК наблюдается достоверное увеличение содержания МДА, индекса окисления ДК, проследивается четкая тенденция повышения интенсивности хемилюминесценции сыворотки крови, что может свидетельствовать об интенсификации свободно-радикальных реакций. 2. Повышение продуктов перекисного окисления липидов (МДА) свидетельствует о наличии риска нарушений окислительно-восстановительных процессов и об усилении окислительного стресса у детей с ПМК. 3. Определение ПОЛ может явиться дополнительным патофизиологическим критерием диагностики энергообмена у детей с ПМК. 4. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения детям с ПМК энерготропной терапии.

144 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА

Лебедькова С. Е., Баедилова М. Т., Черных Л. П.*, Рощупкин А. Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург; *МБУЗ МГКБ № 6, Оренбург, Россия

Цель: проанализировать структуру нарушений ритма сердца (НРС) и проводимости у детей с дисплазиями сердца при недифференцированном синдроме дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы: проведен анализ 78 историй болезни детей в возрасте от 3-х до 15 лет, из них 74 чел (94.8%) имели синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани, 4 чел (5.1%) — дети с подтвержденным синдромом Марфана.

Результаты и обсуждение: структура дисплазий сердца в сочетании с изменениями проводимости и НРС выглядела следующим образом. Пролапс митрального клапана 1 степени (3–5 мм) был обнаружен у 54 детей (69.2%), при этом в структуре НРС в этой группе встречались: миграция водителя ритма у 12 чел (22.2%); номотопные нарушения ритма в виде синусовой брадикардии — у 34 детей (62.9%); синусовой тахикардия у 8 человек (14.8%). Пролапс митрального клапана 2 степени (5–7 мм) зафиксирован у 13 чел (16.6%). В данной группе детей среди НРС встречались суправентрикулярные экстрасистолы (7 чел, 53.8%); желудочковая экстрасистолы от 1-го до 3-го класса по градации Лауна (5 чел, 38.4%); ускоренный предсердный ритм был зафиксирован у 1 ребенка (7.6%). Пролапс митрального клапана 3 степени (более 7 мм) был диагностирован у 4 чел (все дети с синдромом Марфана), у 1 ребенка из этой группы отмечались НРС в виде мерцатель-

ной аритмии (25%); неполная АВ-блокада 1–2 степени обнаружена у 3 чел (75%) в сочетании с суправентрикулярной тахикардией. У всех детей регистрировались нарушения проводимости в системе правой ножки пучка Гиса

Для коррекции выявленных нарушений всем детям проводилась кардио-нейрометаболическая терапия (Кудесан + левокарнитин в возрастных дозировках). Антиаритмическая терапия назначалась 4 детям с ПМК 4 степени с функциональным классом 3–4, что соответствовало сердечной недостаточности 2А степени. Все четверо детей получали кордарон и у одного ребенка кордарон сочетался с дигоксином. Положительная динамика на фоне лечения Кудесаном в сочетании с левокарнитином наблюдалась у 65 детей (83.3%).

Выводы: всех детей с дисплазиями сердца на фоне дисплазии соединительной ткани следует относить в группу высокого риска по формированию аритмий с регулярной регистрацией ЭКГ и проведением холтеровского мониторирования, а также проведением кардионейрометаболической терапии с применением энерготропных препаратов.

145 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗНАЧЕНИЯ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Левицкая Е. С., Батюшин М. М., Шавкута Г. В., Терентьев В. П.

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Оценить зависимость уровня микроальбуминурии (МАУ) от количества традиционных факторов риска (ФР) при наличии нарушенной интракоронарной гемодинамики, до и после восстановления коронарного кровотока.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов с наличием ишемической болезни сердца (ИБС) и показаниями к операции ревазуляризации миокарда, из которых 10 больных — женщины, 80 пациентов — мужчины. Показаниями к необходимости выполнения ревазуляризации миокарда являлись данные коронароангиографии (КАГ), на основании которых устанавливался необходимый объем оперативного вмешательства — коронарное шунтирование (КШ) или стентирование артерий сердца. У всех больных выявлялись традиционные ФР, а также определялся уровень МАУ. Факт наличия МАУ производился с помощью тест-полосок «Биоскан».

Результаты. На основании количества имеющихся ФР у каждого включенного в исследование больного, все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 44 больных с тремя и менее ФР. Вторую группу — 46 пациентов с четырьмя и более ФР. Средний возраст больных первой и второй групп находился в одинаковом диапазоне — $56,1 \pm 1,4$ и $56,3 \pm 1,02$ лет, соответственно ($p > 0,05$). Установлено, что величина МАУ у пациентов первой группы составляла $117,5 \pm 12,8$ мг/мл, у больных второй группы — $176,2 \pm 25,7$ мг/мл ($p < 0,05$). При исследовании величины МАУ у пациентов обеих групп, спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства на коронарных артериях, установлено, что у больных первой группы уровень МАУ имел более высокие значения ($137,9 \pm 35,2$ мг/мл) по сравнению с ее величинами до операции ($p < 0,05$). В то же время, у пациентов второй группы в позднем послеоперационном периоде отмечалась тенденция к снижению уровня МАУ ($118 \pm 10,9$ мг/мл) ($p < 0,05$).

Выводы. По результатам проведенного исследования установлено, что у пациентов с ИБС, независимо от количества традиционных ФР уровень белка в моче определяется в диапазоне МАУ, что свидетельствует о наличии единых механизмов формирования кардиоренальной патологии. Тем не менее при наличии более выраженного поражения сосудистого русла коронарных артерий у пациентов с количественным преобладанием традиционных ФР определяются более высокие значения МАУ. Необходимо также отметить, что в позд-

нем послеоперационном периоде после реваскуляризации миокарда отмечается тенденция к возрастанию уровня МАУ у пациентов с меньшим количеством традиционных ФР, тогда как в группе больных с большим их количеством наблюдалось отчетливое снижение данного показателя. Полученный результат исследования зависит от многих факторов, но в первую очередь, по-видимому, связан с наиболее полным восстановлением коронарной гемодинамики при проведении КШ.

146 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИО-РЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ НА ПРОГНОЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Левицкая Е. С., Батюшин М. М., Шавкута Г. В.

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Установить влияние почечных факторов риска (ФР) на сердечно-сосудистый прогноз, у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и показаниями к реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 больных с наличием ИБС и показаниями к восстановлению коронарного кровотока, из них 10 больных составили женщины, 80 пациентов — мужчины. Согласно протоколу исследования у всех больных в период до восстановления коронарного кровотока определялось наличие почечных ФР по следующим показателям: уровень креатинина сыворотки крови, величина скорости клубочковой фильтрации (СКФ), значения микроальбуминурии (МАУ) и β_2 -микроглобулина (β_2 -МГ) в моче. Расчет СКФ производился по формуле Кокрофта-Гола. Уровень МАУ определяли с помощью тест-полосок, концентрацию β_2 -МГ — иммуноферментным анализом. Конечной точкой исследования, определяемой спустя 6 месяцев после реваскуляризации миокарда, считалось: необходимость в повторных реваскуляризациях миокарда, инфаркт миокарда, произошедший после восстановления интракоронарного кровотока, смерть пациента.

Результаты. По результатам проведенного исследования стало известно, что средний уровень сывороточного креатинина находился в пределах нормы и составлял $97,4 \pm 1,45$ мкмоль/л. При анализе данных СКФ установлено, что среднее значение этого показателя находилось в диапазоне $90,2 \pm 2,2$ мл/мин. Средний уровень МАУ составил $150,0 \pm 15,0$ мг/л, а β_2 -МГ — $0,3 \pm 0,09$ мг/мл. Оценивая влияние почечных ФР на конечную точку исследования, установлено достоверное влияние только для показателя β_2 -МГ (χ -критерий — 4,0, $p < 0,05$).

Выводы. Анализируя данные, полученные в рамках проведенного исследования, установлено, что у больных ИБС и показаниями к восстановлению коронарного кровотока уровень альбуминов в моче регистрируется в диапазоне МАУ, что указывает на генерализованную дисфункцию эндотелия и нарушение нормального функционирования клубочкового аппарата почек. В результате исследования установлен почечный ФР — β_2 -МГ, достоверно влияющий на повышение вероятности развития коронарного события у больных ИБС в отдаленном периоде после реваскуляризации миокарда при увеличении данного показателя, определенного до восстановления коронарного кровотока.

147 АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Леонова Е. А., Гостева О. В.

ГБУЗ СО ТГБ № 4, Тольятти, Россия

Цель. Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи адренореактивности и характера нарушений ритма у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование включено 100 больных РА без сопутствующих заболеваний, которые могли повлиять на состояние сердечно — сосудистой системы и 20 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) — контрольная группа. Обе группы сопоставимы по возрасту ($54,8 \pm 8,0$ лет) и длительности заболевания ($6,5 \pm 5,0$ лет). Преобладали больные со II (49,5%) и III (43%) степенью активности и серопозитивным РА — 86,9%. Функциональное состояние симпатико-адреналовой системы (САС) у больных РА оценивали экспресс методом определения адренореактивности организма по величине бета-адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) биохимическим нерадиолигандным методом, основанным на оценке степени десенситизации адренорецепторов в присутствии β -адреноблокатора. При повышении активности САС величина β -АРМ превышает 20 усл. ед. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру проводилось помощью портативного кардиореγράφатора с записью на твердотельный накопитель с последующей обработкой персональным компьютером IBM PC/AT.

Результаты. Выявлены значительные колебания β -АРМ у больных РА: от 4-х до 65 усл. ед., в среднем $31,8 \pm 13,6$ усл. ед.; величина β — АРМ от 2 до 20 усл. ед. выявлена у 22,4% больных, 21 усл. ед. и выше у 77,6% больных.

Отмечается прямая зависимость величины β -АРМ от степени активности РА: на 11,9% выше при II и на 19,4% при III степени в сравнении с I степенью и достоверное увеличение при наличии системных проявлений РА ($p < 0,05$). Имеется тенденция к увеличению средних показателей β -АРМ по мере прогрессирования заболевания с $27,2 \pm 10,5$ усл. ед. (I стадия) до $32,0 \pm 15,0$ усл. ед. (II стадия, $p = 0,31$), $30,8 \pm 14,9$ усл. ед. (III стадия, $p = 0,36$) и $36,4 \pm 12,0$ усл. ед. (IV стадия, $p = 0,07$). Что касается нарушений ритма, то выявлено статистически достоверное увеличение частоты суправентрикулярных нарушений ритма при β — АРМ выше 20 усл. ед. у больных РА (81,9% больных), в том числе суправентрикулярной экстрасистолии (75,9% больных) в сравнении с контрольной группой: 57,1% больных ($p = 0,037$) и 37,5% больных ($p = 0,02$) соответственно. В отношении желудочковых нарушений ритма (ЖНР) отмечается обратная зависимость от величины β -АРМ: так при β -АРМ менее 20 усл. ед. ЖНР выявлены у 33,3% больных РА и у 50,0% больных ИБС ($p = 0,43$), при β -АРМ выше 20 усл. ед. у 25,9% больных РА и у 35,7% больных ИБС ($p = 0,51$).

Выводы. Полученные нами данные показали, что у больных РА имеет место высокая активность симпатико-адреналовой системы, с достоверным увеличением при наличии системных проявлений, с развитием проаритмогенного эффекта катехоламинов, преимущественно в отношении суправентрикулярных нарушений ритма.

148 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА

Ли Е. Д., Столярова Н. И., Борискина Т. В., Зарянкин А. Ю.
Медицинский центр БР, Москва, Россия

Цель: изучить взаимосвязь между уровнем натрийуретического пептида, скоростью клубочковой фильтрации, суточной микроальбуминурией, фракцией выброса левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией высокой степени риска сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы: обследовано 36 пациентов с артериальной гипертензией высокой степени риска, из них 5 мужчин и 31 женщина со средним возрастом $76,3 \pm 9,2$ лет.

Больные были обследованы в соответствии с клиническими европейскими рекомендациями по артериальной гипертензии от 2009 гг.

Средние значения составили: САД $145,5 \pm 25,4$ мм рт.ст, ДАД $87,2 \pm 12,5$ мм рт.ст, NT-proBNP $844,66 \pm 820,5$ пг/мл, СКФ $60,3 \pm 27,9$ мл/мин, МАУ $49,7 \pm 108,6$ мг/сут, ФВ ЛЖ $57,3 \pm 9,2\%$.

Для выявления взаимосвязи изучаемых параметров проведен корреляционный анализ по Пирсону. Получены достоверная низкая обратная корреляция между уровнем N-proBNP и СКФ $-0,26 \pm 0,16$, N-proBNP и ФВ $-0,17 \pm 0,16$ и достоверная средняя прямая корреляция между уровнем N-proBNP и МАУ $0,4 \pm 0,14$.

Полученные результаты показали, что уровень NT-proBNP не зависит от пола и возраста, но имеет обратную корреляцию со скоростью клубочковой фильтрации и фракцией выброса левого желудочка, прямую корреляцию с уровнем суточной микроальбуминурии.

Таким образом, натрийуретический пептид может быть ранним прогностическим маркером формирования хронической сердечной недостаточности.

149 ЦИРКУЛЯРНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В СОЧЕТАНИИ С ДЕНЕРВАЦИЕЙ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лосик Д. В., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Стенин И. Г., Стрельников А. Г., Баранова В. В., Широкова Н. В., Покучаев Е. А.

ФГБУ “НИИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина” Минздрава России, Новосибирск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска развития и поддержания фибрилляции предсердий (ФП). Ряд исследований продемонстрировал снижение артериального давления (АД) путем почечной денервации при лечении резистентной АГ. Однако, эффект почечной денервации на развитие ФП неизвестен.

Цель: данного проспективного, рандомизированного исследования — оценка влияния ренальной денервации у пациентов с ФП и резистентной АГ, которым показано выполнение изоляции легочных вен (ЛВ).

Материал и методы. В данное исследование были включены пациенты с симптоматичной пароксизмальной или персистирующей ФП, рефрактерной к ≥ 2 антиаритмическим препаратам и резистентной АГ (систолическое АД > 160 мм рт.ст., несмотря на тройную терапию). Все пациенты наблюдались в течение 12 месяцев после оперативного вмешательства для оценки изменения уровня АД и наличия синусового ритма

Результаты. Двадцать семь пациентов были рандомизированы на 2 группы: 1) изоляция ЛВ ($n=14$) и 2) изоляция ЛВ + денервация почечных артерий ($n=13$). В конце периода наблюдения в группе ИЛВ + денервация почечных артерий наблюдалось значительное снижение систолического АД (с 181 ± 7 мм рт.ст. до 156 ± 5 мм рт.ст.; $p < 0,001$) и диастолического АД (с 97 ± 6 мм рт.ст. до 87 ± 4 мм рт.ст.; $p < 0,001$). В группе изолированной ИЛВ достоверных изменений не обнаружено. У 9 (69%) из 13 пациентов из группы ИЛВ + денервация почечных артерий отсутствовали пароксизмы ФП или каких-либо других предсердных тахикардий через 12 месяцев после оперативного вмешательства по сравнению с 4 (29%) из 14 пациентами из группы ИЛВ ($p=0,03$, лонг-ранговый критерий).

Выводы. Денервация почечных артерий в комбинации с изоляцией ЛВ снижает систолическое и диастолическое АД и уменьшает рецидивы ФП у пациентов с резистентной АГ и ФП

150 ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Лихтер Т. А., Каменева О. А.

ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза; ГБУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель: оценка частоты и структуры эрозивно-язвенных поражений эзофагогастродуоденальной зоны у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 302 больных (180 мужчин, 122 женщин) в возрасте от 24 до 76 лет (средний возраст $56 \pm 3,7$ лет), поступивших после операции (на 5–21 сутки) коронарного шунтирования или клапанной коррекции (протезирование, пластика клапанов) в отделение кардиологии для стационарного реабилитационного лечения.

Результаты: у 59 больных (19,5%) выявлены эндоскопические признаки эрозивно-язвенных изменений в эзофагогастродуоденальной зоне. В 19 случаях (6,3%) диагностировано обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, причем во всех случаях в предоперационном периоде отмечалась стадия ремиссии данного заболевания, подтвержденная гастродуоденоскопией. У 8 (2,6%) больных выявлены единичные и у 2 (0,7%) больных множественные эрозии пищевода. Острые эрозии гастродуоденальной зоны диагностированы в 34 случаях (11,3%). Кроме того, в 11 (3,6%) случаях эндоскопически выявлена угроза кровотечения различной степени и 1 (0,3%) случай состоявшегося желудочного кровотечения. Важно, что из 59 пациентов с эндоскопической верификацией эрозивных или/и язвенных изменений в эзофагогастродуоденальной зоне болевая симптоматика абдоминальной локализации отмечена лишь у 10 (16,9%) больных, в 7 случаях (11,9%) болевой синдром сочетался с преобладающими диспепсическими явлениями, в 71,2% случаев преимущественными показаниями к эндоскопическому исследованию явились различные варианты диспепсических симптомов (зачастую слабо выраженные) или гематологические явления (анемический синдром). Важной особенностью клиники эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у исследуемой категории больных является малосимптомность, преобладание неспецифического диспепсического синдрома.

Выводы: частота эрозивно-язвенных изменений эзофагогастродуоденальной зоны у больных после кардиохирургических операций значительна, что связано с влиянием дополнительных факторов риска, обусловленных операцией и объективной необходимостью мощного медикаментозного сопровождения в операционном и реабилитационном периодах (в том числе препаратами с ulcerogenным эффектом). Учитывая также сложность диагностики эрозивно-язвенных поражений эзофагогастродуоденальной области (малосимптомное течение с превалированием неспецифических диспепсических проявлений) у данной категории больных, необходимо активно выявлять абдоминальную, диспепсическую симптоматику с обязательным использованием эзофагогастродуоденоскопического исследования.

151 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Лихтер Т. А., Ветрова И. П., Каменева О. А.

ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза; ГБУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель: сравнительный анализ частоты развития посткардиотомного синдрома, появления выпота в полость перикарда и/или плевральные полости у больных ишемической болезнью сердца после операции коронарного шунтирования на фоне нарушений и с нормальными показателями углеводного обмена в период стационарного реабилитационного этапа

Материал и методы. Проведено обследование 67 больных (39 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 51 до 75 лет (средний

возраст $61 \pm 4,7$ год) после коронарного шунтирования в послеоперационном периоде (на 5–21 сутки после операции). Исследование проводилось в условиях кардиологического отделения, специализированного на реабилитации больных после кардиохирургических операций. Больные были разделены на 2 группы сопоставимые по основным показателям. В 1-ю группу включен 31 больной (46%) с ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. 2-я группа — 36 больных (54%) с ИБС без нарушений углеводного обмена. В обследовании применялись общие лабораторно-клинические исследования, эхокардиография, ультразвуковое исследование плевральных полостей, оценка показателей углеводного обмена.

Результаты. В 1-й группе достоверно выше частота выявления посткардиотомного синдрома или изолированного выпота в плевральные полости и/или выпота в полость перикарда (27 больных; 87,1%) по сравнению со 2-й группой (17 больных; 47,2%). Кроме того, в 1-й группе количество диагностических динамических ультразвуковых исследований сердца и плевральных полостей оказалась выше (в среднем соответственно 2,5 и 3,5 исследований на одного больного в 1-й группе; 1,5 и 2,0 выше указанных исследований во 2-й группе). Закономерно, что в 1-й группе количество плевральных пункций в расчете на одного больного в среднем в 2,7 раз больше, чем во 2-й группе. Существенно различались сроки реабилитационного стационарного этапа в анализируемых группах. У больных с повышенным уровнем гликемии достоверное увеличение средних сроков реабилитационного стационарного лечения, несомненно, связано с целым рядом причин. Существенное модифицирующее влияние на сроки лечения оказывали анализируемые в данном исследовании факторы, в том числе, рецидивирующий выпот в плевральные полости, требовавший проведения повторных лечебных плевральных пункций и контрольных ультразвуковых исследований.

Заключение. Таким образом, наличие нарушений углеводного обмена, прежде всего, сахарного диабета 2 типа, является существенным фактором, повышающим частоту развития таких осложнений, как посткардиотомный синдром, перикардальный и/или плевральный выпот у больных ИБС после операции коронарного шунтирования, что обуславливает удлинение сроков реабилитационного стационарного этапа. Необходима дальнейшая разработка специализированных стандартов обследования и лечения данной категории больных в реабилитационном периоде после кардиохирургических операций.

152 ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕМО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Лукина Ю. В.¹, Гинзбург М. Л.², Марцевич С. Ю.¹

¹ГБГУ “ГНИЦПМ” Минздрава России, Москва; ²МУЗ “Люберецкая районная больница № 2”, Москва, Россия

Цель: изучить приверженность к лечению, предшествующему госпитализации, и выявить наиболее значимые факторы приверженности у пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом: острый коронарный синдром (ОКС).

Материал и методы: в исследование включали всех пациентов, госпитализированных в отделение кардиореанимации ГКБ № 2 г. Люберецы с диагнозом: ОКС в период с декабря 2011 по май 2012 года. Все пациенты во время пребывания в стационаре заполнили специально разработанную анкету по оценке приверженности к лечению, включающую паспортную часть, вопросы по определению факторов риска (ФР), лечения, получаемого больным на этапе, предшествующем референсной госпитализации, приверженности к этому лечению и факторов, влияющих на приверженность, в том числе тест Мориски-Грина.

Результаты: за указанный период в исследование было включено 130 пациентов с ОКС: 79 мужчин и 51 женщина. Половина пациентов (61 человек) постоянно наблюдались у врача, другая половина практически не обращалась за врачебной помощью.

Согласно тесту Мориски-Грина приверженными к медикаментозному лечению являлись 71 человек (54,6%), у 55 пациентов была выявлена низкая приверженность к назначаемой терапии. Все рекомендованные лечащим врачом лекарственные препараты принимают лишь 42 пациента — треть из участвовавших в опросе. Менее 9% пациентов, госпитализированных с диагнозом: ОКС, принимали статины, трети больных был рекомендован аспирин. Основной причиной нарушения рекомендаций, касающихся медикаментозной терапии, является забывчивость (18,5%), около 10% больных боятся побочных эффектов лекарств. Главным способом повысить приверженность к терапии пациенты называют получение информации от лечащего врача о возможности улучшения прогноза жизни, заболевания (62,3%), качества жизни, улучшения самочувствия (25,8%), лишь 4 пациента (3%) категорически не желали соблюдать врачебные рекомендации.

Выводы: специально разработанная анкета дала возможность оценить ряд фактов (крайне низкое назначение основных групп кардиологических препаратов, высокая смертность), выявленных в исследовании ЛИС, и их возможные причины. Помимо личностных факторов пациентов (забывчивости) основными причинами низкой приверженности к лечению являются недостаточная информированность пациентов о своей болезни, возможностях современной терапии, что свидетельствует о большом вкладе врачебного (обучающе-информационного, формирующего мотивацию) фактора в проблему приверженности больных к лечению.

153 ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ХСН С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Лычев В. Г., Клестер Е. Б., Игнатев М. Е., Клестер К. В.

ГБОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет” МЗ России, Барнаул, Россия

Цель: определение частоты встречаемости факторов риска (ФР) ХСН с учетом гендерных различий.

Материал и методы. При непосредственном наблюдении диагноз ХСН по критериям Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009) установлен у 411 больных, пациенты включались в исследование по мере поступления. Из них 226 (55%) мужчины, 185 (45%) женщин. Средний возраст $64,1 \pm 12,3$ (мин 42, макс 91). Мужчины $61,1 \pm 10,5$; женщины $67,7 \pm 9,9$ лет ($p < 0,05$). Доля пациентов старше 60 лет — 61,3%.

Результаты. Несмотря на то, что профиль ФР у женщин с ХСН почти такой же, как у мужчин, количественный вклад отдельных факторов в общий риск развития ССЗ у мужчин и женщин различается (развитие дефицита эстрогенов в постменопаузе, прием оральных контрацептивов и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез). У мужчин — 91 (40,3%) курят в настоящее время, каждый третий никогда не курил, и 53 (23,5%) бросили курить. Средний ИКЧ у мужчин — 10 пачек/лет. Среди женщин: 174 (94,1%) никогда не курили, и только 4 (2,2%) курят в настоящее время. Средний ИКЧ у женщин — 5 пачек/лет ($p < 0,05$). Почти каждый третий мужчина злоупотребляет алкоголем, тогда как среди женщин этот показатель составляет 2,7%. Среди мужчин преобладают нарушения питания (по вопроснику ВОЗ), преимущественно легкой и средней степени — 35,4% и 29,2%, соответственно. Среди женщин — средней (90 б-х; 48,6%, $p < 0,05$) и выраженной степени — у 28 (15,1%; $p < 0,05$). Анализ физической активности показал, что образ жизни с низкой ФА ведут 98 (43,4%) мужчин и 110 (59,5%) женщин ($p < 0,05$). Распространенность малоподвижного образа жизни увеличивается с возрастом. Семейный анамнез по ранним ССЗ, имели 41,2% мужчин и 49,7% женщин. Гиперхолестеринемия диагностирована у 65 (28,8%) мужчин и 89 (48,1%) женщин ($p < 0,05$). АО диагностировано у 27,0% мужчин ($OT \geq 94$ см) и 43,2% женщин ($OT \geq 80$ см) ($p < 0,05$). Индекс массы тела составил $27,9$ (мин 19,1; макс 38,2); у мужчин $26,3 \pm 3,48$ и у женщин $28,3 \pm 4,32$ ($p = 0,001$). Между возрастом и ИМТ имеется слабая, но достоверная корреляционная связь ($r = 0,25$, $p = 0,001$). Обращает

внимание, что у женщин значительно чаще встречается сочетание 2 и более ФР (82,2%), чем у мужчин (56,2%).

Вывод. Имеются существенные различия в факторах риска и этиологии ХСН у мужчин и женщин. Выявленные гендерные различия у наблюдаемых пациентов группы очень высокого риска (наличие ССЗ) требуют персонализированного подхода к вторичной профилактике, включающей раннее выявление и коррекцию ФР у больных при формировании ХСН.

154 ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ИБС И ИХ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Лямина Н. П., Разборова И. Б., Котельникова Е. В., Карпова Э. С., Липчанская Т. П.

ФГБУ «СарНИИК» Минздрава России, Саратов, Россия

Определение соотношения клинической и экономической эффективности существующих программ физической реабилитации способствует расширению возможностей в сфере кардиореабилитации и вторичной профилактики у больных ИБС на амбулаторном этапе.

Цель: оценить клиничко-экономическую эффективность различных методов длительных физических тренировок (ФТ), используемых на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации у больных ИБС, перенесших ЧКВ. В исследование включено 98 больных ИБС мужского пола в возрасте от 43 до 62 лет, из них 58 перенесли инфаркт миокарда и 98 выполнено ЧКВ. Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты случайным образом были распределены 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 С1 от 20.01.2012). Исходно и через 12 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проведено определение толерантности к физической нагрузке (ТФН). При анализе ТФН на фоне ФТ наиболее эффективными оказались тренировки на тредмиле, т. е. в I гр., т. к. они способствовали наибольшему повышению ТФН у 95% пациентов. ФТ методом ходьбы с утяжелением, т. е. у больных III гр., способствовали сопоставимому с тренировками на тредмиле повышению ТФН через 12 мес. у 87% пациентов. У больных II группы ТФН возросла только у 54% пациентов. Приверженность методам ФТ была различной: в I гр. — 75,3%, во II гр. — 60,4% и в III гр. — 82,4%. Во всех группах был выполнен анализ экономических затрат на проведение длительных ФТ на амбулаторном этапе реабилитации. Расчеты проводились согласно прейскуранту медицинских услуг, действующему в ФГБУ «СарНИИК» Минздрава России. Для расчета прямых медицинских затрат применялся АВС и частотный анализ, в результате чего выявлено, что наиболее затратной из анализируемых программ длительных ФТ является программа с применением ФТ на тредмиле не менее 3-х раз в неделю. Абсолютные затраты в этой группе составили 237220 руб. Сопоставимые экономические затраты были в группах тренирующихся ходьбой в заданном темпе и ходьбой с утяжелением. Однако эти методы обладают различной клинической эффективностью, т. к. по — разному влияют на ТФН. Поэтому для расчета клиничко-экономической эффективности для каждой группы был рассчитан показатель «затраты — эффективность» (CER). Наименьший CER получен для III группы, т. е. тренировки ходьбой с утяжелением наиболее экономически доступны при сопоставимой с тренировками на тредмиле эффективности. Таким образом, применение длительных ФТ на этапе реабилитации у больных ИБС, перенесших ЧКВ повышает ТФН. Включение в программы реабилитации на амбулаторном этапе для больных ИБС после ЧКВ ФТ ходьбой с утяжелением обосновано клинически и доступно с экономических позиций.

155 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ II—III СТЕПЕНИ

Максимов Д. Б., Искендеров Б. Г.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрав России, Пенза, Россия

Цель: оценить терапевтическую эффективность операции имплантации искусственного водителя ритма (ИВР) сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный атриовентрикулярной (АВ) блокадой II—III степени.

Материал и методы. У 97 больных, перенесших инфаркт миокарда, и операцию имплантации ИВР, изучали прогноз в течение первого года. Имплантация ИВР проводилась в сроки с 13 по 18 сутки от начала заболевания. У 85 больных была однокамерная желудочковая стимуляция (режим VVI) и у 12 больных — двухкамерная предсердно-желудочковая стимуляция (режим DDD). В течение первого года наблюдения у 80 больных (I группа; 82,5%) отмечалось улучшение и стабилизация клинического состояния, а у 17 больных (II группа; 17,5%) выявлена тенденция к прогрессированию сердечной недостаточности и/или коронарного анамнеза. В I группу вошли 10 из 12 больных с DDD-стимуляцией. Больным назначалась стандартная медикаментозная терапия и выбор оптимальной частоты искусственного ритма.

Результаты. Изучение динамики АВ проведения в течение года показало, что у 49,5% больных сохранялась стабильная АВ блокада II—III степени, у 40,2% больных имела место перемежающаяся АВ блокада, и у 10,3% больных было стабильно нормальное АВ проведение. В I группе регистрировались 4 случая повторного инфаркта миокарда (5,0%) и два эпизода — ишемического инсульта (2,50%), а во II группе — 11,76 и 5,88% соответственно. В общей группе, у 3 больных производилась реимплантация электрода в связи с его дислокацией и у двух больных VVI-стимуляция была заменена на DDD-стимуляцию. За период наблюдения от сердечно-сосудистых причин в I группе умерло трое (3,75%) и во II группе — двое (11,76%).

Заключение. Показано, что имплантация ИВР без риска и с высокой эффективностью может проводиться в госпитальный период лечения больных острым инфарктом миокарда, осложненным АВ блокадой II—III степени. Активная тактика имплантации ИВР способствует ранней активизации больных с инфарктом миокарда, что положительно сказывается на отдаленном прогнозе.

156 ПРЕДИКТОРЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОЛУЧАВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Максимов Д. Б., Искендеров Б. Г.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: определить факторы риска и особенности клинического течения полной атриовентрикулярной (АВ) блокады (III степени), осложнившей течение острого инфаркта миокарда (ОИМ), на фоне проводимой тромболитической терапии (ТЛТ).

Материал и методы. Анализировали результаты лечения 643 больных (305 мужчин и 338 женщины) с ОИМ, в возрасте 38—75 лет ($62,4 \pm 5,7$ лет). Путем рандомизации больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе 235 больных получали ТЛТ (актилизе, метализе), а во 2-й группе (408 больных) ТЛТ не проводилось. При развитии полной АВ блокады и с учетом показаний проводили временную трансвенозную электрокардиостимуляцию (ЭКС).

Результаты. В общей группе полная АВ блокада в госпитальный период возникла у 49 больных (7,6%), в том числе в 1-й группе у 14 больных (6,0%) и во 2-й группе — у 35 больных (8,6%). В случае развития полной АВ блокады острая сердечная недостаточность (ОСН) выше 2 класса по Killip (отек легкого, кардиогенный шок) была у 11 больных (78,6%) 1-й группы и у 29 больных (82,9%), при отсутствии АВ блокады II—III степени — у 10,4 и 22,8% больных. Кроме того, полная АВ блокада сопровождалась приступом синкопе у 9 (64,3%) из 14 больных в 1-й группе и у 21 (60,0%) из 35 больных во 2-й группе.

С помощью регрессионного анализа нами выделены предикторы развития АВ блокады III степени. Так, у женщин с ОИМ риск развития АВ блокады III степени в 1,72 раза выше, чем у мужчин. Предшествующая ОИМ полная блокада ножек пучка Гиса увеличивает риск АВ блокады III степени в 3,55 раз, крупноочаговый инфаркт миокарда в анамнезе — в 2,49 раз и развитие ОСН выше 2 класса — в 2,79 раз. Также показано, что так как показанием для применения ТЛТ является острый коронарный синдром с подъемом ST или уже развившийся Q-инфаркт миокарда, то проведение ТЛТ ассоциируется с увеличением риска АВ блокады III степени.

Также показано, что у больных инфарктом миокарда, осложненным АВ блокадой III степени, в 1-й группе летальность в течение 7 суток составляет 15,0% и во 2-й группе — 26,8%, а в течение 30 суток от начала инфаркта миокарда — соответственно 25,0 и 41,5% соответственно ($p = 0,04$). С учетом показаний у 36 больных (55,4%) с дистальной АВ блокадой III степени проводилась имплантация кардиостимулятора. Важно отметить, что госпитальная летальность (в течение 3–4 недель) в 1-й группе составила 16,2%, в том числе у больных с полной АВ блокадой и на фоне ЭКС 35,7% и во 2-й группе — 25,0% и 40,0% соответственно.

Заключение. Показано, что проведение ТЛТ у больных с ОИМ, осложненным полной АВ блокадой, улучшает отдаленный прогноз. Значимыми предикторами полной АВ блокады являются: женщины, развитие ОСН выше 2 класса, инфаркт миокарда в анамнезе и предшествующая полная блокада ножек пучка Гиса.

157 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Максютова А. Ф., Максютова С. С., Муталова Э. Г., Фрид С. А., Максютова Л. Ф., Кудрявцева И. В., Фаррахова Ф. И.
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа, Россия

Цель: изучение влияния ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла аргинина на клиническую картину, показатели гемодинамики и морфофункциональные параметры у пожилых пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы: обследовано 42 больных (средний возраст 79,5 лет, 18 мужчин и 24 женщины). Длительность ИСАГ составила от 6 до 10 лет. Была диагностирована ХСН II ФК (52,4%) и III ФК (47,6%). Проводились: клиническое обследование, суточный контроль уровня артериального давления (АД), эхокардиография (Эхо-КГ), тест шестиминутной ходьбы (ТШМХ) в динамике. Назначался периндоприл аргинин по 5 мг в сутки в составе комплексной терапии в течение 3–4 недель. Качество жизни оценивалось с помощью Миннесотского опросника.

Результаты: исходные данные Эхо-КГ показали дилатацию полостей левого желудочка (ЛЖ) у 59,5% и левого предсердия у 71,4% пациентов, снижение фракции выброса (ФВ) ниже 50% у 35,7%, гипертрофию миокарда ЛЖ у 59,5% боль-

ных. На фоне терапии у всех пациентов отмечалась положительная динамика: наблюдалось снижение степени выраженности одышки, слабости, периферических отеков, сокращение размеров печени. Исходно количество баллов по Миннесотскому опроснику свидетельствовало о низком уровне качества жизни — $64,2 \pm 0,8$. После курса лечения наблюдалась положительная динамика: количество баллов стало — $47,8 \pm 2,5$ ($p < 0,05$), что показывает повышение самооценки у пациентов своего состояния. Уменьшились конечнодиастолические размер и объем ЛЖ с $57,1 \pm 4,2$ до $54,2 \pm 4,1$ мм ($p < 0,05$) и со $156,2 \pm 33,0$ до $146,7 \pm 54,0$ мл ($p < 0,05$) соответственно конечно — систолические размер и объем с $39,6 \pm 3,8$ до $34,9 \pm 3,5$ мм ($p < 0,05$) и с $78,2 \pm 18,2$ до $70,7 \pm 19$ мл ($p < 0,05$) соответственно; увеличились ФВ с $42,8 \pm 5,1$ до $49,8 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$) и скорость циркуляторного укорочения волокон миокарда на 15,8% ($p < 0,05$). Индекс массы миокарда ЛЖ снизился на 4,9% ($p > 0,05$). Толщина задней стенки ЛЖ уменьшилась на 5,7% ($p < 0,05$). Оценка антигипертензивного действия периндоприла показала положительные результаты: систолическое АД снизилось на 16% ($p < 0,05$), диастолическое — на 6% ($p < 0,05$); отмечалась позитивная коррекция нарушений суточного ритма АД. При проведении пробы ТШМХ дистанция, проходимая больными, увеличивалась на 20,2% ($p < 0,05$).

Выводы: при ХСН II—III ФК на фоне ИСАГ у больных пожилого возраста наблюдались нарушения систолической и диастолической функции ЛЖ. При лечении периндоприлом отмечалось улучшение системной и внутрисердечной гемодинамики: выявлено эффективное антигипертензивное действие, повышение сократительной функции и снижение выраженности ремоделирования миокарда ЛЖ. В результате лечения периндоприлом аргинином повысилась толерантность к физической нагрузке, и отмечалось улучшение качества жизни.

158 ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Максютова С. С., Максютова Л. Ф., Муталова Э. Г., Фрид С. А., Максютова А. Ф., Мустафин Х. М., Бакулина И. А., Кудрявцева И. В., Фаррахова Ф. И.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Уфа, Россия

Цель: оценить особенности внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом.

Материал и методы: под наблюдением находился 41 больной (средний возраст $76,2 \pm 3,6$ лет; 17 мужчин и 24 женщины) с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС). Из них постинфарктный кардиосклероз был у 22 (53,6%), стенокардия III ФК — у 12 (29,3%), нарушения ритма в виде наджелудочковых и желудочковых экстрасистол отмечались у 7 (17,1%) больных. Все пациенты страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа длительностью $7,2 \pm 2,5$ года. Артериальная гипертензия (АГ) наблюдалась у 28 (68,3%) больных. По результатам теста 6-минутной ходьбы (ТШМХ) диагностировали функциональный класс (ФК) ХСН, клиническое состояние оценивали по шкале в модификации Мареева В. Ю. (ШОКС). Комплекс обследования включал общеклиническое, лабораторное, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты: средний уровень гликированного гемоглобина был равен $7,4 \pm 2,3\%$. У 92,7% больных выявлены признаки ХСН с одышкой при нагрузке, отеками ног и гепатомегалией. У 90,2% пациентов наблюдалась дислипидемия: уровень общего холестерина составлял $5,9 \pm 0,7$ ммоль/л, триглицеридов — $2,3 \pm 0,5$ ммоль/л. По результатам ТШМХ выявлена ХСН I ФК у 63,4%, ХСН II ФК — у 24,4%, ХСН III ФК — 12,2% пациентов; по ШОКС — \$5CH I ФК у 70,7%, ХСН II ФК — у 19,5%, ХСН III ФК — у 9,8% больных. Фракция

выброса составила в среднем $56,3 \pm 2,4\%$, т. е. у пациентов наблюдалась сохраненная систолическая функция ЛЖ. При анализе данных СМАД у 73,2% больных выявлены дневные пики подъема АД, связанные с усилением одышки во время физических нагрузок. У 53,6% больных преобладал профиль АД с недостаточным снижением в ночные часы по суточному индексу (СИ) систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД («нондипперы»). По СИ САД число «нондипперов» составило 65,8%, а «гипердипперов» — 7,3%. По СИ ДАД число «нондипперов» составило 56,1%, а «гипердипперов» выявлено 9,8%. Число «найтпикеров» было примерно одинаковым по СИ САД (9,8%) и СИ ДАД (4,9%).

Выводы: у больных СД 2 типа и дислипидемией отмечалось наличие ХСН I и II ФК с сохраненной систолической функцией ЛЖ. Основными причинами развития ХСН являются ИБС и АГ, особенно в сочетании с СД 2 типа. При такой коморбидности отмечалось увеличение числа случаев с недостаточной степенью ночного снижения АД, что является прогностически неблагоприятным фактом.

159 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО РИСКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ ЭНАЛАПРИЛА С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ

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 фиксированной комбинацией эналаприла с гидрохлортиазидом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 больных с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска, которым проводилось лечение фиксированной комбинацией эналаприла с гидрохлортиазидом в дозе 20/12,5 мг в сутки. Динамика качества жизни изучалась с помощью опросника SF-36 через 3 месяца после начала лечения.

Результаты. Добавление к эналаприлу гидрохлортиазидов привело к изменению соотношения показателей отдельных шкал опросника SF-36 у пациентов с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска. При попарном сопоставлении соответствующих параметров до и после лечения больных обнаружено изменение их по шкале PF — с $48,0 \pm 2,7$ до $54,3 \pm 2,8$ баллов (+13,1%, $p < 0,05$); по шкале RP — с $50,4 \pm 2,0$ до $56,2 \pm 2,7$ баллов (+11,5%, $p < 0,05$); по шкале BP — с $52,0 \pm 1,5$ до $53,1 \pm 2,5$ баллов (+2,1%, $p > 0,05$); по шкале GH — с $57,0 \pm 2,0$ до $60,1 \pm 1,7$ баллов (+1,02%, $p > 0,05$); по шкале VT — с $54,2 \pm 2,3$ до $57,3 \pm 2,8$ баллов (+5,7%, $p > 0,05$); по шкале SF — с $55,1 \pm 2,9$ до $52,2 \pm 3,3$ баллов (–5,6%, $p > 0,05$); по шкале RE — с $47,2 \pm 3,0$ до $54,5 \pm 4,8$ баллов (+15,5%, $p < 0,05$); по шкале MH — с $48,2 \pm 2,3$ до $42,5 \pm 3,0$ баллов (–13,4%, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, фиксированная комбинация эналаприла с гидрохлортиазидом в дозе 20/12,5 мг через 3 месяца после начала лечения существенно повышала параметры качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией высокого дополнительного риска в большей степени за счет улучшения эмоционального состояния и повышения физической активности, положительно влияющих на жизнедеятельность пациентов.

160 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРТЕНИЛА (РОЗУВАСТАТИНА) У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА С ИБС И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Мальков К. Л.

ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер», 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).

Цель: оценка эффективности и безопасности 8-ми недельной терапии у пациентов с гиперлипидемией II типа.

Материал и методы. Наблюдение проведено простым открытым методом на базе поликлиники. 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 приема 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 холестерина 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 (что особо актуально в свете более жестких требований к характеристикам липидного спектра).

161 СОСТОЯНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Манасян А. Г., Липунова А. С., Ермолов С. Ю., Болдуева С. А., Сердюков С. В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Изменения в организме человека на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) носят полисистемный характер. Доказано, что нарушение функции гепатоцитов оказывает существенное влияние на развитие коронарного атеросклероза. Именно по этой причине особый интерес представляет изучение внутрипеченочной гемодинамики у пациентов с ИБС.

Цель: изучить состояние внутрисердечной гемодинамики и эндотелийзависимой вазодилатации у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Обследовано 60 человек, которые разделены на две группы. I группа — больные со стабильными формами ишемической болезни сердца — стенокардией II и III ф. кл. и коронарографически доказанными значимыми атеросклеротическими стенозами коронарных артерий ($n=30$), средний возраст — 62 ± 12 лет. Критериями исключения в исследование явились: наличие сахарного диабета, курение, заболевания печени в анамнезе, хроническое злоупотребление алкоголем (согласно опроснику CAGE). Все пациенты исследуемой группы получали терапию соответствующую российским национальным рекомендациям по ведению данной категории больных. II группа — сопоставимая по полу группа контроля, в которую вошли практически здоровые лица ($n=30$), средний возраст — 31 ± 10 лет. Внутрисердечная гемодинамика оценивалась с помощью полигепатографии — метода, основанного на совместном анализе нескольких реограмм (кривых кровенаполнения) портосердечной области и кривых центрального пульса, позволяющего получить данные о соотношении (балансе) притока (артериального и венозного) и оттока в синусоидах печени. Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД), оценивалась неинвазивным методом с помощью пробы с реактивной гиперемией (аппарат Endo-PAT 2000). Нарушение ЭЗВД определялось при снижении индекса реактивной гиперемии менее 1,67. Оценку результатов проводили в процентном соотношении.

Полученные результаты: У больных ИБС в 73,3% случаев ($n=22$) выявлено нарушение внутрисердечной гемодинамики (определялось выраженное затруднение артерио-венозного притока) и у тех же пациентов в 70% ($n=21$) случаев было отмечено нарушение эндотелийзависимой вазодилатации. В контрольной группе нарушений эндотелийзависимой вазодилатации и портосердечной гемодинамики выявлено не было.

Выводы: имеющиеся нарушения внутрисердечной гемодинамики у пациентов с ИБС, вероятно, связаны со снижением механизма артерио-венозной инъекции. Затруднение внутрисердечного кровотока сопровождалось системным нарушением эндотелийзависимой вазодилатации.

162 РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ТЕСТИРОВАНИЯ ПЕПТИДОВ-ИНГИБИТОРОВ ПРОПРОТЕИНКОНВЕРТАЗЫ PCSK9 — ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ НОВЫХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Мандельштам М. Ю., Поляков Д. С.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Пропропротеинконвертаза PCSK9 служит молекулярным шапероном для рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП), направляющим его на путь деградации. Редкие доминантные мутации gain-of-function в гене PCSK9 приводят к увеличению сродства пропротеинконвертазы к рецептору ЛНП и нарушению рециркуляции рецептора между везикулярным аппаратом клетки и клеточной мембраной, в результате чего рецептор вместе с захватываемым им ЛНП попадает в лизосомы и разрушается. Пациенты с подобными мутациями имеют липидный профиль характерный для семейной гиперхолестеринемии. Более часто встречающиеся мутации loss-of-function нарушают взаимодействие PCSK9 с рецептором ЛНП и имеют выраженный гиполипидемический и антиатерогенный эффект. Описаны пациенты, гомозиготные по мутациям PCSK9, которые жизнеспособны и фертильны. Экспрессия гена PCSK9, так же как и экспрессия рецептора ЛНП активируется под действием препаратов группы статинов, что снижает эффективность статиновой терапии. Было высказано предположение, что ингибиторы белка PCSK9 могут послужить серьезным дополнением к существующей

терапии. В настоящее время разрабатываются белковые блокаторы взаимодействия PCSK9 с рецептором ЛНП, включая моноклональные антитела и пептидные молекулы.

Цель: разработка пептидных блокаторов взаимодействия рецептора ЛНП с пропротеинконвертазой PCSK9 на основе молекул, мимикрирующих вовлеченный в связывание с PCSK9 фрагмент рецептора ЛНП и служащих конкурентными ингибиторами этого взаимодействия.

Результаты. На основе аминокислотной последовательности повтора А домена рецептора ЛНП, обладающего гомологией с предшественником эпидермального фактора роста, были сконструированы 40-членные пептиды ИЭМ29 и ИЭМ30, которые на основании моделирования должны были являться мощными конкурентными ингибиторами взаимодействия PCSK9 и рецептора ЛНП человека. Данные пептиды были растворены в щелочном буфере и их цистеиновые остатки были окислены кислородом воздуха путем инкубации в азобной среде в течение трех суток. Уменьшение молекулярной массы пептидов на шесть Дальтон в результате замыкания трех дисульфидных мостиков в каждом пептиде было подтверждено масс-спектрометрией. Для тестирования ингибиторной активности пептидов мы использовали твердофазный иммуноферментный анализ на основе набора фирмы «R&D Systems' Human PCSK9/ LDL R Complex DuoSet Development Kit» (каталожный номер DY5386).

Выводы. Разработанный метод твердофазного иммуноферментного анализа может быть использован для оценки способности пептидов препятствовать нормальному высокоаффинному взаимодействию PCSK9 с рецептором ЛНП человека.

Настоящее исследование проводится при финансовой поддержке гранта РФФИ 13-04-00902а.

163 ВОЗРАТНАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Мансурова Д. А., Каражанова Л. К.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Проблема возврата клиники коронарной недостаточности после успешной реваскуляризации является актуальной у разных групп пациентов и требует дальнейшего изучения данного вопроса.

Цель: провести анализ причин возвратной ишемии миокарда у пациентов, перенесших реваскуляризацию.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 53 больных, поступивших в кардиологическое отделение БСМП г. Семей с острым коронарным синдромом после реваскуляризации миокарда различной давности. Среди них 51 мужчина, средний возраст 56,5 лет, 2 женщины, средний возраст 68 лет. 22 (41,5%) пациента после аортокоронарного шунтирования, 31 (58,4%) пациент после чрескожного коронарного вмешательства. В анамнезе: перенесенный инфаркт миокарда у 50 (94,3%) больных, артериальная гипертензия у 48 (90,5%) больных, сахарный диабет у 8 (15,1%) больных, избыточная масса тела у 42 (79,2%) больных, дислипидемия у 23 (43,4%) больных, отягощенная наследственность по ИБС у 29 (54,7%), курение у 43 (81,1%) больных.

Пациентам проводились исследования: ЭКГ в динамике, ЭхоЭКГ, общие и биохимические анализы крови. У пациентов оценивали сроки возобновления клиники ишемии, наличие факторов риска ИБС, адекватность антиангинальной терапии.

Результаты. На основании клинических данных, динамики ЭКГ, лабораторных данных 11 (20,7%) пациентам выставлен повторный инфаркт миокарда, из них в 10 (90,9%) случаях передний распространенный инфаркт миокарда, в 1 (9,1%) случае — повторный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. Клиника ишемии миокарда у больных, перенесших АКШ возобновилась в среднем через 3 года и 2 месяца, из них у 5 (22,7%) пациентов развился повторный инфаркт миокарда. У больных, перенесших ЧКВ клиника ишемии миокарда возобновилась в среднем через 1 год 8 месяцев, из них у 6 (19,7%) пациентов — до 1 года.

Выводы. Выявлены различия частоты факторов риска в группах пациентов, перенесших ранее эндоваскулярное вмешательство по поводу ИБС. Мужчины исследуемой популяции моложе женщин и чаще страдают артериальной гипертензией (86,7%), курением (81,1%). У 50% больных отсутствует коррекция факторов риска ИБС. В сроке до двенадцати месяцев после ЧКВ у 50% больных основная причина возврата клиники ИБС — отсутствие целенаправленной вторичной медикаментозной профилактики.

164 АНАЛИЗ РОЛИ КОМПОНЕНТОВ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГИ В ПРОИСХОЖДЕНИИ МЕДЛЕННЫХ КОЛЕБАНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ И ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мартынов И. Д., Флейшман А. Н.

ФГБУ НИИ КППЗ СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Цель: определение происхождения низкочастотных колебаний вариабельности ритма сердца (ВРС) и роли барорецепторной дисфункции в формировании артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Было обследовано 52 человека в возрасте от 18 до 32 лет с нейрогенными обмороками в анамнезе. Исследовалась вариабельность ритма сердца, обрабатывались короткие участки кардиограммы, включавшие 256 интервалов R-R, зарегистрированных во время выполнения активной ортостатической пробы (АОП). Спектральный анализ методом быстрого преобразования Фурье позволил выделить волны в следующих частотных диапазонах: VLF — очень низкочастотные колебания в диапазоне 0,004–0,08 Гц, определяют активность нейроэндокринной регуляции; LF — низкочастотные колебания в диапазоне 0,09–0,16 Гц, отражают различные стороны барорецепторной регуляции; HF — высокочастотные колебания в диапазоне 0,17–0,5 Гц, связаны с активностью блуждающего нерва.

Результаты. При проведении АОП мы наблюдали снижение показателей LF в активную фазу пробы. Учитывая, что адаптация сердечно-сосудистой деятельности происходит за счет активации симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), мы можем предположить, что снижение показателей низкочастотных колебаний отражает не опосредуемую симпатическим отделом ВНС эфферентную импульсацию сердечно-сосудистого центра, а афферентную импульсацию с барорецепторов сосудов. Этим можно объяснить полученные в пробе результаты: снижение артериального давления (АД) и тормозящего влияния барорецепторов ведет к активации центральных отделов вегетативной регуляции, увеличению симпатического влияния на сердечно-сосудистую систему и повышению АД.

Выводы. Барорецепторная дисфункция описана еще в 1999 году Флейшманом А. Н. у лиц с риском развития АГ. Проявляется устойчивым повышением показателей LF у пациентов, не предъявлявших жалоб, с отсутствием клинических признаков симпатикотонии, и может объясняться нарушением барорецепторной чувствительности. Избыточная активность барорецепторов и усиленная афферентная импульсация приводит к неадекватному информированию высших регуляторных центров об изменениях АД. Нарушается чувствительность и пластичность работы сердечно-сосудистого центра.

Повышение АД уже не вызывает адекватной реакции, что приводит к устойчивой артериальной гипертензии. Формируется порочный круг: избыточная импульсация с барорецепторов ведет к снижению реактивности вегетативных центров, повышение АД еще больше усиливает барорецепторную афферентацию с дальнейшим уменьшением чувствительности сердечно-сосудистого центра.

При тяжелых формах АГ характерна депрессия LF, что может свидетельствовать об угнетении активности барорефлекторной регуляции.

165 СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Масленникова О. М., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Цель: оценка состояния кардиореспираторной системы у молодых людей, профессионально занимающихся спортом, для определения адаптационного резерва организма с использованием адаптационно-функционального индекса.

Материал и методы. Было обследовано 744 спортсмена, средний возраст составил 19,6±0,6 лет, из них 343 юноши и 401 девушка. Функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы изучали как в покое (ЭКГ, эхокардиография, бодиплетизмография), так и во время физической нагрузки (тредмил-тест, эргоспирометрия). Для комплексной оценки индивидуальной адаптации организма рассматривался адаптационно-функциональный индекс, представляющий собой сумму условных единиц по шестнадцати показателям, характеризующим состояние гемодинамики, респираторной системы, иммунореактивного статуса. Кроме того, оценивали минеральный обмен (магний, кальций), гормональный баланс (кортизол, Т 4). Вклад каждого показателя оценивался в условных единицах. Состояние механизмов адаптации расценивалось как удовлетворительное при физиологическом типе адаптации, напряженное и неудовлетворительное при пограничном типе, а также выделялся патофизиологический тип адаптации с дисфункцией различной степени тяжести.

Результаты. В целом все показатели, характеризующие состояние кардиореспираторной системы находились в пределах нормальных значений. Фракция выброса левого желудочка у юношей составила в среднем 64,7±1,7%, у девушек — 65±1,5%. Физическая работоспособность по результатам тредмил-теста составила у юношей 20,1±1,4 МЕТ, у девушек — 18,3±2,4 МЕТ. Состояние адаптации организма у большинства спортсменов (66,4%) было расценено как удовлетворительное (физиологическая адаптация). В то же время, у части спортсменов функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем было расценено как напряженное или неудовлетворительное. Патофизиологическая адаптация с дисфункцией легкой степени была выявлена у 7 спортсменов (0,9%). У значительного числа спортсменов определена пограничная адаптация: напряженное состояние механизмов адаптации выявлено у 30,8% обследованных (у 157 юношей и 72 девушек), у 1,9% — неудовлетворительное состояние. У юношей чаще определялась пограничная адаптация (напряженное ее состояние) — у 45,8%. У девушек в основном наблюдался физиологический тип адаптации (у 78,6%).

Выводы. Использование определения функциональных резервов организма, в частности, кардиореспираторной системы, с применением адаптационно-функционального индекса позволяет объективно оценить состояние адаптации у спортсменов в процессе тренировочного и соревновательного процесса. Выявление у спортсмена пограничного типа адаптации с неудовлетворительным состоянием ее механизмов, а также патофизиологического типа с дисфункцией должно стать поводом к пересмотру характера и интенсивности тренировочного процесса, а также к более активному применению реабилитационных программ.

166 ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Матвиенко Е. Е., Семенова Г. Г.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 2», Воронеж; ВГМА им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: сравнить эффективность амбулаторного лечения, включающего дозированные физические нагрузки, фармакотерапию с применением антигипертензивных препаратов и анксиолитика-адаптогена адаптола у женщин в постменопаузе с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. 85 пациенток в постменопаузе с первичной АГ (средний возраст $58,8 \pm 0,5$ года) были разделены на 3 группы: по 30, 25 и 30, соответственно. Всем больным назначалась антигипертензивная терапия, включавшая периндоприл 5–10 мг, индапамид ретард 1,5 мг, при недостаточном снижении АД — амлодипин 5 мг. Пациентки 2 группы дополнительно занимались лечебной физкультурой по специально разработанному комплексу в поликлинике и в домашних условиях. Больным 3 группы наряду с базисной терапией назначался адаптол по 500 мг 2 раза в день 2 месяца, затем по 500 мг 1 раз в день 1 месяц. Все больные прошли обучение в “Школе здоровья для пациентов с АГ”. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Исходно и к концу 3 месяца проводили клинко-лабораторное обследование, СМАД, оценивали качество жизни (КЖ) с помощью теста “САН” и опросника “SF-36”.

Результаты. Лечение во всех группах было эффективным и безопасным; на фоне терапии отмечалось снижение офисных значений САД и ДАД, показателей СМАД, улучшение КЖ. К концу 3 месяца целевой уровень АД был достигнут у 66 (77,6%) больных, в том числе у 22 (73,3%) пациенток в 1 группе, 20 (80%) в 2 группе и 24 (80%) в 3 группе. По данным СМАД, во всех группах снижались показатели САД и ДАД в дневное и ночное время, уменьшилось пульсовое АД и улучшился суточный ритм АД. Количество пациенток с нормальным суточным ритмом АД “dipper” увеличилось в группах: по САД — на 20, 22,7 и 23,8%, соответственно, по ДАД — на 20, 22,7 и 28%, соответственно. На фоне лечения с применением адаптола выявлено достоверное увеличение суточного индекса ДАД. Улучшение показателей КЖ по тесту “САН” и опроснику “SF-36” наблюдалось во всех группах. К концу наблюдения у пациенток 3 группы отмечались наиболее высокие показатели теста “САН”, прежде всего по шкале настроения, уменьшение тревожности и вегетативных расстройств. Пациентки 2 и 3 групп имели более высокие показатели КЖ по опроснику “SF-36”, при этом наиболее выраженная положительная динамика по шкале физической активности была выявлена во 2 группе, а по шкале психического здоровья — в 3 группе.

Выводы. Увеличение двигательной активности за счет регулярных дозированных физических нагрузок и добавление адаптола к базисной антигипертензивной терапии у женщин в постменопаузе с первичной АГ способствовало более частому достижению целевого уровня АД, оказывало благоприятное влияние на суточный ритм АД и качество жизни. Результаты исследования демонстрируют эффективность комплексного подхода с применением немедикаментозных мероприятий и психокорректирующей терапии в лечении данной категории больных.

167 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ЗАПЫЛЕННОСТИ

Мелентьев А. В., Вавилова В. А., Серебряков П. В.

ФБУН “Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана”, Москва, Россия

Цель: изучить частоту и особенности артериальной гипертензии (АГ) у работающих в условиях повышенной запыленности.

Материал и методы. Проведено комплексное клинко-функциональное обследование кардиореспираторной системы у 182 человек, работавших, либо продолжающих работать в условиях повышенной запыленности. Все обследованные — мужчины, средний возраст составил — $55,8 \pm 8,4$ года, средний стаж работы во вредных условиях — $22,8 \pm 8,0$ года. Проводилось клинко-лабораторное обследование,

спирометрия, электрокардиография (ЭКГ), доплероэхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления (АД). Пациенты были рандомизированы в 4 клинические группы. Первая группа ($n=70$) представлена больными хроническим пылевым бронхитом (ХПБ), 1А группа ($n=49$) — лица с подозрением на ХПБ. Вторую группу составили больные пневмокониозом (ПК) ($n=48$), 2А группу — пациенты с подозрением на ПК.

Результаты. Сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 74,7% обследованных, из них у 34% — артериальная гипертензия, у 27,5% — сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца (ИБС). Наиболее часто АГ диагностировалась у больных ХПБ, ПК и лиц с подозрением на ХПБ — в $62,9 \pm 5,8\%$, $62,5 \pm 7,0\%$ и $67,4 \pm 6,7\%$ случаев, в том числе в сочетании с ИБС ($34,3 \pm 5,6\%$, $29,2 \pm 6,6\%$ и $18,4 \pm 5,5\%$ соответственно). В группе с подозрением на ПК в $13,3 \pm 8,8\%$ случаев выявлена изолированная АГ и в $20,0 \pm 10,3\%$ — в сочетании с ИБС. АГ относилась преимущественно к 1 и 2 степени. Больные ХПБ чаще страдали АГ 1 ст. — 61%. В группе больных ПК и группах с подозрением на пылевые заболевания одинаково часто выявлялась 1 и 2 степень АГ. По данным суточного мониторирования АД выявлено отличие по суточному индексу (СИ) систолического артериального давления (САД). Во всех группах были больные с недостаточным снижением СИ САД в ночное время, что ассоциируется с увеличением риска развития инсультов, гипертрофии левого желудочка, микроальбуминурии. У больных ХПБ и ПК выявлены отрицательные показатели СИ, что характеризует злокачественное течение АГ, раннее развитие хронической почечной и сердечной недостаточности.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости сочетанной сердечно-сосудистой и легочной патологии у рабочих пылевых профессий, что необходимо учитывать при проведении предварительных и периодических медицинских осмотрах. Кроме того, необходим дифференцированный подход к выбору антигипертензивной и бронхолитической терапии с учетом особенностей патогенеза сочетанной патологии.

168 ЧАСТОТА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Мензоров М. В.¹, Шутов А. М.¹, Парфенова Е. А.¹, Грищенко И. Ю.¹, Прокина О. Ф.¹, Голубчиков А. Ю.²

¹Ульяновский государственный университет, Ульяновск;
²ГУЗ Центральная городская клиническая больница, Ульяновск, Россия

Цель: оценить 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). Уточнить связь ОПП с используемым тромболитическим препаратом.

Материал и методы. Обследовано 232 больных ОИМпST, которым была выполнена ТЛТ. При этом, у 162 (70%) пациентов применялась стрептокиназа (РУП “Белмедпрепараты”, Республика Беларусь), а у 70 (30%) — актилизе (Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ и Ко.КГ, Германия). Мужчин было 183 (79%), женщин — 49 (21%), средний возраст больных составил 57 ± 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 Т. Killip (1967). ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендаций KDIGO (2012). Мы не располагали информацией о креатинине сыворотки пациентов до заболевания, поэтому за исходный принимали креатинин при поступлении, оценивали его изменение в динамике через 48 часов. Ни у одного из обследованных нами

больных не было показаний для катетеризации мочевого пузыря, поэтому диурез определяли, основываясь на самостоятельном мочеиспускании больных.

Результаты. Среднее время от появления клинической картины заболевания до момента госпитализации составило 2,5 (ИКР:1,67–3,96) часа. ТЛТ была эффективна у 171 (74%) больного. Только у 20 (9%) пациентов тяжесть ОШН соответствовала 3 и 4 классу по Killip. Диурез составил 0,5 (ИКР:0,38–0,74) мл/ч/кг. ОПП по диурезу (ОППд) наблюдалось у 81 (35%) пациентов. Креатинин в момент госпитализации составил – 100,2 (ИКР:86,10–118,65) мкмоль/л, на 3 сутки – 107,2 (ИКР:96,5–125,8) мкмоль/л. ОПП по креатинину (ОППкр) выявлено у 58 (25%) больных. Частота ОППд не зависела от того, какой тромболитик применялся с целью реперфузии ($\chi^2=0,23$; $p=0,63$). В то же время, частота ОППкр у пациентов, которым вводилась стрептокиназа была выше, чем у больных, где в качестве тромболитика использовалась актилизе ($\chi^2=12,73$; $p=0,0004$). Установлено, что уровень креатинина на 3 сутки достоверно увеличивался после введения стрептокиназы (99,8 (ИКР:85,00–117,00) и 110,4 (ИКР:97,90–113,30) мкмоль/л, $p=0,002$), чего не наблюдалось при использовании актилизе (101,1 (ИКР:92,00–119,00) и 103,0 (ИКР:93,00–119,70) мкмоль/л, $p=0,09$). Следует отметить, что гипотония во время ТЛТ так же развивалась чаще у больных которым вводилась стрептокиназа (ОР 2,02; 95% ДИ: 1,01–4,03; $p=0,04$).

Выводы. У 1/3 больных ОИМпСТ, подвергнутых ТЛТ, имеется острое повреждение почек по диурезу. ОПП по динамике креатинина выявляется чуть реже, у 25% пациентов. При этом, частота ОПП достоверно выше при использовании в качестве тромболитика – стрептокиназы. Вероятно, это связано с более частым развитием гипотонии на фоне ее введения.

169 ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЛЁГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мерзлякин Л. А., Афанасьев А. Я., Смирнов В. В., Замятина О. В., Рыжова Т. В.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, ФГБУ ИПК ФМБА России, Москва, Россия

Лечение лёгочной гипертензии и лёгочного сердца у больных с заболеваниями легких различной (профессиональной и непрофессиональной) этиологии должно быть ранним, комплексным, влиять на различные звенья патогенеза, проводиться с учётом механизмов основной патологии, нарушений газообмена, степени лёгочной гипертензии, выраженности дыхательной и правожелудочковой сердечной недостаточности.

Использование для лечения пациентов лёгочной гипертензией комбинации лекарственных препаратов, воздействующих на различные патофизиологические механизмы её развития, является чрезвычайно привлекательным подходом. При этом возможно одновременное назначение одного, двух препаратов к предшествующей терапии, которая оказалась недостаточно эффективной. В последние годы, наряду с традиционной терапией, всё шире начали применяться разнообразные немедикаментозные методы лечения.

Антагонисты кальция, антикоагулянты, кислородотерапия, сердечные гликозиды, несмотря на отсутствие соответствующих рандомизированных исследований, составляют стандартную терапию, широко применяемую у больных лёгочной гипертензией. Вместе с тем появились новые группы лекарственных препаратов, эффективность и безопасность которых доказана результатами контролируемых исследований.

Учитывая, что большинство больных с лёгочной гипертензией – это больные с хронической дыхательной (вентиляционной) недостаточностью, в комплексную терапию должны включаться препараты и проводиться мероприятия, направленные на улучшение альвеолярной вентиляции и бронхиальной проходимости (бронхолитики, деконгестанты, муколи-

тики, экспекторанты), восстановление нарушенного вентиляционно-перфузионного баланса.

Наибольшие перспективы в лечении больных с лёгочной гипертензией связаны с использованием ингаляций оксида азота. При этом отмечаются все эффекты, свойственные эндотелийрасслабляющему фактору. Диффундируя через альвеолярную мембрану, оксид азота попадает в гладкомышечные клетки артерий и артериол, повышая уровень цГМФ, который инициирует каскад реакций, приводящих в конечном счёте к снижению тонуса гладкой мускулатуры сосудов. Больным лёгочной гипертензией проводятся с хорошим эффектом 2–3-х недельные курсы ингаляционного оксида азота 20–40 ppm в течение 5–6 часов в сутки.

К числу рекомендованных для лечения лёгочной гипертензии в настоящее время относятся дигидропиридиновые антагонисты кальция и дилтиазем, которые присоединяют к терапии с ранних стадий формирования лёгочной гипертензии. Они эффективны при обострении бронхиальной обструкции, но могут назначаться и в ремиссии болезни.

При стабильной лёгочной гипертензии и начинающейся декомпенсации лёгочного сердца эффективны нитраты, осуществляющие разгрузку объёмом правого сердца. Обосновано включение в комплексную терапию ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, антагонистов рецепторов ангиотензина-2, антагонистов рецепторов эндотелина, диуретиков.

170 БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА – ПАТОЛОГИЯ ИЛИ ВАРИАНТ НОРМЫ?

Мерзлякин Л. А., Щеглова Ю. М.

ФГБУ “ФМБЦ им. А. И. Бурназяна”, Москва, Россия

Нередко случайной находкой при регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) является блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ). В этом случае перед лечащим врачом всегда встает вопрос, являются ли данные изменения ЭКГ признаком какого-то заболевания или являются вариантом нормы.

Цель: установить связь БПНПГ с патологией легочной и/или сердечнососудистой системы.

Материал и методы. Обследовано 74 пациента, у которых при регистрации ЭКГ была выявлена БПНПГ. Критериями включения в диагноз были: продолжительность комплекса QRS более 0,12с, высокий зубец R или R¹ в отведениях V1, V2, дискордантное положение сегмента ST и зубца T по отношению к комплексу QRS. Средний возраст пациентов составил 49,5±6,7. Обследовано 56 (75,7%) мужчин и 18 (24,3%) женщин. Пациентам проводилось комплексное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, динамическая регистрация ЭКГ, Эхо-кардиографическое исследование, холтеровское мониторирование ЭКГ, рентгенография грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания.

Результаты. В результате проведенного обследования, у 5 (6,8%) пациентов не выявлено патологии органов дыхания и кровообращения, при этом они были мужчинами в возрасте до 35 лет.

У 2 (2,7%) пациентов (мужчин) выявлена гипертрофическая кардиомиопатия, их возраст составил 41 и 39 лет. У 1 (1,3%) мужчины в возрасте 32 лет диагностирован дефект межжелудочковой перегородки без клинических признаков сердечной недостаточности.

У 42 пациента (56,8%) отмечалась гипертоническая болезнь, средней длительностью 4,7±1,3 лет. В этой группе пациентов было 14 женщин и 28 мужчин. Возраст пациентов в этой группе был старше 50 лет. Из 42 человек 13 пациентов не принимали регулярно гипотензивные препараты, у остальных на фоне лечения целевые цифры артериального давления достигнуты не были.

4 (5,4%) пациента длительно страдали хронической обструктивной болезнью легких, при обследовании у них выявлены признаки легочной гипертензии и хронического легочного сердца. Из них было 3 мужчины с хроническим

обструктивным бронхитом и 1 женщина с бронхиальной астмой тяжелого течения.

Оставшиеся 20 (27%) пациентов, из которых было 3 женщины и 17 мужчин страдали различными формами ишемической болезни сердца. Из них 10 пациентов перенесли инфаркт миокарда, у 6 пациентов блокада правой ножки сочеталась с атриовентрикулярной блокадой 1 степени.

Заключение. У 69 (72,3%) пациентов из 74 обследованных выявлена патология органов дыхания или кровообращения. При этом патология органов кровообращения диагностировалась у 87,8%, заболевания легких с формированием хронического легочного сердца лишь у 5,4%.

Вывод. Блокада правой ножки пучка Гиса в 72,3% случаев сочетается с патологией сердца (первичной или вторичной при заболевании легких) и только в 6,8% случаев при выявлении у молодых лиц мужского пола может протекать без признаков явной патологии сердечнососудистой системы.

171 ОБЫЧНЫЙ ИМПУЛЬСНОВОЛНОВОЙ ДОППЛЕР В ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ

Мирзоян Е. С., Неласов Н. Ю., Бабаев М. В.

ГБОУ ВПО "РостГМУ" Минздрав России, Ростов-на-Дону, Россия

Только 10% эхокардиографов в России оборудованы тканевым доплером и почти 100% обычным импульсно-волновым доплером. Сегодня настоятельно рекомендуется использовать тканевой доплер для оценки функционального состояния левого желудочка. На кафедре ультразвуковой диагностики ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета мы заметили, что кривая импульсно-волнового доплера, полученная от митрального кольца напоминает спектрограмму тканевого доплера. Мы решили проанализировать, может ли быть использован для диагностических целей импульсно-волновой доплер, а не тканевой?

Цель: проанализировать корреляцию скоростных показателей гомологичных компонентов тканевой доплерограммы и обычной импульсно-волновой спектрограммы зарегистрированных при размещении датчика в апикальной позиции, а контрольного объема на уровне латеральных краев митрального и трикуспидального клапанов.

Материал и методы. Было обследовано 26 человек; из них 10 здоровых и 16 пациентов с различной кардиальной патологией. Всем обследованным была проведена доплерэхокардиография. Проведено сравнение чувствительности и диагностической эффективности традиционных скоростных показателей sl , el и al тканевого доплера на уровне фиброзного кольца митрального и трикуспидального клапанов и скорости новых показателей sl' , el' и al' обычного импульсно-волнового доплера на уровне латеральных краев митрального и трикуспидального клапанов.

Результаты. Во всех зарегистрированных случаях импульсно-волновая спектрограмма была четкой и скоростные параметры можно измерять легко. Визуально кривые обычного импульсно-волнового и тканевого доплера были очень похожи, но скоростные пики систолического и диастолического компонентов тканевого доплера были меньше, чем гомологичных компонентов обычного импульсно-волнового доплера ($sl'=9,4\pm 2,3$ см/с по сравнению $sl=15,1\pm 3,4$ см/с; $el'=11,5\pm 4,3$ см/с по сравнению $el=17,5\pm 4,7$ см/с; $al'=9,3\pm 1,9$ см/с по сравнению $al=15,7\pm 3,5$ см/с). Высокие уровни корреляции были обнаружены между sl' и sl ($r=.75$, $sl=4,8+1,1*sl'$), el' и el ($r=.81$, $el=8,7+.87*el'$), al' и al ($r=.64$, $al=4,7+1,2*al'$).

Выводы. Таким образом, нами была получена отличная корреляция между гомологичными компонентами тканевого и обычного импульсно-волнового доплера. Это означает, что импульсно-волновой доплер может быть использован для оценки систолической и диастолической функций левого и правого желудочков сердца в случаях, когда тканевой доплер недоступен.

172 УРОВНИ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДОБРОВОЛЬЦЕВ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Миролюбова О. А., Яковлева А. С., Вахрушева Ю. В., Хлопина И. А.

Северный государственный медицинский университет, ГБУЗ "1-я городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич", Архангельск, Россия

В настоящее время наряду с другими маркерами воспаления внимание исследователей привлечено к субпопуляции Th1 лимфоцитов, которые имеют $CD4^+CD28^{null}$ фенотип. Эти клетки обладают дестабилизирующими атеросклеротическую бляшку свойствами.

Цель. Определить содержание С-реактивного белка (СРБ), общего числа лимфоцитов и $CD4^+CD28^{null}$ Т-клеток у добровольцев и выявить ассоциации с традиционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. В работу включены 31 человек, 14 мужчин (45,2%) и 17 женщин (54,8%), возраст — $43,9\pm 8,5$ года, преимущественно медицинские работники. Среди них не было лиц категории очень высокого риска и больных с сахарным диабетом. Отягощенная наследственность была у 15 человек (48,4%). Скорость клубочковой фильтрации у всех исследуемых была более 60 мл/мин/1,73м². Курение выявлено у 4 человек (12,9%), артериальная гипертония (АГ) у 7 (22,6%), избыточная масса тела — у 18 (58,1%). Медиана общего холестерина (ХС) составила 5,7 ммоль/л, ХС ЛПНП — 3,29 ммоль/л. Снижение ХС ЛПВП определено у 6 человек (19,4%), повышение триглицеридов (ТГ) — у 13 (41,9%). Исследование субпопуляций Т-клеток выполнено методом проточной цитометрии. Данные представлены как $M\pm SD$ или Md (Q25 — Q75).

Результаты. Md СРБ составила 1,0 (0,6—1,9) мг/л. Уровень СРБ более 2 мг/л выявлен у 7 человек (23%). Найдены корреляционные связи между уровнем систолического АД (сАД) и индексом массы тела (ИМТ) ($sp.=0,465$; $p=0,008$), уровнем креатинина ($sp.=0,476$; $p=0,007$) и СРБ ($sp.=0,375$; $p=0,031$). Имеется ассоциация между концентрацией СРБ и уровнем креатинина ($sp.=0,465$; $p=0,010$). Абсолютное (Абс.) содержание лимфоцитов составило — $2,29\pm 0,63*10^9$ /л, относительное — $36,9\pm 6,6\%$. Выявлено значимое увеличение уровня лимфоцитов у лиц с отягощенной наследственностью ($2,53\pm 0,74*10^9$ /л против $2,08\pm 0,44*10^9$ /л у лиц без отягощенной наследственности). Найдена корреляция между уровнями ТГ и абс. содержанием лимфоцитов ($sp.=0,512$; $p=0,004$). Абс. содержание $CD4^+CD28^{null}$ Т-клеток составило Md $0,071*10^9$ /л ($0,037*10^9$ /л, $0,104*10^9$ /л), относительное — $3,89\pm 2,78\%$. Представляет интерес их увеличение у лиц с повышением ХС ЛПНП. У лиц с ХС ЛПНП $\geq 3,29$ ммоль/л абс. содержание $CD4^+CD28^{null}$ Т-клеток составило $0,11\pm 0,08*10^9$ /л против $0,06\pm 0,04*10^9$ /л у добровольцев с ХС ЛПНП $< 3,29$ ммоль/л ($p=0,031$), относительное — $5,13\pm 3,78\%$ против $2,48\pm 1,64\%$, соответственно, ($p=0,020$).

Заключение. Здоровые добровольцы с факторами сердечно-сосудистого риска и отягощенной наследственностью по ИБС имеют более высокое содержание лимфоцитов в периферической крови. У лиц с повышением ХС ЛПНП более 3,29 ммоль/л повышено содержание Т-клеток с $CD4^+CD28^{null}$ фенотипом. Маркер системного воспаления СРБ ассоциирован с сАД и уровнем креатинина. сАД у здоровых добровольцев ассоциировано с ИМТ. Таким образом, определены связи между традиционными факторами риска и новыми маркерами системного сосудистого воспаления, что привлекательно для стратификации риска.

173 РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СРЕДИ ЮНЫХ ХОККЕИСТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Митусова М. А.

ГБУЗ “Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы”, филиал № 15, Москва, Россия

Цель: выявление нарушений ритма и проводимости среди юных хоккеистов с малыми аномалиями сердца, занимающихся в детско-юношеских спортивных школах (ДЮСШ) и специализированных детско-юношеских (спортивных) школах олимпийского резерва (СДЮСШОР) в Южном административном округе.

Материал и методы. Обследованы юные спортсмены (236 человек), занимающиеся хоккеем. Возраст 6–16 лет, стаж занятий спортом от 1 года до 11 лет, тренировки 5–6 тренировок по 1,5 часа в неделю. Все спортсмены были осмотрены спортивным врачом, антропометрия, узкими специалистами, всем сделано электрокардиограмма (ЭКГ) и эхокардиограмма (ЭхоКГ).

Результаты. По данным ЭКГ исследования было выявлено: синусовая аритмия — у 24, синдром ранней реполяризации — у 64, нарушения процессов реполяризации — у 122, синусовая брадикардия — у 8 человек, желудочковые экстрасистолы — у 3 человек, нарушения внутрижелудочковой проводимости — 2, нарушения внутрисердечной проводимости — у 5 человек, синусовый ритм выявлен у 9 человек. В процессе многолетней тренировки у спортсменов со стажем 8–11 лет, с малыми аномалиями развития сердца (аномальные хорды и дополнительные трабекулы), были выявлены неоднократные нарушения процессов реполяризации и синдром ранней реполяризации желудочков, при несоответствии физической нагрузки возможностям организма юного спортсмена.

При проведении эхокардиографии у 236 спортсменов выявлены такие особенности строения сердца (малые аномалии сердца): пролапс митрального клапана у 111, аномальные хорды — у 153, дополнительные трабекулы — у 68 человек.

У 186 спортсменов с нарушениями процессов реполяризации и синдромом ранней реполяризации желудочков были выявлены малые аномалии сердца: аномальные хорды — у 124, дополнительные трабекулы — у 29, пролапс митрального клапана 0–1 и 1 степени — у 83.

Выводы. У всех спортсменов с малыми аномалиями сердца обнаружены нарушения процессов реполяризации и синдромом ранней реполяризации (у некоторых спортсменов имеются 2 и более аномалии). При наличии малых аномалий сердца развития и при большом стаже занятий хоккеем возникает риск возникновения нарушений ритма и проводимости в старшем возрасте.

174 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Морозова Т. Е., Андрущишина Т. Б., Латыпова Е. Р.
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить возможности фармакологической коррекции биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции, воспаления, активности адипоцитов и инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Уровни эндотелина-1 (Biomedica Gruppe), С-реактивного белка (Orion Diagnostics), лептина (Leptin ELISA, DBC), адипонектина (Biovendor Human Adiponectin ELISA), глюкозы и инсулина (Mercodia Insulin ELISA) у 59 больных АГ и МС (30 мужчин и 29 женщин) определяли исходно и через 12 недель лечения зофеноприлом в средней суточной дозе $22,17 \pm 18,38$ мг и небивололом в средней суточной дозе $4,33 \pm 1,48$ мг. МС диагностировался при наличии 3 из 5 критериев АНА/НHLBI (2005г). Степень выраженности инсулинорезистентности определялась по индексу НОМА-IR, вычисляемому по формуле: Индекс инсулинорезистентности = гликемия натощак (ммоль/л) $\times$ базальный уровень инсулина (мкЕд/мл) / 22,5.

Результаты. Уровень эндотелина-1 снизился с $0,38$ ($0,25; 1,03$) до $0,34$ ($0,14; 0,88$) фмоль/мл ($p=0,05$) на фоне зофеноприла и с $0,37$ ($0,25; 0,89$) до $0,27$ ($0,18; 0,83$) фмоль/мл ($p=0,001$) на фоне небиволола; СРБ — с $3,35$ ($2,25; 6,31$) до $2,9$ ($1,34; 4,38$) мг/л ($p=0,05$) и с $2,67$ ($1,95; 3,89$) до $2,2$ ($1,18; 4,13$) мг/л ($p=0,001$) соответственно; уровень лептина снизился с $18,7$ ($12,8; 34,0$) до $17,5$ ($12,5; 30,6$) нг/мин ($p=0,001$) под влиянием зофеноприла и имел тенденцию к снижению под влиянием небиволола с $24,7$ ($14,3; 47,1$) до $23,8$ ($13,6; 40,3$) нг/мл ($p=0,34$); ICAM — с $323,9$ ($242,25; 512,31$) до $315,47$ нг/мл ($187,31; 424,38$) и с $329,16$ ($271,33; 413,71$) до $320,5$ ($218,18; 314,13$) нг/мл ($p=0,001$) соответственно. Уровень адипонектина под влиянием зофеноприла достоверно повысился только у женщин с $12,2$ ($9,7; 15,2$) до $13,9$ ($11,5; 16,9$) мкг/мл ($p=0,03$). Под влияние небиволола концентрация адипонектина достоверно снизилась только у мужчин с $6,2$ ($5,3; 9,6$) до $4,8$ ($5,3; 9,6$) мкг/мл, ($p=0,001$). Индекс НОМА-IR снизился с $3,71$ ($1,09; 6,96$) до $2,44$ ($0,76; 4,69$) ($p=0,0064$) под влиянием зофеноприла и с $3,75$ ($2,91; 4,6$) до $3,4$ ($2,26; 4,53$) ($p=0,6$) под влиянием небиволола. Отмечено достоверное снижение индекса НОМА-IR у мужчин с $4,04$ ($2,99; 5,11$) до $2,38$ ($1,83; 2,93$) ($p=0,0059$) в группе зофеноприла.

Выводы. У больных АГ и МС ингибитор АПФ зофеноприл и высокоселективный бета-адреноблокатор небиволол демонстрируют возможности фармакологической коррекции биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции, воспаления, активности адипоцитов и инсулинорезистентности.

175 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Мравян С. Р., Петрухин В. А., Пронина В. П., Фёдорова С. И., Торшина З. В.
МОНИИАГ, Москва, Россия

Цель: оценка рациональных методов ведения беременных с искусственными клапанами сердца.

Материал и методы. В МОНИИАГ с 2005 по 2012 годы наблюдалось 8 беременных с искусственными клапанами сердца: у 3 — протезирован биологический искусственный клапан (БИК) в митральную позицию (из них у 1 — по поводу перенесенного инфекционного эндокардита), у 1 — в трикуспидальную (по поводу аномалии Эбштейна). Пять пациенток перенесли в анамнезе протезирование механического искусственного клапана (МИК) в аортальную позицию по поводу врожденного порока сердца. МИК были представлены поворотными и двустворчатыми устройствами (ЭМИКС, КАРБОНИКС, St.Jude). Результат хирургической операции оценивался как хороший. У всех пациенток в каждом триместре беременности проводилось ЭхоКГ исследование с оценкой параметров сократимости миокарда по общепринятым критериям. Пациентки с БИК не получали антикоагулянтной и дезагрегантной терапии. У четырех пациенток с МИК варфарин с 6-й до 15-й и с 35-й недель беременности был заменен на фраксипарин $0,3$ мг $\times$ 2 раза в сутки подкожно при отсутствии контроля за анти-Ха-активностью. Инъекция фраксипарина прекращалась за 12 часов до родов. Дозировка варфарина составила от 5 до 20 мг в сутки под контролем международного нормализованного отношения (МНО). У одной пациентки достижение целевых значений МНО потребовало в течение беременности увеличения дозировки варфарина с 10 мг до 20 мг в сутки к 39 недели гестации. Одна пациентка с МИК не отменяла прием варфарина в первые две недели гестации.

Результаты. Все беременные родоразрешены через естественные родовые пути на доношенном сроке с введением программированных родов, что позволило осуществить отмену фраксипарина, одна пациентка родоразрешена в тазовом приложении (фраксипарин отменен за 8 часов до родов). Оценка новорожденных составила 8–9 баллов. Случаев тромбозов, кровотечений, варфариновой эмбриопатии, материнской, перинатальной и детской смертности не было. Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии на фоне приема адекватных доз варфарина.

Выводы. Обращает внимание наличие у наших пациенток современных клапанных протезов с низкой тромбогенностью, отсутствие МИК митральной локализации, исходных кардиальных осложнений (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, обострения инфекционного эндокардита), что, возможно, во многом обусловило благоприятный прогноз как в отношении матери, так и плода. При ведении беременных с МИК требуется тщательная оценка возможного наличия факторов риска тромбоза клапана и тромбоэмболических осложнений, к которым относятся шаровые протезы, имплантация МИК в митральную позицию, мерцательная аритмия и эпизоды тромбоэмболий в анамнезе. В этих случаях на фоне приема варфарина требуется достижение более высоких цифр МНО, а также внутривенное использование гепарина, начиная с 35-й недели гестации.

176 ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЭЛЕКТРИЧЕСКИМИ СИСТЕМАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РИТМ СЕРДЦА

Мравян С. Р., Петрухин В. А., Федорова С. И., Коваленко Т. С. МОНИИАГ, Москва, Россия

Цель: анализ течения беременности и способов родоразрешения после имплантации систем электрического воздействия на ритм сердца матери — электрокардиостимуляторов (ЭКС) и кардиовертеров-дефибрилляторов (КД).

Материал и методы. Подвергнуты анализу амбулаторные карты и истории течения родов 36 женщин с ЭКС и 2 — с КД. Причиной имплантации ЭКС (в сроки от 8 лет до наступления беременности до 15 недель беременности) являлись у 7 больных — миокардитический кардиосклероз, у 1 пациентки — корригированная транспозиция магистральных артерий (КТМС). У 2 пациенток имплантация ЭКС выполнена во время беременности (у одной — на сроке 15 недель беременности в связи с АВ-блокадой, асистолией 8,7с и приступами МЭС); еще у одной — с КТМС на сроке 25 недель в связи с выявленной АВ блокадой 2-й степени и эквивалентами МЭС; у одной больной имплантирован временный ЭКС на сроке 36 недель беременности по поводу врожденной формы полной АВ блокады. Таким образом, у подавляющего числа пациенток (27 больных) имплантация ЭКС осуществлялась по поводу врожденной формы полной АВ блокады. У всех беременных регистрировались ЭКГ, ЭхоКГ и, при показаниях, проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Имплантация ИКД осуществлялась у пациенток за 1–3 года до наступления беременности по поводу синдрома удлиненного интервала QT (у одной пациентки в связи с остаточной сердечной деятельностью).

Результаты. У 19 пациенток (52,8%) осуществлялась имплантация ЭКС в режиме DDD (из них у 5 проводилась реимплантация), у 3 (8,3%) — в режиме AA1, у 12 (33,3%) — в режиме VVI. Еще у 4 пациенток (11,1%) установить вид ЭКГ не удалось (отсутствовали выписки, сохранялся синусовый ритм). Не выявлено достоверных различий в ЭхоКГ параметрах сократимости между пациентками с врожденными формами АВ блокад и миокардитическим кардиосклерозом. У всех пациенток (кроме больной с КТМС — кесарево сечение) роды завершились через естественные родовые пути с оценкой новорожденных по Апгар 8–9 баллов. У пациенток с КД “срабатывание” устройства отмечено в одном случае во время родов (при внутривенном введении папаверина).

Выводы. Ведение беременных с ЭКС и КД требует анализа причины развившейся патологии, а имплантация ЭКС по витальным показаниям возможна на любом сроке беременности. При сохраненной сократительной функции миокарда потуги, использование любых препаратов не противопоказаны. Тип ЭКС не оказывает влияния на течение беременности и выбор способа родоразрешения. Имплантация временного ЭКС показана только при невозможности проведения постоянной ЭКС или преходящем характере блокады (миокардит) Кардиотокография и УЗИ плода на фоне ЭКС безопасны для беременной и плода. Проведение самостоятельных родов у пациенток с КД безопасно в отношении

матери и плода. При проведении кесарева сечения по акушерским показаниям у женщин с КД с целью исключения “срабатывания” устройства при тахикардии (синусовая, фибрилляция предсердий) рекомендуется программирование устройства с переводом в режим мониторингирования. В послеоперационном периоде показан перевод КД в рабочий режим.

177 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А. В.

ОБУЗ “Кардиологический диспансер”, Иваново, Россия

Проблема восстановления синусового ритма (СР) при фибрилляции предсердий (ФП) является важным аспектом практической кардиологии. Электрическая кардиоверсия (ЭКВ) — один из наиболее эффективных методов восстановления СР при персистирующей форме ФП. Разработаны критерии отбора пациентов для данной процедуры, но с точностью прогнозировать ее исход по-прежнему не удается.

Цель: определить прогностическое значение метода вариальности ритма сердца (ВРС) для определения исхода ЭКВ у больных с персистирующей формой ФП.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ОБУЗ “Кардиологический диспансер” города Иваново. В исследование включено 62 пациента (41 мужчина и 21 женщина) с персистирующей формой ФП длительностью менее 1 года. Средний возраст больных составил $52,3 \pm 6,4$ года. У всех пациентов были нормальные размеры левого предсердия и сохраненная систолическая функция левого желудочка. Подготовка к ЭКВ осуществлялась в соответствии с национальными рекомендациями по ведению больных с ФП. Перед исследованием проводилась оценка ВРС путем записи 5-минутного отрезка ЭКГ, оценивались временные (RRNN, SDNN) и спектральные (TP, LF, LF/HF, VLF) показатели ВРС на фоне аритмии.

Результаты. По результатам ЭКВ пациенты разделились на 2 группы: с успешным восстановлением СР (1 группа) — 52 человека и с сохранением ФП (2 группа) — 10 человек. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, размерам полостей сердца.

Отбор показателей ВРС для включения в модель бинарной классификации проводился методом дисперсионного анализа. В качестве классификационной модели прогнозирования использовалось “дерево решений”. При построении модели выявлено, что наиболее высокий ранг значимости для предсказания восстановления СР получен для частотных показателей: LF (100 баллов), LF/HF (71 балл) и VLF (60 баллов), а из временных показателей наибольшее значение имели SDNN (60 баллов) и RRNN (55 баллов). Использование этих показателей в специальной компьютерной программе позволяло с высокой точностью (до 90%) предсказать исход ЭКВ у данной категории пациентов.

Выводы. Наибольшую прогностическую значимость для предсказания исхода ЭКВ у больных с персистирующей формой ФП имеют следующие показатели ВРС: LF, LF/HF и VLF, а также SDNN и RRNN.

178 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мухарьямов Ф. Ю.¹, Иванова Е. С.²

¹ГБУ “Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы”, Москва; ²Филиал по медицинской профилактике ГБУЗМО КЦВМИР, Москва, Россия

В настоящее время все большую актуальность приобретает применение новых технологий физиотерапии (ФТ) в процессе медицинской реабилитации (МР) больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Цель: изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материал и методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование вариабельности ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спирометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), исследование газов крови транскутанным методом (ГКТК), биорезонансная технология — МОРА-диагностика. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (152 муж. и 91 жен., средний возраст $62 \pm 4,3$ года) и 245 больных АГ (127 муж. и 118 жен., средний возраст — $48 \pm 5,6$ лет), а также 63 больных с респираторной патологией — бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0 — I степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст $49 \pm 2,6$ лет). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергетической резонансной терапии — БЕМЕР или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Результаты. Показаны различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ — более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Использование методов биоэнергетической резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и толерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА нарушениями позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

179 ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Иванова Е. С.¹, Мухарлямов Ф. Ю.², Разумов А. Н.²

¹Филиал по медицинской профилактике ГБУЗ МО “Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации”, Москва; ²ГБУЗ “Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ Москвы”, Москва, Россия

Цель: создание и обоснование программ восстановительного лечения (ВЛ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 87 больных, страдающих ГБ (22 человека — I ст., 49 — II ст., 16 — III ст.), средний возраст — 53 года. Все пациенты получали сравнимую базисную медикаментозную терапию. 54 больным, преимущественно страдавшим ГБ I и II ст., была проведена спирометрия (СЭМ), выявившая умеренную толерантность к физической нагрузке (ФН) — в среднем 95 Ватт. Средний уровень артериального давления (АД) при госпита-

лизации составил: АД систолического — 168 мм рт.ст., АД диастолического — 107 мм рт.ст. 63 больным помимо базисной терапии был проведен курс ВЛ в течение 10 дней, 24 больных получали только медикаментозную терапию. ВЛ включало в себя: кардиотренировки (КТ) в режиме дозированных ступенчатонарастающих физических нагрузок на циклических и силовых тренажерах с мониторингом состояния кардиореспираторной системы, сухие углекислые ванны через день, внутривенную лазеротерапию, биоэлектромагнитная энерго-регуляционная терапия, интервальные гипоксические тренировки с содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе 14—10%, продолжительность тренировки — от 30 до 60 минут, массаж в электростатическом поле на шейно-воротниковую зону. Курс лечения — 10 процедурных дней.

Результаты: после первых 4—5 дней ВЛ у 89% больных отмечалась тенденция к нормализации АД на привычном для каждого пациента уровне, после полного курса ВЛ у 93% больных АД достигло стабильных нормальных цифр, при этом дозы поддерживающих медикаментозных препаратов удалось снизить у 86% больных. По результатам ЭСМ толерантность к ФН возросла до 159 ватт у 78% больных, до 125 ватт — у 20%, до 105 ватт — у 2% пациентов. Переносимость всех процедур была удовлетворительной, в частности, у всех больных во время КТ не отмечалось патологических изменений сегмента ST, нарушений ритма и проводимости, ЧСС достигала допустимых значений для конкретного пациента. У больных, получавших только медикаментозную терапию, повышение толерантности к ФН было статистически незначимым по сравнению с исходным уровнем за 10 дней лечения.

Заключение: курс ВЛ является важным и высокоэффективным компонентом в комплексном лечении ГБ. Применение ВЛ позволяет снизить дозы медикаментозных средств, стабилизировать АД, значительно улучшить качество жизни и адаптационные возможности пациента. Рекомендуется проводить курс ВЛ при ГБ каждые 6 месяцев.

180 СОВРЕМЕННЫЕ КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ

Иванова Е. С.¹, Мухарлямов Ф. Ю.², Разумов А. Н.²

¹Московский областной центр медицинской профилактики ГУЗ МО “Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации”, Москва; ²ГБУЗ “Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ Москвы”, Москва, Россия

Цель: изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материал и методы: в данной работе были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование вариабельности ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спирометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), исследование газов крови транскутанным методом (ГКТК), биорезонансная технология — МОРА-диагностика. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: ПИКС (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст $62 \pm 4,3$ года) и 245 больных АГ (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст — $48 \pm 5,6$ лет), а также 63 больных с респираторной патологией — бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0 — I степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст $49 \pm 2,6$ лет). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную

лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергетической резонансной терапии — БЕМЕР или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Результаты: полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ — более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Использование методов биоэнергетической резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и толерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА нарушениями позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Заключение: современные технологии диагностического мониторинга являются методами точной оценки эффективности программ ВЛ и МР у больных кардиологического и пульмонологического профиля и могут быть рекомендованы для широкого применения в медицинской реабилитации.

181 ОЦЕНКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Назаркина М. Г., Котляров А. А., Чекашкина Е. Е.
ФГБОУ ВПО “МГУ им. Н. П. Огарева”, Саранск, Россия

Цель: выявить модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития и прогрессирования сердечнососудистых заболеваний у беременных женщин.

Материал и методы. Были обследованы 50 беременных женщин на сроке 29–40 недель в возрасте от 19 до 46 лет (средний возраст 29,98 лет), находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ “Мордовском республиканском клиническом перинатальном центре” г. Саранска. В анкетной части указывались: ФИО, национальность, наследственность по ССЗ, вредные привычки. Измерялись рост, вес, АД, холестерин, сахар крови. Были рассчитаны ИМТ, риск по шкале SCORE и относительный риск.

Результаты. Распределение по национальности среди 50 беременных женщин выглядело так: русских — 32, мордвовок — 12, татарок — 6. ИМТ колеблется в пределах от 17,6 до 39,7 (среднее значение — 24,47). Недостаточная МТ (масса тела) у 7 (14%), нормальная МТ — 31 (62%), избыточная — 5 (10%), ожирение I ст. — 4 (8%), ожирение II ст. — 3 (6%). Значение холестерина от 4,6 ммоль/л до 11,5 ммоль/л. Повышен у 28 (56%). Сахар повышен у 10 (2%) и составляет 6,8 ммоль/л. У 16 (32%) беременных отягощена наследственность по ССЗ. Повышение АД зафиксировано у 15 (30%), из них у 5 (33%) выставлен диагноз АГ, у 10 (67%) — НЦД по гипертоническому типу. У 5 (10%) беременных имеется такой фактор риска сердечнососудистых заболеваний, как курение. Среди 16 женщин с отягощенной наследственностью уже у 7 (44%) имеется повышение АД. При оценке риска с помощью шкалы SCORE и относительной шкалы риска у 2 (4%) — низкий риск, у 41 (82%) — повышенный, у 8 (16%) — высокий. Если разделить всех беременных женщин по национальности, то повышение ИМТ у 6 (19%) русских, у 2 (33%) татарок, у 4 (33%) мордвовок; повышение АД: у 8 (25%), 2 (33%), 5 (42%); холестерина: у 16 (50%), 5 (83%), 6 (50%); наследственность отягощена: у 7 (22%), 3 (50%), 6 (50%) соответственно. Сахар повышен у 1 (3%) русской. При оценке относительной шкалы риска у русских женщин повышенный у 29 (91%), высокий — у 3 (9%); у 4 (67%) и 2 (33%) татарок и у 8 (67%) и 3 (25%) мордвовок соответственно.

Выводы. Уже в молодом возрасте у 24% повышена МТ, у 30% имеется повышение АД. Прослеживается и такой фактор, как наследственность. Некоторые будущие мамы даже будучи беременными не бросают такой пагубной привычки, как курение, что увеличивает риск смерти от ССЗ. По количеству факторов риска у русских беременных женщин их больше (6). Если же рассматривать каждый фактор в отдельности, то по сравнению с русскими у большего числа татарок и мордвовок имеется повышение ИМТ, АД, холестерина, отягощена наследственность.

182 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Науменко Е. И., Князева С. В., Белкина Н. Р., Назарова И. С.
Медицинский институт МГУ им. Н. П. Огарева, ГУЗ “ДРКБ”, Саранск, Россия

Цель: анализ причин, клиника и терапия сердечной недостаточности (СН) у новорожденных детей.

Материал и методы: клиника, ЭКГ, ЭхоКГ данные у 70 новорожденных 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: капторил 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 требуют своевременного выявления, комплексной терапии, динамического наблюдения.

183 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ

Науменко Е. И., Тумаева Т. С.

Медицинский институт МГУ им. Н. П. Огарева, ГУЗ “РПКЦ”, Саранск, Россия

Цель: определение суточного профиля работы сердца у новорожденных детей, рожденных оперативным путем, с церебральной ишемией (ЦИ).

Материал и методы: проведено холтеровское мониторирование ЭКГ 89 новорожденным 3–7 дней жизни, из них: 1 группа (n=50), рожденных оперативным путем и 2 группа — 39 новорожденных, рожденных естественным путем.

Результаты: минимальная ЧСС у детей 1 группы $94,8 \pm 2,358$ превышает этот показатель 2 группы ($81,23 \pm 2,21$, $p < 0,005$), а максимальная ЧСС, напротив, значительно меньше ($199,24 \pm 2,584$ и $212,325 \pm 4,14$, $p < 0,005$). В обеих группах новорожденных регистрируются признаки дисфункции синусового узла ($p > 0,05$): миграция водителя ритма в 1 группе 14%, во 2-й 10,3%, предсердный ритм у 12% 1 группы и 20% во 2 группе. Часто регистрировалась экстрасистолия: у 76% 1 группы и 70% 2 группы, одинаково часто это были наджелудочковые — аберрантные, блокированные; однако групповые (3 кряду) только в группе детей, рожденных оперативным путем. Экстрасистолия одинаково часто регистрируется в обеих группах во время сна ($p > 0,05$), тогда как во время бодрствования чаще в 1 группе ($p < 0,005$). Эпизоды атриовентрикулярной диссоциации во время сна одинаково часто регистрируется в обеих группах (4% и 15% соответственно). Замедление проведения импульса — синоатриальная блокада у 8% 1 группы и 13% 2 группы, атриовентрикулярная блокада 1 степени у одного ребенка в каждой группе. ST-T изменения зарегистрированы одинаково часто в обеих группах (2%).

Паузы при синусовой аритмии не превышали границы нормы и составили в 1 группе $749,33 \pm 30,06$ мс, во 2 группе $733,57 \pm 23,42$ ($p > 0,05$); однако значительно больше была длительность пауз во время бодрствования у детей 1 группы ($818 \pm 26,6$ мс и $682,5 \pm 37,36$, $p < 0,005$). Средние показатели скорректированного интервала QT во время бодрствования, дневного и ночного сна значительно не отличались в обеих группах детей, однако максимальные цифры (до 542 мс во время дневного сна) были в 1 группе. При анализе вариабельности ритма выявлены более высокие показатели SDNN и SDNNi в 1 группе ($p > 0,05$), а rMSDD и pNN50 значительно больше ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении вагусных влияний и более низкой концентрации ритма в 1 группе детей.

Выводы: дети, рожденные путем кесарева сечения, испытывают на себе влияние различных интранатальных факторов, что способствует нарушению процессов адаптации, в том числе и вегетативной регуляции.

184 ИНФАРКТ МИОКАРДА У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Науменко Е. И.

Медицинский институт МГУ им. “Н.П.Огарева”, Саранск, Россия

Частота инфаркта миокарда у детей точно не установлена и приблизительно составляет 20 на 100000 детской популяции. Наиболее часто причинами ИМ у детей являются: аномалии коронарных артерий (20%), болезнь Кавасаки (14%), миокардиты (13%), критический врожденный стеноз аорты (11%), опухоль сердца (6,1%), перинатальная асфиксия (4%).

Представляем клинический случай ИМ у ребенка 5 месяцев жизни. Больная М., поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом: сепсис типа септикопиемии, флегмона правого бедра, гематогенный остеомиелит, двусторонняя нижнедолевая пневмония. Область сердца не изменена, тоны приглушены, шумов нет, ЧСС 136 в минуту, ЭКГ синусовая брадикардия ЧСС 80 в минуту, резкое откло-

нение ЭОС вправо, диффузные метаболические нарушения в миокарде желудочков. Ухудшение в состоянии через 2 дня — состояние крайней тяжести, одышка, ослабление дыхания и масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон, брадикардия 88 в минуту, АД 90/40 мм рт.ст. На ЭКГ синусовый ритм 125 в минуту, ЭОС отклонена вправо, снижен вольтаж желудочкового комплекса в грудных отведениях, электрическая систола на верхней границе нормы, нагрузка на правый желудочек (ПЖ). ЭхоКГ: дилатация правых отделов сердца, повышение давления в ПЖ, двунаправленный сброс с преобладанием справа налево, жидкость в полости перикарда. На следующий день появилась глухость тонов сердца, интенсивный систолический шум по левому краю грудины, ЧСС 130–140, АД 80/50 мм рт.ст., На ЭКГ сохраняется синусовая брадикардия ЧСС 88 в минуту, регистрируется миграция водителя ритма, выраженные метаболические нарушения, снижен вольтаж QRS во всех отведениях. На ЭхоКГ увеличение ФВ до 91%, гиперкинез межжелудочковой перегородки (МЖП), выпот в полости перикарда вырос. Диагностирован вторичный септический кардит. На ЭКГ появляются признаки гипоксии миокарда левого желудочка — подъем сегмента ST выше изолинии в V 5–6 отведения, замедление QT до 400 мс. На ЭхоКГ резко нарастает гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) — МЖП до 11–14 мм, ЗСЛЖ до 6,7 мм с формированием обструкции выводного отдела (градиент 41,6 мм рт.ст.); уменьшение полости ЛЖ и ПЖ, гиперкинетический тип гемодинамики. ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 125, ЭОС резко отклонена вправо, гипоксия миокарда, удлинение электрической систолы (корригированный QT 498 мс), появляется глубокий, широкий и зазубренный зубец “Q” в I, 2, V5–6 отведениях, корригированный QT 512 мс, признаки гипоксии миокарда левого желудочка, блокада левой ножки пучка Гиса, в динамике появился комплекс QS в I, 2, V5–6. Диагностирован трансмуральный ИМ передней и боковой стенки ЛЖ в ходе септического кардита с выраженной гипертрофией миокарда ЛЖ, коронарита. В терапии подключены В-адреноблокаторы, кардиотрофики, негликозидные инотропные препараты, гепарин, диуретики, нестероидные противовоспалительные, антигипоксанты, антиоксиданты. На фоне проводимой терапии улучшилось общее состояние ребенка, уменьшилась одышка, не выслушиваются хрипы в легких, улучшилась звучность тонов сердца, значительно меньше выраженность систолического шума, ЧСС 115–120 в минуту, печень +1 см, селезенка (-). На ЭКГ появился зубец “R” в I, 2, V5–6, менее выражена ишемия миокарда ЛЖ, QT сократился до 400 мс.

185 ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИЕ ОПОСРЕДОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Науменко Е. И., Тумаева Т. С.

Медицинский институт МГУ им. Н. П. Огарева, ГУЗ “ДРКБ № 1”, Саранск, Россия

Цель: оценка эффективности препаратов антигипоксического действия мексидола и актовегина в коррекции нарушений сердечно-сосудистой системы (ССС).

Материал и методы: клинико-инструментальное обследование СССР на $3,5 \pm 0,47$ сутки включало проведение ЭКГ, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ. 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 СССР и более частым выявлением электрической нестабильности миокарда, аритмий, нарушения циркадной организации ритма, систолической и диастолической дисфункций сердца, персистирующего фетальных коммуникаций и транзитной легоч-

ной 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 5–10 мг/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 цереброкardiaльных 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 ($410,3 \pm 2,7$ мс) была статистически значимо меньше по сравнению с показателями детей 1 группы ($431,1 \pm 2,8$ мс, $p<0,05$) 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 $1,2 \pm 0,04$ ($p<0,05$), 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 $6,0 \pm 0,25$ мм рт.ст. и $2,9 \pm 0,43$ мм рт.ст. ($p<0,05$), а в 1 группе только на $1,4 \pm 0,45$ 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 антигипоксанта действия (мексидол и актовегин) способствовало более быстрому и эффективному регрессу постгипоксических нарушений.

186 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Немик Д. Б., Протопопов А. В., Матюшин Г. В., Агаева С. Р. Красноярский гос. мед. ун-т им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, КГБУЗ "Краевая клиническая больница", Красноярск, Россия

Цель. Оценить эффективность радиочастотной аблации почечных артерий у пациентов с рефрактерной гипертензией в Красноярском крае.

Материал и методы. Проведено обследование 6 пациентов, поступивших в 2012 году в КГБУЗ ККБ г. Красноярска для проведения РЧА ПА.

Процедура проводилась в условиях ангиолаборатории, трансформальным доступом. Весь операционный период сопровождался адекватным анестезиологическим пособием. Под ангиографическим контролем проводился катетер "Simplicity" до устья почечных артерий, где выполнялось радиочастотное воздействие от 4 до 6 точек, продолжительностью около 2 минут.

Результаты. Процедура РЧА ПА была проведена 6 пациентам с рефрактерной АГ, 3 женщин и 3 мужчин, средний возраст которых составил 57 ± 2 и 59 ± 7 лет соответственно.

Все больные принимали 4-х компонентную терапию, включая диуретик, в максимальных терапевтических дозировках.

По результатам КАГ гемодинамически значимого поражения не выявлено. По Эхо-КГ отмечена значимая ГЛЖ. СКФ (СКД-ЕР) составила 83 ± 13 мл/мин до процедуры и значимо не менялась в динамике.

Исходные "офисные" максимальные цифры САД и ДАД составляли в среднем у мужчин 230 ± 17 и 123 ± 8 мм рт.ст., а у женщин 263 ± 11 и 127 ± 11 мм рт.ст. Средние "офисные" значения цифр АД днем у мужчин держались на уровне 170 ± 7 и 97 ± 4 мм рт.ст., у женщин 177 ± 16 и 97 ± 9 мм рт.ст.

В послеоперационном периоде больные получали прежнюю терапию.

Через месяц после РЧА ПА по результатам СМАД средние цифры САД и ДАД днем составили 146 ± 11 и 88 ± 8 мм рт.ст., в частности у мужчин 153 ± 5 и 92 ± 3 мм рт.ст., а у женщин 140 ± 14 и 85 ± 11 мм рт.ст., что свидетельствует о снижении от исходных цифр на 10% и 20% соответственно. В ночное время существенной разницы АД у мужчин и женщин нет. Средние цифры составили 138 ± 9 и 79 ± 5 мм рт.ст., при сравнении с исходными цифрами АД отмечается снижение на 18%.

Через 3 месяца средние цифры САД и ДАД днем зафиксированы на уровне 145 ± 10 и 87 ± 5 мм рт.ст. в т. ч. у мужчин составили 155 ± 8 и 91 ± 2 мм рт.ст., у женщин 135 ± 4 и 84 ± 7 мм рт.ст. Исходя из результатов снижения от исходных цифр составляет 10% и 33% соответственно. В ночное время средний уровень АД 137 ± 4 и 80 ± 4 мм рт.ст., без существенного снижения по сравнению с предыдущими результатами обследования.

Заключение. У пациентов, поступивших на РЧА ПА, в интраоперационном и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось значимых осложнений. За время динамического наблюдения, зафиксировано стойкое снижение систоло-диастолической АГ в течение 1 месяца с сохранением результатов к 3 месяцам, с большей эффективностью у женщин. Мы оцениваем проведенную РЧА ПА, как эффективную (в 67% случаев) и безопасную (в 100% случаев) у наблюдаемых пациентов.

187 ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КРЕМНИСТЫХ ВАНН

Никифорова Т. И.

ФГБУ "РНЦМР и К Минздрава России", Москва, Россия

Общеизвестно, что артериальная гипертензия (АГ) характеризуется прежде всего структурно-функциональными изменениями на клеточном и субклеточном уровнях. Экспериментальными данными убедительно показана способность кремниевых кислот встраиваться в структуру клеточных мембран эндотелия и гладкомышечных клеток, заполнять мембранные "бреши", восполнять потерянный в процессе окисления углерод, и, путем устранения гиперволемии уменьшать периферическое сосудистое сопротивление и снижать повышенное артериальное давление.

Цель: научно обосновать применение кремнистых ванн в реабилитации больных с АГ высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы. Гипотензивный эффект оценивали по данным клинических показателей АД, ЧСС и суточного мониторирования АД (СМАД) с помощью прибора АВРМ-02 (Meditech, Венгрия). Результаты обрабатывали с использованием программы Statistica, с помощью t-критерия Стьюдента-Фишера. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при ($p<0,05$).

Результаты. Разовые ванны с концентрацией кремниевой кислоты 50 мг/л снижали САД со $148,28 \pm 7,56$ до $138,43 \pm 6,96$ мм рт.ст., ($p>0,1$), ДАД — с $94,64 \pm 2,26$ до $86,43 \pm 3,03$ мм рт.ст., ($p<0,1$), уменьшали ЧСС с $83,4 \pm 1,77$ до $71,24 \pm 2,13$ уд/мин., ($p<0,02$). Курс ванн с аналогичной концентрацией кислоты из 10–12 ежедневных процедур снизил САД со $142,5 \pm 2,80$

до $126,25 \pm 2,81$ мм рт.ст., ($p < 0,02$); ДАД — с $88,75 \pm 1,40$ до $81,67 \pm 1,40$ мм рт.ст., ($p < 0,05$), уменьшил ЧСС в на 14,4 уд/мин., ($p < 0,02$). Разовые ванны с концентрацией кремниевой кислоты 100 мг/л снижали САД со $154,18 \pm 0,78$ до $145,67 \pm 0,43$ мм рт.ст., ($p < 0,01$), ДАД — с $96,43 \pm 1,33$ до $90,05 \pm 1,24$ мм рт.ст., ($p < 0,01$), уменьшали ЧСС с $78,8 \pm 0,89$ до $71,7 \pm 0,33$ уд/мин., на 7,7 уд/мин., ($p < 0,01$). Курс ванн с аналогичной концентрацией кислоты снизил САД со $158,88 \pm 1,90$ до $135,33 \pm 2,38$ мм рт.ст., ($p < 0,01$); ДАД — с $98,75 \pm 1,32$ до $89,17 \pm 2,65$ мм рт.ст., ($p < 0,02$), ЧСС — на 21,2 уд/мин., ($p < 0,01$), соответственно. Курс ванн оказал влияние на среднее САД в ночное время ($p < 0,01$), среднее ДАД в дневное и ночное время, ($p < 0,01$), повышенную вариабельность давления, показатель “нагрузки давлением” ($p < 0,01$), суточный профиль давления ($p < 0,05$). Пресные ванны не обладали аналогичным влиянием, что свидетельствует о гипотензивном эффекте кремниевых кислот, а не гидростатического давления, или температурного фактора воды.

Выводы: достоверный гипотензивный эффект кремнистых ванн отчетливо проявляющийся в результате курса кремнистых ванн, обусловлен вазодилатирующим эффектом при отсутствии активации симпатно-адреналовой системы, сопровождается уменьшением выраженности поражений органов-мишеней при АГ, в связи чем, может в успехом применяться в лечении и реабилитации сердечно-сосудистых больных.

188 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Никифорова О. В., Габинский Я. Л.

ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии”, Екатеринбург, Россия

Цель: исследовать состояние коронарного русла, оценить факторы риска и эндотелиальную функцию у молодых женщин с ишемическим сердечно-болевым синдромом.

Материал и методы. Объектом исследования явились 36 молодых женщин до 49 лет, обратившихся в Уральский институт кардиологии с клиническими проявлениями сердечно-болевого синдрома ишемического характера, с сохраненной менструальной функцией, без эндокринной патологии. Проведено исследование коронарного русла при помощи компьютерной томографии коронарных артерий (КТ КА) и коронароангиографии (КАГ). Оценка эндотелиальной дисфункции проводилась на системе EndoPat 2000, определяли индекс реактивной гиперемии RHI, нормальные показатели которого выше 1,67. Всем пациентам проведено исследование биохимических показателей сыворотки крови с помощью стандартных диагностических наборов. Для статистической обработки данных использовался пакет прикладных программ Statistica.6.0

Результаты. При проведении КТ КА и КАГ атеросклеротическое поражение коронарных артерий выявлено у 6 женщин, они составили 1 группу: в 1 случае 80% стеноз ПНА и ПКА, у 5 пациенток стеноз ПНА 30–40%. В 83% случаев (30 человек), коронарные артерии были интактными — группа 2. В группе 1 показатели липидного обмена: ОХ $6,75 \pm 1,35$ ммоль/л; ЛПНП $4,52 \pm 1,06$ ммоль/л; ТГ $1,82 \pm 0,60$ ммоль/л; ИА $3,92 \pm 1,13$ были выше, чем во 2 группе: ОХ $5,17 \pm 0,77$ ммоль/л; ЛПНП $3,23 \pm 0,66$ ммоль/л; ТГ $1,42 \pm 0,59$ ммоль/л; ИА $3,21 \pm 0,84$, $p = 0,05$. Средние показатели уровня ЛПВП существенных отличий в сравниваемых группах не имели $1,42 \pm 0,34$ ммоль/л и $1,27 \pm 0,31$ ммоль/л. Такие основные факторы риска, как ожирение ($ИМТ > 30$ кг/м²) значительно чаще встречалось в 1 группе (50% против 6,6%, $p < 0,001$), а АГ во второй группе (50% и 82%, $p = 0,05$). По распространённости абдоминального ожирения, малоподвижного образа жизни, отягощенной наследственности по ССЗ, курения, а также осложненного акушерского анамнеза межгрупповых различий не было. Дисфункция эндотелия в 1 группе зарегистрирована в 16% случаев, в группе 2 у женщин с интактными коронарными артериями — в 66,6% случаев.

Выводы. У молодых женщин с клиникой сердечно-болевого синдрома ишемического характера в большинстве случаев отсутствуют изменения в коронарных артериях. У пациенток фертильного возраста с ИБС и атеросклерозом коронарного русла определяется более высокий уровень ОХ, ЛПНП и триглицеридов, значимо чаще регистрируется ожирение, чем у женщин с интактными венечными артериями. При исследовании функционального состояния эндотелия в 66,6% случаев у молодых женщин с ишемическим сердечно-болевым синдромом и неизменными коронарными артериями выявлена эндотелиальная дисфункция, являющаяся, возможно, причиной коронарной недостаточности.

189 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС

Николаева Н. В.

УО “Гомельский государственный медицинский университет” Гомель, Беларусь

Цель: разработка модели для оценки вероятности наличия ИБС и верификации функционального класса (ФК) стабильной стенокардии напряжения (ССН) на основе анализа биоэлектрических свойств крови, клинико-лабораторных и функциональных показателей.

Материал и методы: обследованы 99 человек, соответствующие по половым и возрастным характеристикам, которые были разделены на 2 группы. 1-я группа включала 75 пациентов, страдающих ССН ФК I–III и 2-я группа для проверки результатов расчета (группа сравнения), состоящая из 24 практически здоровых лиц. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Для оценки биоэлектрических свойств крови был использован метод электроотно-термического анализа (ЭТА) на базе измерительного комплекса (АБС-1), разработанного в ИММС им. В. А. Белого НАН Беларуси, с определением величины остаточного заряда крови.

Результаты: из совокупности полученных результатов обследования всех пациентов по показателям: СРБ, ТЗСЛЖс, ТМЖПс, ИЛС, ФВ ЛЖ, величине депрессии сегмента ST и величине остаточного заряда крови были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). Выборочная совокупность случайным образом была разделена на обучающую (80% случаев) и тестовую (20%) выборки. По результатам обучения была выбрана архитектура нейронной сети (MLP 7–4–2) с наилучшими показателями чувствительности 92,2% и специфичности 96%. Качество этой модели согласно экспертной шкалы для значений AUC было оценено как отличное ($AUC = 0,974$), что позволяет с высокой вероятностью проводить оценку наличия у пациента ИБС. Затем был проведен анализ различий в 1-й группе пациентов с различными ФК ССН и по показателям: ФВ ЛЖ, величине депрессии сегмента ST и величине остаточного заряда крови были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). Данная совокупность также случайным образом была разделена на обучающую (80% случаев) и тестовую (20%) выборки. По итогам обучения была выбрана архитектура нейронной сети (MLP 3–6–3) с наилучшими показателями корректно принятых решений по результатам расчета значения оптимального байесовского классификатора, априорной вероятности (p_i) наличия у пациента определенного ФК ССН, условной вероятности ($P(e|C_i)$) ошибки классификатора для определения возможного i-го ФК. Условная вероятность правильного распознавания для ФК-I составила 86%, для ФК-II — 89%, для ФК-III — 100%. Вероятность ошибки классификатора ФК ССН искусственной нейронной сетью для 1-й группы составила 8%. Вероятность правильной классификации для оценки вероятности наличия определенного ФК ССН искусственной нейронной сетью составила 92%. На основе информации об архитектуре, значениях синаптических весов и аргументов функции активации был разработан алгоритм работы компьютерной программы для оценки вероятности наличия ИБС и классификации ФК ССН.

Вывод: использование предлагаемого алгоритма позволит оценивать вероятность наличия у пациента ИБС и определять ФК ССН на основании метода ЭТА и результатов лабораторно — инструментальных методов диагностики.

190 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Нилова С. А.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава, Тверь, Россия

Цель: изучить влияние избыточного потребления поваренной соли (ПС) на метаболический статус и показатели гемодинамики у 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), определялся индекс массы тела (ИМТ), вычислялось соотношение объема талии/объем бедер (ОТ/ОБ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 21% (67) больных, средний (0,16%) у 23% (74), высокий (более 0,16%) у 56% (179). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я — лица с низким ПВЧПС, 2-я — с высоким.

Результаты: СЭИНМ была больше у больных ПИКС с АГ с высоким ПВЧПС, чем с низким ($p < 0,01$). При проведении корреляционного анализа оказалось, что имеется положительная связь между ПВЧПС и СЭИНМ ($r = 0,4$; $p < 0,01$). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 32%, а у 2-й в 87% ($p < 0,01$) случаев, стенокардия напряжения I—\$II функциональных классов соответственно в 23% и 76% случаев ($p < 0,01$). Курящих среди лиц 1-й группы было 27%, а 2-й — 75% ($p < 0,01$). Отягощенная наследственность встретилась соответственно в 28% и 64%; $p < 0,01$. У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у 1-й. Так же у больных с высоким ПВЧПС инфаркт миокарда развивался на 6 лет раньше, чем с низким порогом. У больных ПИКС с АГ в среднем ИМТ свидетельствовал о наличии избыточного ожирения, но статистически не различался, в зависимости от ПВЧПС. Однако в целом, у мужчин ИМТ был ниже, чем у женщин. В среднем у лиц с высоким ПВЧПС соотношение ОТ/ОБ было достоверно выше, чем с низким. Уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы составил $5,9 \pm 0,4$ Мм/л, у 2-й — $7,0 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), липопротеидов низкой плотности соответственно — $4,2 \pm 0,3$ и $5,0 \pm 0,2$ Мм/л ($p < 0,05$). При первом измерении АД оказалось, что у больных 1-й группы систолическое АД составило $146 \pm 5,0$ мм рт.ст., диастолическое — $86 \pm 4,0$ мм рт.ст., тогда как у 2-й — $168 \pm 4,4$ и $98 \pm 5,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). По данным СМАД в процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в 1-й группе больных ($p < 0,05$). Напротив, доля недипперов среди лиц 2-й группы почти в 3 раза была выше, чем среди больных 1-й ($p < 0,05$). При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе больных, тогда как найт-пикеры только во 2-й.

Выводы: Полученные данные фактически свидетельствуют, что больные ИБС с АГ с повышенным потреблением ПС имеют более выраженные гемодинамические изменения и метаболические нарушения, что определяет высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с данной коморбидной патологией.

191 ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Обухова Т. В., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Берг М. Д.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Цель: изучить поздние потенциалы желудочков (ППЖ) и оценить их взаимосвязь с нарушениями сердечного ритма у лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов пульмонологического отделения (возраст 60,0 лет): 36 мужчин и 32 женщины. Все пациенты были разделены на 2 группы по степени выраженности признаков ДСТ: 1 группа — пациенты без клинических признаков ДСТ; 2 группа — лица с синдромом ДСТ. В 1-ю группу вошли 27 человек (13 мужчин и 14 женщин, средний возраст 58,0 лет), во 2-ю группу — 41 человек (23 мужчины и 18 женщин, средний возраст 62,0 года). Различия по полу и возрасту недостоверны. Всем пациентам проведено 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием аппаратно-программного комплекса KT-Registrator 04 АД-3-M “Инкарт” (Россия) с регистрацией трех ортогональных отведений X, Y, Z по Симпсону. Оценивали три общепринятых критерия ППЖ: Tot QRSF (фильтрованного комплекса QRS после усреднения), LAS 40 (длительность низкоамплитудных (менее 40 мкВ) сигналов терминального комплекса QRS) и RMS 40 (среднеквадратичная амплитуда последних 40 мс фильтрованного комплекса QRS). Полученные данные считали интерпретируемыми при уровне шума до 0,7 мкВ, что достигалось усреднением от 100 до 500 сердечных циклов. Достоверность различий показателей ЭКГ-мониторирования между группами определяли по критериям Манна-Уитни и Хи-квадрат (χ^2). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Превышение значений Tot QRSF больше 114 мс в 1-й группе не наблюдалось, во 2-й группе встречалось у 9,8% лиц. Параметры, характеризующие ППЖ, в группах по полу и возрасту не различались. У лиц как с синдромом ДСТ, так и без него все три параметра ППЖ высоко коррелируют с числом одиночных ЖЭС левожелудочкового происхождения. Но у пациентов, имеющих синдром ДСТ, эти взаимосвязи несомненно сильнее. Так, коэффициент корреляции числа одиночных ЖЭС из левого желудочка с параметром Tot QRSF в 1-й группе составил 0,630 ($p = 0,025$), а во 2-й группе — $r = 0,763$, $p = 0,001$; для параметра RMS 40 в 1-й группе $r = -0,610$, $p = 0,033$, во 2-й группе — $r = -0,732$, $p = 0,002$; а для параметра LAS 40 в 1-й группе $r = 0,600$, $p = 0,026$, во 2-й группе $r = 0,680$, $p = 0,008$. Только у лиц 2-й группы с числом одиночных ЖЭС из правого желудочка высоко коррелирует длительность LAS 40 ($r = -0,600$, $p = 0,021$). В 3-й группе также выявлена взаимосвязь LAS 40 с общим числом парных ЖЭС ($r = -0,428$, $p = 0,006$).

Выводы. Параметры ППЖ у лиц с синдромом ДСТ гораздо больше взаимосвязаны с желудочковыми нарушениями ритма сердца, чем у лиц без ДСТ. Причем это касается не только левожелудочковых нарушений, но, в отличие от группы контроля, и экстрасистол из правого желудочка. Только у лиц с признаками ДСТ увеличен такой параметр ППЖ, как продолжительность фильтрованного комплекса QRS, что является признаком замедления желудочковой проводимости.

192 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ С СУТОЧНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Обухова Т. В., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Берг М. Д.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Цель: оценить взаимосвязь поздних потенциалов желудочков (ППЖ) с суточным количеством желудочковых экстрасистол у лиц с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов пульмонологического отделения (возраст 60,0 лет): 36 мужчин и 32 женщины. Все пациенты были разделены на 2 группы по степени выраженности признаков ДСТ: 1 группа — пациенты без клинических признаков ДСТ; 2 группа — лица с синдромом ДСТ. В 1-ю группу вошли 27 человек (13 мужчин и 14 женщин, средний возраст 58,0 лет), во 2-ю группу — 41 человек (23 мужчины и 18 женщин, средний возраст 62,0 года). Различия по полу и возрасту недостоверны. Всем пациентам проведено 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием аппаратно-программного комплекса KT-Registrator 04 АД-3-М “Инкарт” (Россия) с регистрацией трех ортогональных отведений X, Y, Z по Симпсону. Оценивали три общепринятых критерия ППЖ: Tot QRSF (фильтрованного комплекса QRS после усреднения), LAS 40 (длительность низкоамплитудных (менее 40 мкВ) сигналов терминального комплекса QRS) и RMS 40 (среднеквадратичная амплитуда последних 40 мс фильтрованного комплекса QRS). Полученные данные считали интерпретируемыми при уровне шума до 0,7 мкВ, что достигалось усреднением от 100 до 500 сердечных циклов. Достоверность различий показателей ЭКГ-мониторирования между группами определяли по критериям Манна–Уитни и Хи-квадрат (χ^2). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке изменений ППЖ в зависимости от среднесуточной частоты одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭС) выяснено, что такие взаимоотношения касаются только левожелудочковых экстрасистол. При малом числе одиночных ЖЭС (от 1 до 9 в сутки), с их количеством высоко коррелирует величина RMS 40 (в 3-й группе: $r = -0,741$, $p = 0,035$; в 1-й группе: $r = -0,677$, $p = 0,045$). Если же одиночных ЖЭС зарегистрировано более 100 в сутки, то в 3-й группе вышеперечисленные корреляции усиливаются: число одиночных ЖЭС коррелирует с продолжительностью Tot QRSF ($r = 0,975$, $p = 0,004$) и RMS 40 ($r = -0,975$, $p = 0,005$).

Выводы. Характер взаимосвязи параметров ППЖ с количеством ЖЭС из левого желудочка зависит от суточного числа последних. При малом числе одиночных ЖЭС с их количеством коррелирует величина амплитуды конечной части желудочковых комплексов, а при числе одиночных ЖЭС более 100 в сутки все вышеперечисленные корреляции усиливаются. Суточное число ЖЭС из правого желудочка не взаимосвязано с параметрами ППЖ.

193 ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Олейник Е. А., Баталова М. В., Либис Р. А.

ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель: оценить показатели внутрисердечной гемодинамики и качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–IIА стадии, развившейся на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и/или артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы: обследовано 15 пациентов в возрасте от 47 до 73 лет (3 мужчин, 13 женщин), страдающие ХСН I–II А стадии, развившейся на фоне ИБС и/или АГ. Внутрисердечная гемодинамика оценивалась методом эхокардиографии (Эхо-КГ) на аппарате SonoScape с анализом толщины задней стенки левого желудочка (ТЗС), межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечного систолического и диастолического размеров (КСР и КДР), фракции выброса левого желудочка (ФВ). Качество жизни оценивалось с помощью Миннесотского опросника качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью.

Результаты: по результатам Эхо-КГ средние значения размеров сердца у обследуемых больных были следующие: КДР $53,3 \pm 6,6$ мм, КСР $34,5 \pm 7,7$ мм, ТМЖП $13,1 \pm 2$ мм, ТЗС $11 \pm 1,3$ мм, ФВ $65,8 \pm 9\%$. Суммарный средний балл по Миннесотскому опроснику составил $39,4 \pm 23,4$ балла. При анализе компонентов качества жизни получены следующие значения: средний суммарный балл физической активности больных составил $20,2 \pm 8,7$, средний суммарный показатель социально-экономического аспекта $14,2 \pm 5,9$, средний суммарный балл эмоционального восприятия жизни $14,1 \pm 5,6$. Корреляционной связи между значениями размеров сердца и количеством баллов по Миннесотскому опроснику не обнаружено.

Выводы: у пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса из показателей внутрисердечной гемодинамики отмечаются увеличение ТМЖП и ТЗС, на фоне чего изменение качества жизни обусловлено, главным образом, изменением физической активности и, в меньшей степени, социально-экономическим и эмоциональными аспектами. Зависимости качества жизни больных ХСН с сохраненной фракцией выброса от размеров сердца не выявлено.

194 МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1–2 СТЕПЕНИ

Олейников В. Э., Сергацкая Н. В., Гусаковская Л. И.

ФГБОУ ВПО “Пензенский государственный университет”, Пенза, Россия

Цель: определить уровень корреляционных взаимосвязей между показателями кардиореспираторного мониторинга и антропометрическими данными, уровнем офисного систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления, гликированного гемоглобина (HbA1C) и глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени.

Материал и методы: обследован 61 человек (23 женщины и 38 мужчин) в возрасте $56,7 \pm 7,3$ лет, с индексом массы тела (ИМТ) $37,4 \pm 6,9$ кг/м², уровнем офисного САД 150 (140; 160) и ДАД 90 (80; 95) мм рт.ст. Стаж диабета составил 6 (3; 9) лет, длительность АГ — $11,2 \pm 5,1$ лет. Критерием включения пациентов в исследование был уровень HbA1C $> 7,0\%$. Биохимические параметры определяли с помощью прибора Olympus AU400 (Olympus Corporation, Япония). Изучали уровни глюкозы, креатинина, общего холестерина (ОХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Оценка степени нарушения дыхания во сне проводилась с помощью аппарата для кардиореспираторного мониторинга SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). Определяли количество эпизодов апноэ/гипопноэ за ночь, индекс апноэ/гипопноэ за час сна (ИАГ), среднюю и минимальную сатурации кислорода (CpSpO₂, minSpO₂).

Результаты. По данным кардиореспираторного мониторинга синдром обструктивного апноэ во сне средней и тяжелой степени был выявлен у 28 человек (45,9%). У пациентов с ИАГ > 30 в час гликемия натощак составила $9,9 \pm 2,6$ ммоль/л, уровень HbA1C — $8,7 \pm 1,1\%$, у лиц без клинически значимого синдрома апноэ — $9,4 \pm 2,4$ ммоль/л и $8,3 \pm 1,3\%$, соответственно. Количество эпизодов апноэ/гипопноэ составило в среднем 164 (95; 241), ИАГ — $32,1 \pm 16,3$ эпизодов в час, CpSpO₂ — $93,4 \pm 3,07\%$, minSpO₂ — 78 (69; 84)%. Показатель minSpO₂ коррелировал с уровнем глюкозы крови в утренние часы ($r = -0,28$, $p < 0,05$). Установлена достоверная отрицательная корреляция между значениями HbA1C и CpSpO₂ ($r = -0,38$, $p < 0,05$); minSpO₂ ($r = -0,33$, $p < 0,05$), а также положительная — со средней продолжительностью эпизодов апноэ/гипопноэ ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Отмечалась статистически значимая взаимосвязь между показателями ИМТ и количеством эпизодов апноэ за ночь ($r = 0,37$, $p < 0,01$), CpSpO₂ ($r = -0,3$, $p < 0,05$) и minSpO₂ ($r = -0,46$, $p < 0,05$). Уровень ОХ коррелиро-

вал с ИАГ ($r=0,31$, $p<0,05$), $CpSpO_2$ и $minSpO_2$ ($r=-0,34$, $p<0,05$; $r=-0,54$, $p<0,01$, соответственно). Выявлена взаимосвязь между значениями ЛПНП и ИАГ ($r=0,59$, $p<0,01$), $minSpO_2$ ($r=-0,45$, $p<0,05$), а также между уровнем ТГ и количеством эпизодов апноэ/гипопноэ ($r=0,35$, $p<0,05$). Увеличение САД и ДАД связано с нарастанием ИАГ ($r=0,33$, $p<0,05$; $r=0,35$, $p<0,01$, соответственно) и снижением $MinSpO_2$ ($r=-0,28$, $p<0,05$; $r=-0,39$, $p<0,01$), соответственно.

Выводы: увеличение ИМТ и декомпенсация сахарного диабета сопряжены с увеличением количества и продолжительности эпизодов апноэ и снижением насыщения кислорода крови по данным кардиореспираторного мониторинга.

195 ДИНАМИКА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Орлова Н. В., Чукаева И. И., Карсладзе Н. Д., Сапожников С. А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ России, Москва, Россия

Цель: изучение влияния терапии периндоприлом на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: пациенты с впервые выявленной АГ, 1–2 стадии заболевания, без признаков вторичного характера АГ. Критерии исключения: наличие противопоказаний или отмеченной ранее непереносимости иАПФ, беременность, инсульты или транзиторные ишемические атаки в анамнезе, ИБС, ХСН II–IV по NYHA, заболевания с развитием печеночно-почечной недостаточности, сахарный диабет 1 и 2 типа, коллагеновые заболевания. В исследование включено 40 пациентов 38–60 лет, 11 мужчин и 29 женщин. Обследование проводилось на фоне лечения престариумом в индивидуально-подобранных дозах 4–8 мг. Результаты оценивались до назначения терапии и через 12 недель лечения. СМАД проводилось прибором “ABPM-02” (Meditech, Венгрия). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel.

Результаты. В ходе лечения отмечено достоверное снижение, в сравнении с исходными показателями АД среднесуточного систолического артериального давления (САД), в большей степени за счет его дневного снижения, достоверное снижение ПАД на фоне терапии престариумом. Средние значения вариабельности дневной и ночной САД и ночной вариабельности ДАД изначально находились в пределах нормы. Значения дневной вариабельности ДАД превышали нормальные значения. Отмечено достоверно значимое снижение дневных и ночных средних значений вариабельности САД (в рамках нормальных значений). У 10 пациентов (25%) уровень дневной ВАД был повышен, в ходе лечения показатели снизились до нормальных у 8 пациентов. Значения дневной вариабельности ДАД превышало норму у всех пациентов, нормализации значений в ходе лечения отмечено не было. Ночная вариабельность САД была повышена у 8 пациентов (20%), нормализовалась у 4 пациентов. Ночная вариабельность ДАД была повышена у 8 пациентов (20%), нормализовалась у 5 больных. Исходно пациенты, являющиеся нон-дипперами, составили 45% пациентов, после лечения нон-дипперами остались 40% пациентов. В то же время сохранили свой статус пациенты с устойчивым повышением ночного САД. Влияние престариума на циркадный ритм ДАД был менее выражен: 2,5% пациентов из группы с устойчивым повышением ДАД перешли в группу нон-дипперов, в то же время пациенты нон-дипперы свой статус не изменили. 3,5% пациентов из группы дипперов перешли в группу пациентов овердипперов.

Выводы: лечение престариумом привело к достоверному уменьшению среднесуточного САД, среднесуточного ДАД, вариабельности САД и пульсового АД, что способствовало снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

196 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Осадчий В. А., Буканова Т. Ю.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: выяснить состояние желудочной секреции у больных с гастродуоденальными эрозиями и язвами, ассоциированными с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в исходе ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследован 41 больной ИБС (средний возраст $72,4 \pm 5,7$ лет) с ХСН III–IV функционального класса (по классификации NYHA) и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны, для диагностики которых использовались результаты общеклинического и эндоскопического исследований. Состояние желудочной секреции оценивалось по уровню гастриина-17, пепсиногена-1 и –2 сыворотки крови при помощи тест-системы “Гастропанель” фирмы “Biohit” (Финляндия).

Результаты. Установлено, что у 56,1% больных отмечалось угнетение протеолитической активности желудочного сока, характеризовавшееся снижением содержания пепсиногена-1 и –2 и увеличением базального уровня гастриина-17. По данным эндоскопии, у большинства из них определялись эрозии и очаговая атрофия тела и (или) антрального отдела желудка умеренной выраженности, нередко сопровождавшиеся эрозивным процессом в луковице двенадцатиперстной кишки (ДК). У 24,4% пациентов имело место усиление пепсиногенобразующей функции желудка в виде некоторого увеличения содержания пепсиногена-1 и –2, которому сопутствовала нормальная или несколько повышенная продукция гастриина-17. Патологический процесс в гастродуоденальной зоне у них проявлялся преимущественно рецидивом язвенной болезни ДК в сочетании с воспалительно-атрофическими изменениями, реже – эрозиями антрального отдела желудка. У 19,5% больных с эрозиями антрального отдела желудка и луковицы ДК, нередко сопровождавшимися очаговой атрофией тела и (или) антрального отдела желудка, все изучаемые показатели были в пределах нормы.

Заключение. Развитию эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных ИБС с ХСН сопутствуют разноплановые нарушения секреторной функции желудка, особенности которых необходимо учитывать при разработке комплекса лечебных мероприятий.

197 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МЕТИЛДОПОЙ НА СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Падыганова А. В., Чичерина Е. Н., Ширшов А. А., Изергина К. В.

Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель. Артериальная гипертензия (АГ) у беременных является одной из самых распространенных экстрагенитальных патологий и диагностируется у 5–30% пациенток. Своевременная и адекватная антигипертензивная терапия – наиболее эффективный способ профилактики материнских и перинатальных осложнений. В настоящее время активно изучается применение гипотензивных препаратов не только с целью коррекции АГ у беременных, но и профилактики в дальнейшем поражения органов-мишеней. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности терапии препаратами центрального действия (метилдопа) при лечении хрониче-

ской артериальной гипертензии (ХАГ) в период второго триместра гестации в ходе комплексного анализа состояния сердечно-сосудистой системы, функции почек, метаболического статуса.

Материал и методы. Проанализированы клинико-функциональные особенности состояния кардиоренальной системы у 30 беременных с ХАГ (средний возраст — $31,3 \pm 5,9$ лет) во втором триместре гестации исходно и на фоне 4-месячной терапии метилдопой. Использованы клинико-анамнестические данные, оценка офисного артериального давления (АД), эхокардиографическое исследование (ЭхоКС), определены параметры периферической гемодинамики, проведена комплексная оценка ренальной системы (проба Реберга, микроальбуминурия (МАУ)). Контрольная группа включала 30 беременных без АГ (средний возраст — $29,8 \pm 3,4$ лет).

Результаты. Из наблюдаемых 30 беременных систолическое АД у пациенток с ХАГ варьировало в пределах $149,6 \pm 6,5$ мм рт.ст., диастолическое АД — в пределах $92 \pm 11,31$ мм рт.ст. В процессе лечения не получены достоверные изменения следующих эхокардиографических характеристик: массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) (исходные данные $165,5 \pm 10,35$ г, $92,95 \pm 11,23$ г/м²; на фоне терапии метилдопой — $167 \pm 12,23$ г, $95,5 \pm 10,37$ г/м², соответственно ($p > 0,05$)). Под влиянием монотерапии метилдопой не отмечено позитивного влияния на нормализацию уровня МАУ и скорость клубочковой фильтрации.

На фоне лечения метилдопой отмечено достоверное увеличение уровня глюкозы крови до значений $5,15$ ммоль/л ($p < 0,05$) и нарастание холестерина до уровня $6,15$ ммоль/л ($p < 0,05$). Возможным объяснением этого может быть влияние метилдопы на повышении секреции пролактина (фармакологическая гиперпролактинемия), которая в свою очередь ведет к нарастанию содержания глюкозы и суммарной суточной секреции инсулина, опосредованно через лептин, и в последующем к развитию инсулинорезистентности, а также увеличение содержания холестерина.

Выводы. Гипотензивная терапия метилдопой усиливает гестационные гиперлипидемические эффекты и не оказывает позитивного влияния на состояние кардиоренальной системы. Поэтому при исходном наличии указанных нарушений предпочтительнее назначение других гипотензивных препаратов, разрешенных к приему во время беременности.

198 ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЛУТАТИОНТРАНСФЕРАЗ *GSTT1* И *GSTM1* И МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ *MMP9* У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Панченко Е. А.¹, Неазорова В. А.¹, Тилик Т. В.¹, Исаева М. П.²

¹ГБОУ ВПО “Тихоокеанский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения Российской Федерации”, Владивосток; ²ФГБУН “Тихоокеанский институт биоорганической химии им. Г. Б. Елякова” ДВО РАН, Владивосток, Россия

В сердечно-сосудистом ремоделировании значительная роль отводится ферментам: глутатионтрансферазам (GSTs), участвующим в детоксикации эндогенных эпоксидов, и матриксным металлопротеиназам, контролирующим процессы соединительнотканного метаболизма.

Цель: изучение ассоциации полиморфизма GSTs *GSTM10/0*, *GSTT10/0* и мутации в промоторе регионе $-1562C>T$ гена *MMP9* у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом ST и признаками метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Обследовано 86 пациентов европейской расы, жителей Приморского края, с ИМ с подъемом сегмента ST, разделенных на две группы: 1я (n=41) — пациенты без признаков МС, 2я (n=45) — с признаками МС. 30

условно здоровых лиц составили контрольную группу. Определение полиморфных вариантов генов *GSTM1*, *GSTT1* и *MMP9* проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Распределение генотипов GSTs проанализировали в зависимости от статуса курения. Проведена оценка относительного риска развития инфаркта миокарда для пациентов с МС.

Результаты. Статистически значимые различия по частоте *GSTT10/0* генотипа получены между группой контроля (19%) и пациентами 1й группы (28%), ($p=0,038$). Установлено достоверное различие между частотой *GSTT10/0* генотипа у курящих пациентов с ИМ в сочетании с МС (38%), некурящих пациентов с ИМ без МС (36%) и контрольной группой (26%) ($p < 0,05$). Частота генотипа *GSTM10/0* у некурящих пациентов 2й группы была достоверно ниже (29%), чем в контрольной группе (42%) ($p < 0,05$). Риск развития ИМ был значимо выше для курящих пациентов 2й группы с *GSTT10/0* генотипом (OR 2.4; 95% ДИ: 0,66–8,73). *GSTM10/0* генотип в данной группе оказался связан со снижением риска развития ИМ (OR 0.33; 95% ДИ: 0,16–0,72). Гомозиготный генотип $-1562T/T$ гена *MMP9* у здоровых лиц не выявлен, у пациентов 2й группы установлен в 4% случаев.

Гетерозиготный генотип $-1562C/T$ определен у 32,4% лиц в контрольной группы, 33,3% пациентов 1й группы и 37,9% пациентов 2й группы ($p=0,04$). Установлена связь между присутствием у пациентов с признаками МС генотипа $-1562T/T$ и риском развития ИМ (OR=6,8; 95% ДИ: 3,64–12,7). Наличие гетерозиготной мутации $-1562C/T$ сопряжено с меньшим риском развития ИМ у этой группы пациентов (OR=1,25; 95% ДИ: 0,83–2,03).

Выводы. Наличие гомозиготных мутаций *GSTT10/0* у курящих лиц и $-1562T/T$ может рассматриваться в качестве дополнительных факторов для оценки риска развития инфаркта миокарда при метаболическом синдроме.

199 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пасечная Н. А.

ГАУЗ “ГКБ им.Н.И. Пирогова”, Оренбург, Россия

Цель: оценить взаимосвязь дисперсии интервала QT и структурно-функционального состояния миокарда при ишемической болезни сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 90 больных в возрасте 54 ± 13 лет с ИБС, осложненной ХСН. Первую группу составили пациенты с адаптивным ремоделированием сердца (I–IIА стадией ХСН), представленную концентрической гипертрофией миокарда (ОТС $>0,45$), вторую — с дезадаптивным ремоделированием (IIБ стадией) с эксцентрической гипертрофией миокарда левого желудочка (ЛЖ) (ОТС $<0,45$). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате “VIVID-3”. Определялась толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ в систолу и диастолу (МЖП_с, МЖП_д, ЗС_с, ЗС_д), конечный диастолический, систолический передне-задний размер ЛЖ (КДР, КСР), фракция выброса (ФВ), масса миокарда (ММ), индекс ММ. Рассчитывались относительная толщина стенки ЛЖ (ОТС): (ОТС=(МЖП_д+ЗС_д)/КДР), миокардиальный стресс (МС): (МС=АД_с х КСР/4 х ЗС_с х (1+3ЗС_с/КСР), где АД_с — систолическое артериальное давление), отношение ФВ и МС (ФВ/МС). Диастолические свойства ЛЖ исследовались путем определения максимальной скорости трансмитрального диастолического потока в период раннего и позднего наполнения (V_e, V_a) и их отношение (Е/А), время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИР). Дисперсию интервала QT (QTd) определяли, как разность между наибольшим (QTmax) и наименьшим (QTmin)

значениями интервала QT, измеренными в 12 стандартных отведениях.

Результаты: в первой группе выявлена положительная корреляционная связь средней силы между показателем QTd и КСР ($r=0,62$, $p=0,03$), QTd и E/A ($r=0,65$, $p=0,02$). Отрицательная зависимость между QTd и ФВ получена, как в первой ($r=-0,64$, $p=0,025$), так и во второй группе ($r=-0,59$, $p=0,033$). В обеих группах нами обнаружена зависимость между уровнем МС, т. е. нагрузкой, испытываемой миокардом при данной геометрии сердца, и QTd, ($r=-0,45$, $p<0,01$). Тесная взаимосвязь была выявлена между показателем ФВ/МС, отражающего контрактильность миокарда, и QTd, при чем в первой группе имела положительный характер ($r=0,76$, $p<0,005$) и отрицательный во второй группе ($r=-0,63$, $p=0,02$).

Выводы: У пациентов с адаптивным ремоделированием сердца изменение дисперсии QT связано прежде всего с функциональной перегрузкой миокарда, а у пациентов с дезадаптивным ремоделированием с более стойкими морфологическими изменениями.

200 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Поварнишина С. С., Сушенцова Т. В., Пантюхина Н. В., Гарифуллина О. П.

ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, Ижевск, Россия

Частота беременности на фоне артериальной гипертензии (АГ) неуклонно растет в последнее время. Показатели здоровья женщины и работы системы оказания помощи данным беременным напрямую связаны с уровнем материнских и перинатальных потерь.

Цель: оценка состояния здоровья и соблюдения этапности в оказании специализированной помощи беременным женщинам с АГ.

Материал и методы. Обследовано в условиях БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевска 152 беременных женщины с диагнозом АГ, установленным до беременности, в возрасте от 19 до 46 лет, средний возраст — $31,26 \pm 0,86$ лет.

Результаты и выводы. Распределение по степени АГ было следующим: 1 степень у 46 женщин (30,3%), 2 степень — 65 (42,8%), 3 степень — 41 (26,9%). Характерно, что женщины с АГ откладывают рождение детей на более поздний возраст — преобладает число беременных в возрасте от 33 до 37 лет — 50 женщин (32,9%). У 36 (18,2%) выявлена сопутствующая патология мочевыделительной системы, что говорит о недообследованности женщин и вероятной вторичной гипертензии. Отсутствие здорового образа жизни у данных женщин подтверждается антропометрическими данными: 84 женщины (55,3%) до беременности имели избыточную массу тела — ИМТ=25–30 у 37 (24,3%) или ожирение — ИМТ=30–35 у 34 (22,4%), ИМТ=35–40 у 12 (7,9%) и ИМТ свыше 40 — у 1 (0,7%) женщины. Женщины с АГ ничем не отличались от среднестатистических по наличию гинекологической патологии у 47 (30,9%) пациенток. Беременность у женщин с АГ имеет осложнения основного заболевания в виде плацентарной недостаточности (НМППК по данным УЗИ у 12 (7,9%)), и гестоза (у 4 (2,6%)), начиная уже со второго триместра. В третьем триместре наблюдалось увеличение доли НМППК: 1а у 29 (19%), 1б у 4 (2,6%), 2а у 4 (2,6%), и даже 3 степени у 2 (1,3%). Прогрессировали как задержка развития у 22 (14,4%), гипоксия плода у 13 (8,5%), отеки у 29 (19,1%), и преэклампсия у 35 (23%). Обращает внимание высокая частота преждевременного у 70 (46,1%) и оперативного родоразрешения у 65 (42,8%) женщин, позволяющая получить в экстренной ситуации незрелого, но вполне жизнеспособного плода. Во время родов частыми осложнениями были слабость родовой деятельности у 21 (13,8%) и преждевременное излитие околоплодных вод у 25 (16,4%). При анализе структуры госпитализаций беременных с АГ существует определенная последовательность: женская консультация (ЖК) — женское кардиологическое отделение (ЖКО) — роддом № 6 (стац. лечение) — роддом № 6 (родоразрешение). Такая этапность является наиболее полной. Данная последовательность соблюдалась в 8,3% случаев, в остальных случаях последовательность была неполная: ЖК — ЖКО — роддом № 6 (родоразрешение) — в 51,5% и ЖК — роддом № 6 (стац. лечение) — роддом № 6 (родоразрешение) — в 3,3%, у 7 (4,6%) женщин был включен этап санаторно-курортного лечения в санатории «Металлург» г. Ижевска. Укороченные цепочки экономически выгодны и не ухудшают исход беременности в связи с адекватным наблюдением и лечением в условиях специализированной ЖК.

Подзолков В. И., Лория И. Ж., Тарзиманова А. И., Мохаммади Л. Н.

201 ИЗМЕНЕНИЕ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРДАРОНОМ

ГБОУ ВПО Первый ПМГМУ им. И. М. Сеченова, кафедра факультетской терапии № 2, Москва, Россия

Цель: изучить влияние проводимой антиаритмической терапии кордароном в суточной дозе 200 мг на инотропную функцию миокарда у больных ИБС с персистирующей формой ФП.

Материал и методы. В исследование было включено 21 пациент ИБС с персистирующей формой ФП, в возрасте от 50 до 82 лет (средний возраст $65,25 \pm 8,4$ лет), из них 4 (19,1%) мужчин и 17 (80,9%) женщин. Всем больным синусовый ритм был восстановлен в течение первых суток инфузией нагрузочной дозы кордарона 300 мг внутривенно. В течение последующих 6 месяцев для профилактики пароксизмов ФП пациенты получали кордарон в суточной дозе 200 мг.

Для оценки инотропной функции миокарда всем больным проводилась равновесная радионуклидная вентрикулография (РРВГ). Первичное исследование было выполнено 21 (100%) больным в первые 3 суток после восстановления синусового ритма, повторное исследование проводилось 14 (66,7%) пациентам, сохранившим синусовый ритм через 6 месяцев лечения.

Результаты. Синусовый ритм через 6 месяцев лечения кордароном сохранили 14 (66,7%) пациентов. При проведении РРВГ после восстановления синусового ритма у больных с персистирующей формой ФП были диагностированы изменения диастолической функции сердца, которые проявлялись значимым снижением наполнения за 1/3 диастолы левого желудочка (ЛЖ); максимальной скорости наполнения ЛЖ. Результаты контрольного исследования через 6 месяцев терапии кордароном обнаружили достоверное изменение показателей наполнения за 1/3 диастолы ЛЖ с $20,92 \pm 8,01$ до $27,17 \pm 9,7$, максимальной скорости наполнения ЛЖ с $221,74\%/с \pm 77,1$ до $250,78\%/с \pm 76,51$ ($p<0,05$). Отмечалось достижение нормальных значений показателя вклада предсердия в диастолу левого желудочка с $16,73 \pm 4,06$ до $21,53 \pm 6,64$ при сохранении синусового ритма на протяжении 6 месяцев лечения кордароном ($p<0,05$). Достоверно значимых отличий по КДО и КСО ЛЖ не выявлено.

Заключение. Терапия кордароном в суточной дозе 200 мг для профилактики рецидивов ФП не ухудшает показатели инотропной функции миокарда левого и правого желудочка. Сохранение синусового ритма в течение 6 месяцев у больных ИБС с персистирующей формой ФП способствует восстановлению сократимости предсердий и улучшению показателей диастолической функции миокарда желудочков.

202 **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С РАЗМЕРОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Подзолков В. И., Мохаммади Л. Н., Тарзимова А. И., Лория И. Ж.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, кафедра факультетской терапии № 2, Москва, Россия

Цель: изучить зависимость между показателями жесткости сосудистой стенки и размером левого предсердия у больных АГ и ФП

Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов, из которых 34 больных АГ с персистирующей формой ФП (I группа); 16 пациентов АГ с постоянной формой ФП (II группа) и 30 больных АГ без нарушений сердечного ритма (группа сравнения).

Всем больным для оценки жесткости сосудистой стенки проводилась компьютерная осцилометрия плечевой артерии в режиме разового измерения артериального давления на приборе КАП ЦГосм-«Глобус» (Россия). Изучались показатели общей гемодинамики, измерение скорости пульсовой волны (СПВ) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

Структурно-функциональное состояние сердца оценивали методом эхокардиографии на аппарате «Acuson Aspen» (США), датчиком с частотой 3,74 МГц. Использовались стандартные позиции. В М- и В- модальных режимах.

Результаты. При исследовании показателей жесткости сосудистой стенки было обнаружено достоверное значимое увеличение СПВ у пациентов с персистирующей формой ФП 954.5 ± 74 и выраженное увеличение у больных с постоянной формой ФП 1024.3 ± 105.5 при сравнении с группой сравнения 899.5 ± 237 ($p < 0.05$). ОПСС у больных с постоянной формой ФП составила 1358.5 ± 219.5 , что было достоверно больше при сравнении с больными без нарушений сердечного ритма 1143.5 ± 392 ($p < 0.05$).

Результаты проведенной трансторакальной эхокардиографии, выявили достоверное увеличение размеров левого предсердия у пациентов I группы — 45 ± 17 мм и II группы 51 ± 9 мм при сравнении с группой без нарушений сердечного ритма 36.5 ± 16 мм ($p < 0.05$). Была выявлена сильная прямая зависимость между показателями СПВ и размером левого предсердия у больных АГ с персистирующей формой ФП: $r = 0.6$ ($p < 0.05$).

Выводы. Изменения жесткости сосудистой стенки в виде достоверного и значимого увеличения СПВ и ОПСС обнаружены у больных АГ с персистирующей и постоянной формой ФП при сравнении с пациентами АГ без нарушений сердечного ритма. У больных с персистирующей формой ФП выявлена достоверная прямая зависимость между показателем СПВ и размером левого предсердия.

203 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ВЕНОЗНОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Полонская Я. В.¹, Каишанова Е. В.¹, Иванова М. В.¹, Рагино Ю. И.¹, Стахнёва Е. М.¹, Каменская О. В.², Чернявский А. М.²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт терапии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск; ²Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина Минздрава России, Новосибирск, Россия

Смертность от заболеваний атеросклеротического генеза на сегодняшний день крайне высока не только в России, но и во всех индустриально развитых странах. Во многих зарубежных и российских публикациях подчеркивается комплексный характер и значимость таких звеньев атерогенеза как воспаление, дислипидемия, окисление, эндотелиальная дисфункция и другие. На сегодняшний день исследуются возможные этиопатогенетические связи возникновения и развития стенозирующего атеросклероза и атерокальциноза с некоторыми патологическими метаболическими нарушениями.

Цель: изучение маркёров воспаления в артериальной и венозной крови.

Материал и методы. В исследование включали мужчин 30–70 лет с предполагаемым (по данным предварительного исследования) кальцинозом коронарных артерий или аорты, поступивших на оперативное лечение в Клинику ФГУ ННИИ патологии кровообращения Минздрава России. Венозную кровь забирали из локтевой вены утром натощак, артериальную — интраоперационно.

В сыворотке артериальной и венозной крови проводилось исследование маркёров воспаления: фактор некроза опухоли α (ФНО- α), С-реактивный протеин (СРП), интерлейкин 1 β (ИЛ 1), интерлейкин 6 (ИЛ 6), интерлейкин 8 (ИЛ 8).

Статистическая обработка результатов производилась в лицензионной версии программы SPSS for Windows. Критерием достоверности считался $p < 0.05$.

Результаты. В венозной крови средний уровень ФНО- α составил 3.71 ± 0.51 пг/мл, ИЛ 1 — 1.49 ± 0.09 пг/мл, ИЛ 6 — 21.68 ± 4.6 пг/мл, ИЛ 8 — 15.3 ± 2.7 пг/мл, содержание СРП — 10.03 ± 1.52 мг/л.

В артериальной крови средний уровень ФНО- α составил 3.78 ± 0.59 пг/мл, ИЛ 1 — 1.39 ± 0.1 пг/мл, ИЛ 6 — 26.87 ± 10.2 пг/мл, ИЛ 8 — 14.73 ± 4.01 пг/мл, содержание СРП — 8.48 ± 1.42 мг/л.

Таким образом при изучении маркёров воспаления в артериальной и венозной крови были выявлены достоверные различия уровней СРП, ($p < 0.05$). Достоверных отличий между уровнями ФНО- α , ИЛ 1, ИЛ 8 и ИЛ 6 в артериальной и венозной крови выявлено не было.

204 ВЛИЯНИЕ АГОМЕЛАТИНА НА СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО И ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Попонина Т. М.¹, Попонина Ю. С.^{1,2}, Гундерина К. И.¹, Марков В. А.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России, Томск; ²ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить влияние агомелатина на состояние плазменного и тромбоцитарного гемостаза за время госпитализации и в течение шестимесячного наблюдения у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы: в открытое, сравнительное, проспективное исследование включены 40 больных с ОКС, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами. Средний возраст больных составил 59.8 ± 1.8 лет. На фоне общепринятой терапии ОКС (противотромботической, антиангинальной, гиполипидемической терапии) пациентам I группы ($n = 20$) был назначен агомелатин (Вальдоксан производства компании «Сервье») (25 мг/сутки), пациентам II группы ($n = 20$) — плацебо. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась исходно, на момент выписки и через 6 мес. по динамике клинического состояния, качества жизни. Было проведено анкетирование пациентов с помощью применения анкеты депрессии и тревоги (HADS), шкалы Бека. Изучали показатели плазменного и тромбоцитарного гемостаза исходно, на 8-е, 15-е сутки, а также через 6 месяцев.

Результаты. По клинико-демографическим показателям пациенты обеих групп были сопоставимы. У 70% пациентов обеих групп было проведено чрезкожное коронарное вмешательство: стентирование в области критических стенозов коронарных артерий. Динамика показателей шкалы оценки клинического состояния отражала статистически значимое улучшение клинического состояния только в группе Вальдоксана. Сумма баллов по шкале тревоги и депрессии, по шкале Бека у пациентов группы плацебо оставалась практически на том же уровне до конца исследования, а в группе Вальдоксана статистически значимо уменьшалась по сравнению

с исходом. Отдельные показатели плазменного гемостаза (в частности, концентрация общего фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов) статистически значимо снизились к 6-му месяцу в группе лечения Вальдоксаном. Показатели тромбоцитарного гемостаза в обеих лечебных группах статистически значимо не различались в течение шестимесячного наблюдения.

Ни у одного из пациентов, принимавших Вальдоксан, не было выявлено синдрома цитолиза и других побочных эффектов.

Выводы. Добавление Вальдоксана к стандартной терапии острого коронарного синдрома, ассоциированного с тревожно-депрессивными расстройствами, не ухудшает состояние тромбоцитарного гемостаза, статистически значимо улучшает плазменный гемостаз и приводит к улучшению клинического состояния, психического статуса и улучшению оценки качества жизни.

205 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Портнова Е. В.

ГБУЗ Областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

В настоящее время ведение пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) определяется наличием сопутствующей патологии, уровнем артериального давления, поражением органов-мишеней (ПОМ) и т. д., что в совокупности составляет ту или иную степень общего сердечно-сосудистого риска. Наличие гипертрофии левого желудочка, микроальбуминурии, увеличение толщины комплекса интима-медиа уже включает пациентов в группу высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений и тем самым влияет на тяжесть, прогноз заболевания и выбор тактики лечения. В современных рекомендациях поражения мозга показано на уровне ассоциированных клинических состояний. Многие ученые считают лейкоареоз и лакунарные инфаркты мозга, выявленные визуализирующими методами, поражением одного из главных органов-мишеней при гипертонии. Основным проявлением этого процесса является когнитивная дисфункция. По данным различных авторов, когнитивные нарушения различной выраженности выявляются у 5–22% лиц, старше 65 лет, деменция у 5–12%. Для выявления когнитивного дефицита рекомендовано нейропсихологическое тестирование пациентов. По данным зарубежных и отечественных авторов существует высокая корреляция тестирования с визуализирующими методами исследования. Учитывая важную роль профилактики деменции необходимо раннее определение состояния когнитивной функции у пациентов с артериальной гипертонией.

Цель: провести нейропсихологическое тестирование у пациентов с артериальной гипертензией с целью усовершенствования ранней диагностики когнитивной дисфункции

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов (22 женщин и 18 мужчин) с гипертонической болезнью II стадии, средний возраст $56,2 \pm 7,3$ лет. Критериями исключения были состояния и заболевания, приводящие к нарушению когнитивной функции. Контрольная группа — 30 человек.

Результаты. Средние значения ИММЛЖ по данным ЭХО-КГ составляли $155,49 \pm 28,08$ г/м² по формуле Devereux. Для скрининга когнитивных жалоб использован опросник McNair и Kahn. При нейропсихологическом тестировании была использована скрининговая методика — тест «рисования часов», тест на речевую активность и тест на зрительную память с оценкой свободного и отсроченного воспроизведения и узнавания. Более 80% исследуемых на основании тестирования продемонстрировали достоверные отличия показателей основной группы от группы здоровых лиц.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности когнитивной дисфункции среди исследуемой когорты. Для более полной оценки сердечно-

сосудистого риска лиц с ГБ, на ранних этапах обследования необходимо выполнение скрининговых нейропсихологических тестов, занимающих не более 5 мин, что может повлиять на тактику ведения и прогноз таких пациентов.

206 РОЛЬ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В ПОВЫШЕНИИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пурьгина М. А., Агеев О. А., Мизиренкова И. Д.

ОГБУЗ Смоленская областная больница, Смоленск; ГОУ ВПО СГМА России, Смоленск, Россия

В последнее десятилетие гиперхолестеринемия прочно удерживает лидирующие позиции в развитии и прогрессировании атеросклероза. Вследствие повышения жесткости сосудистой стенки происходит нарушение демпфирующей функции крупных артерий, в результате чего увеличивается повреждающее действие пульсовой волны на сосуды.

Цель: определения влияния повышенного уровня холестерина сыворотки крови на показатели жесткости сосудов эластического и мышечного типов и уровней артериального давления в бассейнах верхних и нижних конечностей у больных ИБС.

Материал и методы. Обследовано 300 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III ФК (возраст $55,5 \pm 7,4$ лет). Больные были разделены на две группы в зависимости от уровня холестерина (ХС) сыворотки крови. В первую группу вошли пациенты с уровнем ХС менее 5,2 ммоль/л, во вторую группу — более 5,2 ммоль/л (группа контроля). Для оценки жесткости магистральных сосудов и уровней артериального давления (АД) в бассейнах верхних и нижних конечностей использовалась объемная сфигмография на аппарате VaSera-1000 (Fukuda Denschi, Япония).

Результаты. У пациентов с ИБС и гиперхолестеринемией по сравнению с группой контроля (где содержание общего холестерина было в норме), показатели жесткости CAVI были выше; так R-CAVI на 3%, L-CAVI на 2%, а R-kCAVI на 1,7% ($p < 0,005$). По сравнению с группой контроля была статистически значима скорость распространения пульсовой волны по сосудам преимущественно эластического типа были выше (R-PWV на 21%), СРПВ по сосудам преимущественно мышечного типа (B-PWV на 3,8%).

Таким образом, повышение уровня холестерина сыворотки крови приводит к нарастанию скорости распространения пульсовых волн, повышению сосудистой жесткости и усилению развитию атеросклероза.

207 ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ АРХИТЕКТониКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Черных Т. А., Жигжитова Е. Б., Геращенко Л. Ю.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить геометрические модели архитектоники левого желудочка (ЛЖ) у женщин с хирургической менопаузой.

Материал и методы. В исследование включены 99 женщин в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа — 46 пациенток ($45,9 \pm 3,5$ лет) после гистерэктомии с сохранением яичниковой ткани, 2-я группа 31 женщина ($46,1 \pm 3,1$ лет) после билатеральной овариоэктомии, 3-я — 22 пациентки ($46,0 \pm 3,6$ лет), принимающие ЗГТ. Критерии исключения: заболевания сердца, гипертоническая болезнь до операции, эндокринологические заболевания, тяжелая сопутствующая соматическая патология. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин в возрасте $45 \pm 3,6$ лет с сохраненной менструальной функцией. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате «Logic 5». Суточное мониторирова-

ние АД осуществляли с помощью аппарата “Cardiotens-01” фирмы “Meditech” (Венгрия). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ “Statistica 6.0”. Статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты. У женщин с постгистерэктомическим синдромом с сохранением яичниковой ткани нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ) была обнаружена в половине случаев, концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ) — у каждой третьей (32,6%) пациентки, концентрическая (КГЛЖ) (13%) и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) (4,3%) наблюдались значительно реже. В группе женщин с хирургической менопаузой с удаленными яичниками лишь каждая пятая не имела нарушений архитектоники ЛЖ (19,4%), у 32,2% пациенток была сформирована КГЛЖ, у 38,7% — КРЛЖ, реже всего (в 9,6% случаев) выявлялась ЭГЛЖ. В группе пациенток, принимающих ЗГТ, геометрия ЛЖ чаще оставалась ненарушенной (72,7%), у 5 женщин (22,7%) выявлено КРЛЖ и только у 1-й (4,5%) КГЛЖ. Установлено, что у больных с повышенным артериальным давлением, достоверно чаще формировалась КГЛЖ, а у женщин с нормотонией чаще встречалась НГЛЖ. В группе больных без артериальной гипертензии в 46,5% случаев имело место ремоделирование ЛЖ.

Выводы. У 49,9% женщин с постгистерэктомическим синдромом и у 80,6% пациенток после двусторонней овариэктомии выявлены нарушения архитектоники левого желудочка и наиболее часто встречалось концентрическое ремоделирование. Заместительная гормональная терапия способствует сохранению нормальной геометрии левого желудочка.

208 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Зуева А. А., Жилина А. А.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить особенности вариабельности ритма сердца у женщин с хирургической менопаузой.

Материал и методы. Обследованы 31 женщина ($46,1 \pm 3,1$ лет) с хирургической менопаузой, вызванной билатеральной овариэктомией с сохранением или удалением матки. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин (средний возраст $45 \pm 3,6$ года) с сохраненной менструальной функцией, не имеющих гинекологической и соматической патологии. Для оценки временных и спектральных показателей ВРС проводилось мониторирование ЭКГ аппаратом “Кардиотехника 4000” на протяжении 24 часов. Статистическая обработка проведена с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты. У женщин с хирургической менопаузой показатель общей мощности спектра (Tr) был снижен на 19,5% ($p < 0,05$), значительно была снижена также мощность в диапазонах VLF и LF — в среднем на 15,6% и 24,5%, соответственно ($p < 0,05$), и в максимальной степени было выражено снижение мощности спектра в диапазоне HF — на 45%. Коэффициент, характеризующий вегетативный баланс (LF/HF) был увеличен на 40,7% и составил 3,8 при норме 2—3. Исследования показателей ВРС во временной области подтвердили выявленные изменения, поскольку отмечено снижение показателей, характеризующих как симпатическую (SDNN, SDNNi), так и вагусную активность (pNN50 и rMSSD) ($p < 0,05$).

Выводы. У пациенток с хирургической менопаузой снижение спектральных и временных показателей ВРС происходило преимущественно за счет уменьшения периферических вагусных влияний и сопровождалось увеличением относительного вклада центральных нейрогуморальных влияний при одновременном смещении вегетативного баланса в сторону преобладания активности симпатического отдела ВНС, что свидетельствует о снижении устойчивости организма прооперированных женщин к возникновению поражений сердечно-сосудистой системы.

209 ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пягай Н. Л., Иванова Е. С., Шалягин Ю. Д.

Фиалил по медицинской профилактике ГАУЗМО “Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации”, Москва, Россия

В Московской области с 2009г работают 25 Центров здоровья (ЦЗ) для взрослого населения, которые прочно заняли место в системе здравоохранения, осуществляя функции по индивидуальной и групповой первичной профилактике неинфекционных заболеваний. Одной из проблем, выявившихся за первые годы функционирования ЦЗ, стало акцентирование внимания на показатели посещаемости без проведения анализа наличия факторов риска у людей, пришедших в ЦЗ в целом. На это было указано в протоколе видеоселекторного совещания Минздравоохранения России по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака, от 13.02.2012 г. В одном из решений данный документ предлагает провести анализ сложившейся структуры факторов риска развития неинфекционных заболеваний и обеспечить осуществление в ЦЗ систематической работы по их комплексной оценке. Во исполнение вышеуказанного протокола, филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР, выполняющий координацию деятельности ЦЗ в Московской области, разработал анкету по выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний у взрослого населения, посещающего ЦЗ. В настоящий момент проанализированы 12 942 анкет (женщин — 7504, мужчин — 5438), собранные данные стратифицированы по полу, возрастным группам (от 18 до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 50 до 60 лет и старше 65 лет). Получены следующие результаты: избыточная масса тела и ожирение среди женщин — 71,1%, мужчин — 65,4%; повышенное артериальное давление среди женщин — 52,9%, мужчин — 56,5%; гипергликемия натощак среди женщин — 26,1%, мужчин — 24,4%; гиперхолестеринемия среди женщин — 45,5%, мужчин — 42,8%; изменения показателей внешнего дыхания — среди женщин — 29,7%, мужчин — 27,6%; курение за последние 30 дней: женщины — 27,5%, мужчины — 45,9%; выявление факторов риска онкологических заболеваний полости рта среди женщин — 11,8%, мужчин — 10,2%; повышенное внутриглазное давление: женщины — 9%, мужчины — 12,1%; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 г в день среди женщин — 53,3%, мужчин — 70,7%; недостаточная физическая активность, менее 30 мин в день среди женщин — 60%, мужчин — 62,2%; злоупотребление алкоголем среди женщин — 28,5%, мужчин — 46,4%.

Таким образом, по результатам проведенного анкетирования можно заключить, что распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения Московской области является высокой. Наиболее распространены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как: избыточная масса тела и ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 г в день. Эти данные следует учитывать при разработке программ профилактики неинфекционных заболеваний и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения.

210 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Распутина Л. В., Мостовой Ю. М.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Винница, Украина

Цель: изучить особенности клинического течения заболевания в условиях сочетанного течения артериальной гипертензии (АГ) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Материал и методы: общеклинические, компьютерная спирография, суточное мониторирование ЭКГ, артериального давления (АД), эхокардиография, опрос по анкете MOS SF-36 для оценки качества жизни.

Результаты. Анализ клинко-инструментальных данных позволяет утверждать, что при ХОЗЛ и сопутствующей АГ отмечается увеличение среднего балла одышки, систолического и диастолического АД. Показатели функции внешнего дыхания коррелируют с нарушением диастолической функции левого желудочка ($r=0,52$, $p<0,0001$), индексом массы тела ($r=-0,23$, $p=0,003$), эпизодами элевации сегмента ST при суточном мониторировании ЭКГ ($r=-0,30$, $p=0,013$). Исследования показали, что при сочетании ХОЗЛ и АГ имеют место более высокие значения среднесуточного систолического и диастолического АД, индексов времени для систолического и диастолического АД ($p=0,0001$; $p=0,041$), скорость утреннего подъема АД, что имеет отрицательную корреляционную связь с ОФВ₁ ($r=-0,23$, $p=0,0031$). При сочетании АГ и ХОЗЛ существенно увеличиваются средние показатели частоты сердечных сокращений за сутки, при прогрессировании ХОЗЛ — количество эпизодов фибрилляции предсердий, удлиняется их длительность, увеличивается частота желудочковых экстрасистол высоких градаций ($p=0,046$, $p<0,0001$), количество парных и групповых суправентрикулярных экстрасистол в отличие от больных с изолированным течением заболеваний ($p<0,0001$, $p=0,003$). Диагностировано снижение систолической функции левого желудочка у 74 пациентов (28,1%), что коррелирует с прогрессированием как ХОЗЛ ($r=-0,39$, $p=0,001$), так и АГ ($r=0,49$, $p=0,0004$). У 117 (45,7%) больных отмечается нарушение ремоделирования правого желудочка, обусловленное объемной перегрузкой ($p<0,0001$; $p=0,0042$), увеличение систолического давления в легочной артерии, что тесно коррелирует с конечным диастолическим размером правого желудочка ($r=0,36$, $p<0,0001$), конечным систолическим размером правого желудочка ($r=0,41$, $p=0,008$), диастолической дисфункцией правого желудочка ($r=0,53$, $p<0,0001$), размером левого предсердия ($r=0,30$, $p=0,010$), фракцией выброса левого желудочка ($r=-0,51$, $p<0,0001$). Установили достоверные нарушения психического и физического статуса, в формировании которых роль играют физические и эмоциональные проблемы жизнедеятельности, которые коррелируют с показателями функции внешнего дыхания, систолическим давлением в легочной артерии, индексом массы тела, базисной терапией ХОЗЛ.

Выводы. При сочетанном течении АГ и ХОЗЛ возникает ряд взаимоотношающихся кардиореспираторных симптомов, что сопровождается выраженностью клинических проявлений и глубокими поражениями органов-мишеней.

211 СОДЕРЖАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТОРА ФОН Виллебранда У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Резникова Е. А., Бочкарева О. И., Тарасов А. А.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Цель: сравнительная оценка случаев повышения уровня фактора фон Виллебранда (фФВ) и случаев аутоиммунных нарушений у больных, не страдающих ИБС и СД, с высоким

сердечно-сосудистым риском (более 5% по SCORE), и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления по Fabbri и Rabe. Данные состояния являлись критериями включения в исследование.

Материал и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 40 больных, имеющих критерии включения, и 30 относительно здоровых лиц без критериев синдрома хронического системного воспаления (контрольная группа) 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»[®] инструкциями 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 Nowowitz, 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 оценивали при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин.

Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 32,5% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 30% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 25% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 10%, 16,7% и 13,3%, соответственно. Значения, превышающие верхнюю границу нормальных показателей для фФВ в основной группе отмечены в 27,5% случаев (11 человек), ниже границы нормальных значений — в 1 случае (2,5%). В контрольной группе в 13,4% случаев имело место повышение концентрации фФВ в сыворотке. Содержание фФВ ниже уровня нормальных значений в контрольной группе не отмечено. Таким образом, количество больных с признаками аутоиммунного воспаления в группе больных с синдромом хронического системного воспаления 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 синдрома хронического системного воспаления даже в отсутствии СД и ИБС ассоциировано с развитием аутоиммунного воспаления, направленного на компоненты соединительной ткани сосудистой стенки и активацией эндотелия, выражающегося в повышении продукции тромбогенных факторов. Количество больных, имеющих аутоиммунные маркеры системного воспаления при синдроме хронического системного воспаления достоверно не отличается от числа больных со стимуляционной формой эндотелиальной дисфункции по гемостатическому типу, протекающей в виде гиперпродукции фФВ.

212 СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Резниченко Т. А., Масленникова О. М., Фирсакова В. Ю.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Немаловажную роль в процессе адаптации к физическим нагрузкам играет иммунная система. Вместе с тем, гармоничное функционирование иммунной системы зависит от нормальной работы других органов и систем, поэтому любое нарушение неизбежно отражается на иммунном статусе спортсмена.

Цель: выявление начальных признаков иммунных нарушений у молодых лиц с пролапсом митрального клапана на фоне занятий спортом.

Материал и методы. Был обследован 541 спортсмен (329 юношей и 212 девушек), средний возраст составил $22,4 \pm 1,2$

и $21,3 \pm 1,3$ лет соответственно. Всем обследованным проводилась эхокардиография с доплерографией в положении лежа на левом боку на аппарате "Vivid-7 Demention" («General Electric», США). ПМК диагностировали при наличии систолического провисания одной или обеих створок митрального клапана ниже уровня клапанного кольца на 3 мм и более в момент максимального пролабирования. В основной группе с ПМК обследовано 132 человека (74 юношей, 58 девушек). Спортсмены без ПМК составили контрольную группу (409 человек, 255 юношей и 154 девушки).

При определении иммунного статуса оценивали показатели клеточного и гуморального иммунитета: количество лейкоцитов, лимфоцитов, фагоцитарную активность лейкоцитов, показатели Т- и В-клеточного иммунитета.

Результаты. Было установлено, что в крови девушек с ПМК в сравнении с контрольной группой в условиях интенсивных тренировок достоверно снижается среднее число лейкоцитов, соответственно $5,7 \pm 0,1 \times 10^9$ и $6,2 \pm 0,1 \times 10^9$ /л ($p < 0,05$); у юношей достоверных отличий не наблюдалось (соответственно $5,9 \pm 0,2 \times 10^9$ и $5,9 \pm 0,1 \times 10^9$ /л). Количество лимфоцитов в основной и контрольной группе спортсменов достоверно не отличались: у девушек $31,1 \pm 1,0$ и $27,9 \pm 0,7\%$ соответственно; у юношей $29,7 \pm 1,1$ и $30,3 \pm 0,5\%$ соответственно. Показатели фагоцитоза, состояние Т-системы иммунитета (относительное и абсолютное число Т-лимфоцитов (CD3+), число лимфоцитов-хелперов (CD4+), естественных киллеров (NK-клеток; CD16+-лимфоцитов), абсолютное число CD8+) также достоверно не различались в группах обследованных спортсменов. При анализе состояния В-системы иммунитета обращала на себя внимание общая тенденция к снижению уровней иммуноглобулинов А, М в крови у всех спортсменов с ПМК. Так, в основной группе у девушек уровень Ig А составил $187,3 \pm 6,1$ Ед/мл, в контрольной — $207,8 \pm 6,4$ Ед/мл; у юношей соответственно $211,0 \pm 6,2$ и $235,9 \pm 4,9$ Ед/мл ($p < 0,05$). Уровень Ig М у девушек в основной группе составил $159,1 \pm 7,0$ Ед/мл, в контрольной — $176,8 \pm 6,1$ Ед/мл; у юношей — $141,9 \pm 6,4$ и $156,4 \pm 4,0$ Ед/мл соответственно ($p < 0,05$). Уровень Ig G в обеих группах статистически не различался.

Заключение. Таким образом, у спортсменов с ПМК (особенно у девушек) в процессе адаптации к физическим нагрузкам чаще проявляются изменения со стороны иммунной системы. Данный факт требует своевременной диагностики ПМК, более пристального наблюдения за данными спортсменами и, при необходимости, активного применения профилактических программ.

213 ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Репкина Т. В., Осипова И. В., Кулишова Т. В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: оценить влияние комплексного лечения с применением стандартной медикаментозной терапии, индивидуальных физических нагрузок в сочетании с курсом общей магнитотерапии, адаптированных для лиц пожилого возраста, на динамику функционального класса хронической сердечной недостаточности, толерантности к физической нагрузке, а также продолжительность их терапевтической эффективности.

Материал и методы. Обследовано 50 больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью I–III ФК по классификации NYHA. Возраст больных составил от 60–75 лет. В исследование были включены пациенты с хронической сердечной недостаточностью развившейся на фоне гипертонической болезни II–III стадии и/или и степени и/или ишемической болезни сердца со стенокардией напряжения I–III ФК. Диагноз хронической сердечной недостаточности

устанавливался клинически (клиническая шкала оценки В. Ю. Марееву) и верифицировался инструментально с помощью эхокардиографии. Динамика клинко-инструментальных данных и показательных физической работоспособности оценивались через один, три и шесть месяцев. Методом рандомизации больные были разделены на две сопоставимые группы (методика случайных чисел) по полу, возрасту и назначенному лечению. Первая группа составила 30 больных, которые получали только контролируемую медикаментозную терапию, включая ведение дневников самоконтроля и еженедельное посещение врача. Вторая группа больных дополнительно к стандартной медикаментозной терапии получали дозирование физические нагрузки, в форме пешей ходьбы, с сочетанием с курсом общей магнитотерапии продолжительностью десять минут один сеанс, в количестве десяти сеансов. Курс общей магнитотерапии проводился на низкочастотном автоматизированном аппарате "Алма", диапазон частоты вращения магнитного поля составляет 50–150 Гц, обладает временным режимом по нарастанию и спаду напряженности магнитного поля от 2 до 198 с, напряженность магнитного поля внутри индуктора составляет до 4 мТл. Все это способствует более широким возможностям для обеспечения индивидуального подхода лечению каждого больного.

Результаты. В процессе комплексного лечения у пациентов второй группы отмечены значимое снижение систолического артериального давления с $142,8 \pm 1,66$ ($p < 0,01$), диастолического артериального давления с $90,4 \pm 1,28$ до $86,7 \pm 0,82$ ($p < 0,01$). В то время как на уровень диастолического артериального давления достоверного влияния отмечено не было. Данные шести минутного теста ходьбы, а также показатели эхокардиографии значимо не изменились, однако эти показатели будут отслежены через три и шесть месяцев.

Заключение. Комплексное лечение больных хронической сердечной недостаточностью оказывает в сочетании с курсом общей магнитотерапии, значимое действие на показатели гемодинамики, способствует повышению толерантности к физической нагрузке и качеству жизни пожилых больных хронической сердечной недостаточностью.

214 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ

Репкина Т. В., Бабушкин И. Е., Касумов В. В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Проблема здоровья молодежи является социально и экономически значимой, поскольку здоровье — одно из обязательных условий полноценного выполнения студентом своих учебных, а в будущем и профессиональных функций. Исследования последних лет свидетельствуют, что заболеваемость среди студентов существенно увеличилась за счет случаев выявленных хронических заболеваний. На первом месте во всем мире, и Россия не является исключением, находятся заболевания сердечно-сосудистой системы, на втором — опорно-двигательного аппарата, на третьем — органов дыхания. Большое значение также имеет исследование психологического статуса молодежи.

По данным Научного Центра Психических Заболеваний РАМН депрессивные состояния выявляются в среднем у 30% населения.

Цель: оценить показатели психологического и соматического здоровья студентов медицинского университета, изучить факторы, влияющие на него.

Материал и методы. В исследование были включены студенты 6 курса Алтайского государственного медицинского университета.

Студенты в количестве 68 человек прошли обследование в центре здоровья МБУЗ поликлиники ГБ № 6 г. Барнаула. Обследуемым проведены лабораторные и инструментальные методы обследования: определение уровня общего холестерина, глюкозы в крови, спирометрия, измерение артериального давления, определение процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (пульсоксиметрия), прове-

ден расчет лодыжечно-плечевого индекса, ИМТ (индекса массы тела), анализ ЭКГ сигнала методом дисперсионного картирования с помощью кардиовизора, биоимпедансметрия, определение “возраста легких” по уровню CO₂ в выдыхаемом воздухе с помощью аппарата “смоки лайзер”. Проведена оценка психологического статуса с помощью теста Спилбергера-Ханина на предмет выявления уровня реактивной и личностной тревожности и теста Зунга на предмет выявления депрессии.

Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Primer of Biostatistics Version 4.03 by Stanton A. Glatz “Практика»1999. Достоверность результатов определялась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Нами проанализировано психологическое состояние студентов. Из них 57 лиц женского пола и 11 мужского. Уровень реактивной и личностной тревожности в среднем составил $48,8 \pm 2,78$ и $45 \pm 2,78$ баллов, соответственно.

Низкая реактивная тревожность (РТ) (менее 30 баллов) не выявлена, умеренная (РТ) (31–45 баллов) у 2 лиц мужского пола и у 7 женского, высокая РТ (более 46 баллов) выявлена у 9 мужчин и 50 женщин. Личностная тревожность имеет место у 100% обследуемых, из которых 84% — лица женского пола и 16% — мужского. По результатам проведенного нами теста самооценки депрессии выяснилось, что легкая депрессия (40–47 баллов) присутствует у 24 из 68 протестированных, у 3 студенток имеет место депрессивное состояние, при котором может потребоваться консультация психотерапевта. В среднем уровень депрессии в баллах по шкале Зунга составил $38,3 \pm 5,33$.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить об отклонениях разной степени в психологическом состоянии студентов-медиков выпускного курса. Депрессивные состояния выявлены у 39,7% протестированных, что выше среднестатистических показателей, приведенных Научным Центром Психических Заболеваний РАМН.

215 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСТЕНА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Рогачева О. А.

ГБУЗ ГKB № 23 им. “Медсантруд” ДЗМ, Москва, Россия

ИБС остается ведущей причиной заболеваемости и смертности в нашей стране и поражает часто работоспособное население. Она сопровождается такими осложнениями как острый инфаркт миокарда, нарушение ритма сердца, инвалидирует пациентов.

В настоящее время одной из задач отечественного здравоохранения является стабилизация численности населения, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет к 2018 году, а также развитие отечественной фармацевтической индустрии. Достижение средней продолжительности жизни 74 года может реализоваться в том числе благодаря профилактике опасных осложнений ИБС (ОИМ, НРС, ВС).

Триметазидин по многочисленным данным литературы оказывает позитивный эффект в профилактике осложнений ИБС. Триметазидин известен под следующими торговыми марками: Предуктал, Римекор, Антистен. Наша работа посвящена изучению сравнительной эффективности и безопасности отечественного генерического препарата Антистен МВ (ООО “Озон”, Россия) и Предуктала МВ (“Servier”, Франция) двойным слепым методом у пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III функциональных классов.

Действие Триметазидина направлено на нормализацию энергетического метаболизма клеток, подвергающихся гипоксии или ишемии, способствует увеличению содержания АТФ в них. Благодаря антигипоксическому действию уменьшается частота приступов стенокардии, повышается толерантность к физической нагрузке. Перед началом 16-ти недельного курса лечения, в процессе лечения и в конце курса проводятся клинико-лабораторные исследования, а также функциональные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ). Анализ

эффективности лечения данными препаратами производится на основании сравнительной оценки данных, полученных до и после лечения. Оценка эффективности осуществляется по следующим критериям.

Первичный критерий эффективности — длительность выполнения физической нагрузки (мин.) при ВЭМ.

Вторичные критерии эффективности:

— частота приступов стенокардии в неделю через 1 и 4 месяца приема препарата;

— среднее количество таблеток нитроглицерина, приняты за неделю к 1 и 4 месяцу;

— динамика суммарного показателя качества жизни по ВАШ за время комплексной терапии.

Каждый из критериев эффективности определяется для каждого пациента и в среднем по группам.

216 ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Рогутский Б. С.¹, Пурыгина М. А.¹, Горячева А. А.²

¹ОГБУЗ Смоленская областная клиническая больница, Смоленск; ²ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрав РФ, Смоленск, Россия

В последние годы перспективным направлением в диагностике артериальной гипертензии (АГ) является оценка эластических свойств сосудов. Показателем жесткости сосудистой стенки является скорость распространения пульсовой волны (СРПВ). Установлено, что каротидно-фemorальная СРПВ является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности, сердечно-сосудистых катастроф, а также инсультов у больных АГ. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) также является независимым предиктором ранней заболеваемости и смертности. У пациентов с АГ, имеющих ГМЛЖ, риск развития сердечно-сосудистых событий достоверно выше по сравнению с больными без ГМЛЖ. Выделяют два основных типа ремоделирования левого желудочка: концентрическую и эксцентрическую гипертрофию, при этом прогностически наименее благоприятной является концентрическая ГМЛЖ, при которой 10-летняя вероятность осложнений наиболее велика и составляет около 30%.

Цель: оценить эластические свойства сосудов в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка у больных с АГ.

Материал и методы. Обследовано 20 больных АГ, средний возраст $54,68 \pm 7,35$ лет, уровень систолического артериального давления (САД) составил $142,9 \pm 19,24$ мм рт. ст., уровень диастолического артериального давления (ДАД) — $91,2 \pm 11,37$ мм рт. ст. Для оценки состояния сосудистой системы использован метод объемной сфигмографии с определением каротидно-фemorальной СРПВ. По результатам эхокардиографии все пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка: 1-ю группу (n=11) составили пациенты с концентрической ГМЛЖ; 2-ю группу (n=9) — больные с эксцентрической ГМЛЖ. Группы были рандомизированы по полу, возрасту, уровню артериального давления.

Результаты: у пациентов с концентрической ГМЛЖ показатели СРПВ были достоверно выше, чем у больных с эксцентрической ГМЛЖ. Аналогичным образом изменялся и такой показатель, как биологический возраст сосудов, который определяли методом объемной сфигмографии. Так, биологический возраст сосудов у больных с концентрической ГМЛЖ составил $61,33 \pm 17,38$ лет, а у пациентов с эксцентрической ГМЛЖ — $49,14 \pm 21,46$ лет ($p < 0,01$). Индекс массы миокарда левого желудочка и индекс относительной толщины стенки ЛЖ также были значительно выше у больных с концентрической ГМЛЖ.

Выводы. У больных с концентрической ГМЛЖ, наряду с увеличением массы миокарда, превышающей адаптивные параметры, происходит увеличение жесткости сосудистой

стенки и биологического возраста сосудов, что необходимо учитывать при оценке прогноза и подборе антигипертензивной терапии.

217 ВОЗМОЖНА ЛИ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ?

Романова Н. А., Поварова Т. В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России», НУЗ ДКБ на ст. Саратов-П ОАО «РЖД», Саратов, Россия

Цель: выявить время установления диагноза дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) по данным историй болезней кардиологического отделения.

Материал и методы. Проведён анализ историй болезней 20 мужчин с ДКМП в возрасте от 41 года до 79 лет, средний возраст обследуемых составил $61,5 \pm 2,3$ лет. Помимо изучения анамнеза, рутинных методов исследования, определения уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП), всем больным проводились: электрокардиография (ЭКГ), доплерокардиография (ДЭхоКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ.

Результаты. Установлено, что поводом для госпитализации больных ДКМП в кардиологическое отделение явилось ухудшение состояния: появление или усиление одышки, возникновение или нарастание отёков нижних конечностей, болевой синдром в левой половине грудной клетки, нарушения сердечного ритма (тахисистолическая форма мерцательной аритмии, частая экстрасистолия, подтверждённые при ХМ ЭКГ). У большинства пациентов диагноз ДКМП выставлен при обращении к врачу после проведения ДЭхоКГ. Поводом к обращению являлось резкое ухудшение самочувствия — появление симптомов сердечной недостаточности или нарушения ритма. Длительность заболевания у 2 пациентов составила менее 1 года, у 13 — от 1 года до 3 лет, у 5 — более 5 лет. В анамнезе у 1 больного выявлен инфекционный миокардит — ИнМ (ДКМП установлена спустя 2 года), у 2 — тромбоэмболия мелких ветвей лёгочной артерии (ТЭЛА) с инфекционной пневмонией, у 4 — мерцательная аритмия и другие нарушения сердечного ритма. У 7 чел. ДКМП сочеталась с артериальной гипертензией (АГ), у 2 из них выявлен сахарный диабет. У 2 пациентов ретроспективно установлен крупноочаговый инфаркт миокарда, в связи с чем, у этих больных не исключалось развитие ишемической кардиомиопатии. При изучении уровня МНУП выявлено его резкое повышение у пациентов с ХСН IIБ стадии. При анализе ЭКГ установлены у 12 чел. — гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), у 3 — перегрузка левого предсердия, у 4 — перегрузка правого желудочка. По данным ЭхоКГ у больных ДКМП фракция выброса (ФВ) ЛЖ снижена и составила в среднем $31,5 \pm 2,1\%$ ($p < 0,001$), конечные диастолический (КДР) и систолический размеры ЛЖ значительно увеличены по сравнению с группой здоровых лиц ($p < 0,01 - 0,001$). При динамическом наблюдении за 7 пациентами на фоне проводимой терапии акридиллом, эналаприлом, диуретом, верошпирином, а также кордароном и дигоксином (по показаниям) отмечено улучшение состояния — уменьшение одышки, исчезновение отёков, урежение сердечного ритма. Кроме того, у 3 чел. увеличился показатель ФВ ЛЖ, у 4 — уменьшился КДР ЛЖ.

Выводы. С целью ранней диагностики ДКМП необходимо тщательное наблюдение за пациентами, перенесшими ИнМ, ТЭЛА, а также за группой лиц, имеющих сложное нарушение сердечного ритма. Помимо ЭКГ-исследования, рекомендуется ДЭхоКГ в динамике, исследование МНУП.

218 ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Рудакова О. М., Болотнова Т. В., Кармацких О. Г.

Тюменская Государственная Медицинская Академия, МСЧ «Нефтяник», Тюмень, Россия

Цель: изучить показатели свободных жирных кислот (СЖК), их связь с липидами крови у пожилых больных с АГ, ИБС и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ).

Материал и методы. Проведены клинично-функциональные исследования (антропометрические данные, жалобы, анамнез жизни и анамнез заболевания, данные объективного обследования), лабораторные исследования (определяли: СЖК, общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПВП, ЛПНП, глюкозу крови; тест толерантности к глюкозе и инструментальные исследования (электрокардиография, цветовая доплерокардиография).

Результаты. В исследовании приняли участие 3 группы больных пожилого возраста: 1-я группа — 46 пациентов с АГ в ассоциации с ИБС и НТГ; средний возраст в группе составил $67,7 \pm 2,3$ лет; 2-я группа — 42 больных с АГ в ассоциации с ИБС; средний возраст больных во 2-й группе составил $68,70 \pm 2,0$ лет; 3-я группа — 38 больных с АГ, ИБС и СД 2 типа; средний возраст пациентов составил $69,1 \pm 9,0$ лет. Оценивая уровень СЖК, установлено увеличение показателей у женщин во всех группах; в основной группе больных уровень свободных жирных кислот составил $0,67 \pm 0,15$ ммоль/л, что достоверно выше ($p < 0,001$), чем у женщин с АГ и ИБС — $0,57 \pm 0,07$ ммоль/л. В группе больных с АГ, ИБС и СД 2 типа уровень СЖК у женщин составил $0,74 \pm 0,03$ ммоль/л, что достоверно выше ($p < 0,001$), чем в группе больных с АГ, ИБС и НТГ. Среди мужчин уровень СЖК достоверно выше ($p < 0,01$), в 1-й группе: у больных с АГ, ИБС и НТГ по отношению к группе больных без нарушений углеводного обмена ($0,70 \pm 0,01$ ммоль/л и $0,56 \pm 0,14$ ммоль/л соответственно); у мужчин в группе больных с СД 2 типа уровень СЖК составил $0,76 \pm 0,2$ ммоль/л, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе больных с АГ, ИБС и НТГ. В группах обследованных больных выявлено увеличение ЛПНП, средний уровень у пожилых больных с АГ и ИБС составил $2,74 \pm 0,98$ ммоль/л, у больных с нарушением толерантности к глюкозе — $2,93 \pm 0,92$ ммоль/л; в группе больных с АГ, ИБС и СД 2 типа — $3,0 \pm 0,86$ ммоль/л. (достоверных различий между группами не установлено). Средний уровень ЛПВП во 2-й группе больных у женщин составил $1,49 \pm 0,72$ ммоль/л, у мужчин — $1,38 \pm 0,53$ ммоль/л. У женщин 1-й группы уровень ЛПВП составил — $1,52 \pm 0,67$ ммоль/л, у мужчин — $1,74 \pm 0,74$ ммоль/л.; в 3-й группе больных $1,42 \pm 0,38$ и $1,85 \pm 0,53$ ммоль/л соответственно, ($p > 0,05$). При анализе уровня триглицеридов установлено увеличение показателей во всех группах: $1,79 \pm 1,07$ ммоль/л — у больных с АГ, ИБС и НТГ; $1,66 \pm 0,85$ ммоль/л — в группе без нарушений углеводного обмена и $1,66 \pm 0,93$ ммоль/л у больных с СД 2 типа (достоверных различий между группами сравнения не установлено). **Выводы.** Исследования показали, что уровень свободных жирных кислот выше у пожилых больных с АГ, ИБС и нарушениями углеводного обмена. Повышенный уровень СЖК сопровождается повышением триглицеридов и липопротеидов низкой плотности, а также снижением липопротеидов высокой плотности. Полученные данные свидетельствуют о дислипидемии у пожилых больных с АГ, ИБС и нарушениями углеводного обмена.

219 ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Самарина О. В., Ковтун О. П., Трунова Ю. А.

МБУ «ДГКБ № 11», Екатеринбург, Россия

Эссенциальная гипертензия является наиболее частой формой синдрома артериальной гипертонии, при которой причина появления повышения артериального давления не установлена. Однако ряд факторов риска, лежащих в основе эссенциальной гипертензии, идентифицированы и включают возраст, пол, генетическую предрасположен-

ность, демографические факторы и другие.³ Большое значение в формирование артериальной гипертензии у детей имеют особенности режима дня и образа жизни, неблагоприятная психологическая обстановка в семье и школе.

Цель: определить влияние социального статуса семьи на течение артериальной гипертензии у детей и подростков, оценить факторы риска формирования артериальной гипертензии у детей из семей, где ребенок воспитывается одним родителем.

Материал и методы. Проанализировано течение артериальной гипертензии у 38 детей с артериальной гипертензией в течение $8,9 \pm 3,1$ месяцев, неоднократно поступавших на обследование и лечение в дневной стационар кардиологического профиля МБУ «ДГКБ № 11». Все пациенты были разделены на 2 группы, в первую группу вошли дети из семей с одним родителем ($n = 18$), во вторую были включены дети, воспитывающиеся в полной семье ($n = 20$).

Результаты. У детей из неполных семей при сборе анамнеза выявлялось достоверно выше цифры диастолического артериального давления, разницы в степени повышения систолического артериального давления зафиксировано не было. При поведении суточного мониторирования артериального давления (СМАД) при первой госпитализации достоверных различий индексов измерений гипертензии систолического и диастолического давления у детей обеих групп не выявлялось. При контрольном исследовании у детей из неполных семей индекс измерения гипертензии систолического артериального давления по данным СМАД в среднем составил 58%, что достоверно выше, чем у детей из полных семей (44%).

При анализе причин отсутствия положительной динамики при проведении СМАД на фоне лечения у детей из первой группы выявлено, что у пациентов из неполных семей не происходило устранение средовых факторов, таких как неправильный режим дня, что приводило к утяжелению течения артериальной гипертензии.

Выводы: 1. Социальный статус семьи влияет на течение артериальной гипертензии у детей. Поэтому при сборе анамнеза необходимо спрашивать об особенностях семьи, психологической обстановке в семье. 2. У детей из неполных семей сложнее нормализовать режим дня, что связано с меньшим контролем со стороны родителей.

220 ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сапачева М. Г., Даабуль К. С., Королева Т. В., Подзолков В. И.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние плазмафереза на состояние некоторых показателей эндотелиальной дисфункции в зависимости от клинических проявлений метаболического синдрома (МС).

Материал и методы: исследование интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухолей α (ФНО), эндотелина-1 (Эн-1) в сыворотке проводилось непосредственно перед плазмаферезом и после окончания курса, всего проводилось 3 процедуры в течение двух недель. Было обследовано 46 больных с МС в возрасте от 31 до 67 лет ($49,3 \pm 2,03$): из них 22 мужчин и 24 женщин, с длительностью заболевания от 3 до 19 лет.

Результаты: анализ полученных данных показал, что лечение плазмаферезом оказывало достоверно положительный терапевтический эффект на состояние изучаемых показателей. Так, содержание ИЛ-6 в сыворотке крови у больных МС достоверно уменьшилось с $165,8 \pm 13,7$ пг/мл до $126,4 \pm 12,3$ пг/мл, а ФНО соответственно с $199,1 \pm 12,3$ пг/мл до $161 \pm 11,7$ пг/мл после лечения. Уровень изучаемых цитокинов противовоспалительного действия зависел от уровня артериального давления, индекса массы тела, содержания липидов низкой

плотности, уровня триглицеридов и степени гипергликемии, что свидетельствовало о нарушении функции эндотелия, ускоряющем процессы атерогенеза при МС. Исследование сывороточной концентрации Эн-1 показало его достоверное уменьшение у больных МС на фоне проводимой терапии и составляло соответственно $23,5 \pm 1,6$ нг/л против $14,8 \pm 0,72$ нг/л после плазмафереза. Выявленное снижение продукции Эн-1 отражает улучшение вазорегулирующей активности эндотелия при МС, что доказывает эффективность данного метода лечения для замедления процессов атерогенеза и улучшения качества жизни больных.

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют об эффективности плазмафереза в качестве метода комплексной терапии больных МС, как метода лечения и профилактики поражения сосудов.

221 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРОГЕННЫХ И НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

Сараев И.А., Сараева Ю. В., Боева А. Н.
ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Нередко при заболеваниях сердца, характеризующихся различным патогенезом, наблюдается синдромно-сходная клиническая картина. В связи с этим возможны ошибки, например при разграничении ишемического и токсического (алкогольного) поражения миокарда.

Цель: повышение эффективности диагностики на основе применения интерактивных нейросетевых классификаторов улучшающих дифференцирование форм ИБС и алкогольной кардиомиопатии в 1-е сутки пребывания пациентов в стационаре.

Материал и методы. В исследование включили 80 мужчин среднего возраста, которые госпитализировались в стационар по экстренным показаниям. Больные составили 4 группы по 20 человек: лица с алкогольной кардиомиопатией, с обострением хронических форм ИБС, с токсическим действием алкоголя и энцефалопатией без поражения сердца и больные ИБС в сочетании с доказанным фактом злоупотребления алкоголем. Контрольную группу составили 15 практически здоровых добровольцев. Исследование в 1-е сутки включало: ЭКГ, суточное мониторирование кардиоритма, УЗИ сердца и органов брюшной полости, определение параметров гемодинамики, тест на цифровую последовательность для установления выраженности энцефалопатии, комплекс рутинных лабораторных методов — в целом всего 77, а затем после дискриминантного анализа — 36 переменных, которые использовались для обучения нейроимитатора *NeuroPro 0,25*.

Результаты. Обучение нейроимитатора проводилось в режиме классификатора для консилума из нейросетей-экспертов с заданной степенью надежности. Все нейросети прошли обучение и упрощение структуры для всех групп больных. В результате сформирован консилиум из 15 упрощенных нейросетей и определены показатели значимости факторов с их дифференциацией по состояниям. Установлено, что частоты использования факторов в консилиуме нейросетей различаются. Для оценки их значимости, в которой может быть снижен информативный «удельный вес» конкретной топологии, использовали вновь разработанный коэффициент — показатель информативности фактора (ПИФ). В итоге был описан набор конкретных характеристик пациентов, составляющих факторы необходимые для уверенной диагностики ишемического или токсического поражения сердца при сходной клинической картине. Среднее число правильно решенных примеров на консилиуме нейросетей составило 74,17% при 100% степени уверенности в результате. Максимальная точность (96%) достигнута за счет использования 13 переменных в 7-ми факторах 4-х нейросетей (уровни АСТ, ЛПВП, данные УЗИ о размерах печени, результаты оценки транзитного потока и морфологического состояния миокарда).

Выводы. Исследование позволило минимизировать коли-

чество переменных, необходимых для уверенной верификации диагноза при токсическом и ишемическом поражении миокарда с помощью интерактивного программного нейроклассификатора.

222 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ИЗОМЕРОВ АМЛОДИПИНА НА ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ АРТЕРИЙ И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саушкина С. В., Искендеров Б. Г.

ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: сравнить влияние обычного амлодипина (рацемического) и левовращающего изомера амлодипина на вазомоторную функцию плечевой артерии (ПА) и суточный профиль артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени в течение 24 недель монотерапии.

Материал и методы. В открытое клиническое исследование были включены 112 больных (73 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 40 до 64 лет ($53,5 \pm 3,6$ лет). Больные были разделены на 2 сопоставимые группы. В I группе (52 больной) назначали Эс Корди Кор (левовращающий изомер амлодипина) в стартовой дозе 5 мг/сут и во II группе (60 больных) – Корди Кор 5 мг/сут и при необходимости дозы препаратов титровали для достижения максимального и переносимого гипотензивного эффекта. Больным проводили суточное мониторирование АД (СМАД), а также оценивали эндотелий-зависимую и эндотелийнезависимую вазодилатацию (ЭЗВД, ЭНЗВД) путем доплерографического исследования ПА по методике D. S. Celemajer et al.

Результаты. В обеих группах среднесуточные значения систолического и диастолического АД достоверно уменьшились («ответ» на лечение). Кроме того, в I-й группе нормализация АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) отмечена у 34 больных (65,4%) и во 2-й группе – у 35 больных (58,3%). При этом среднесуточная доза Эс Корди Кор составила $8,3 \pm 0,7$ мг и Корди Кор – $12,4 \pm 1,6$ мг ($p < 0,05$). По данным СМАД, на фоне лечения среднесуточная ЧСС в I-й группе составила $74,2 \pm 3,8$ в минуту и во 2-й группе – $79,4 \pm 4,1$ в минуту ($p > 0,05$). У больных с суточным ритмом “нон-диппер” показатель степени ночного снижения САД в I-й группе увеличился в среднем на 17,0% и во 2-й группе – на 15,4% ($p > 0,05$).

На фоне лечения увеличение ЭЗВД более 10% (нормализация функции эндотелия) во время компрессионной пробы в I группе отмечено лишь у 9 больных (17,3%), на 5–9% – у 29 (55,8%) больных и во II группе – 11,7 и 48,4% соответственно. В I группе величина ЭЗВД увеличилась с $4,9 \pm 0,7$ до $8,8 \pm 1,7\%$ ($p < 0,01$) и во II группе – с $5,2 \pm 0,8$ до $7,5 \pm 1,9\%$ ($p < 0,01$). Оценка ЭНЗВД с помощью нитроглицериновой пробы показала, что увеличение ЭНЗВД на фоне лечения наиболее выражено во II группе – средние показатели увеличились почти в 2 раза. При этом во II группе увеличение ЭНЗВД более 20% выявлено у 23 больных (38,3%), в I группе – у 13 больных (25,0%). На фоне лечения среднее значение ЭНЗВД в I группе увеличилось с $13,5 \pm 1,1$ до $17,4 \pm 2,7\%$ ($p < 0,01$) и во II группе – с $12,1 \pm 1,5$ до $20,5 \pm 3,0\%$ ($p < 0,001$).

Также следует отметить, что в I-й группе отечность стопы (иногда голени) отмечалась у двух больных (3,8%) и во 2-й группе – у 9 больных (15,0%).

Выводы. Показано, что различие в оптической изомерии амлодипина определяет различие влияния на вазомоторную функцию артерий, что важно как для эффективности, так и безопасности разных изомеров амлодипина.

223 АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саушкина С. В., Искендеров Б. Г.

Отделенская больница на станции “Пенза” ОАО “РЖД”, ГБОУ ДПО “Пензенский институт усовершенствования врачей” Минздрава России, Пенза, Россия

Цель: анализ причин возникновения отеочного синдрома у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени при лечении различными изомерами амлодипина – левовращающим (Эс Корди Кор) и рацемическим изомерами амлодипина (Корди Кор) в течении 24 недель.

Материал и методы. Обследовали 112 больных (73 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 40 до 64 лет ($53,5 \pm 3,6$ лет), которые были разделены на 2 сопоставимые группы. В I группе (52 больной) назначали Эс Корди Кор в стартовой дозе 5 мг/сут и во II группе (60 больных) – Корди Кор 5 мг/сут и при необходимости дозы препаратов титровали для достижения максимального и переносимого гипотензивного эффекта. Больным проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и эхокардиографию, а также определяли эндотелийзависимую и эндотелийнезависимую вазодилатацию (ЭЗВД, ЭНЗВД) плечевой артерии (ПА) методом D. S. Celemajer et al.

Результаты. В I группе отечность лодыжек/стопы (иногда голени) выявлялась у двух больных (3,8%), а во II группе – у 9 больных (15,0%), то есть в 4 раза чаще. Среди них преобладали женщины, имеющие варикозную болезнь вен нижних конечностей, и находящиеся в климактерическом периоде: 9 против 3.

Анализ причин развития отеочности нижних конечностей как одного из проявлений избыточной афферентной вазодилатации, показал отсутствие различия в зависимости от степени гипотензивного эффекта препаратов, хотя применение больших доз препаратов, как правило вызывало учащение побочных действий. Так, в I-й группе нормализация АД ($< 140/90$ мм рт.ст.) отмечена у 65,4% больных и во 2-й группе – у 58,3% больных. При этом среднесуточная доза Эс Корди Кор составила $8,3 \pm 0,7$ мг и Корди Кор – $12,4 \pm 1,6$ мг ($p < 0,05$).

Изучение динамики вазомоторной функции ПА выявило, что в I группе величина ЭЗВД увеличилась с $4,9 \pm 0,7$ до $8,8 \pm 1,7\%$ ($p < 0,01$) и во II группе – с $5,2 \pm 0,8$ до $7,5 \pm 1,9\%$ ($p < 0,01$). Наоборот, ЭНЗВД значительно увеличилась у больных II группы, чем в I группе: $12,1 \pm 1,5$ до $20,5 \pm 3,0\%$ ($p < 0,001$) и с $13,5 \pm 1,1$ до $17,4 \pm 2,7\%$ ($p < 0,01$) соответственно. Кроме того, в II группе на фоне лечения уменьшение величины общего периферического сосудистого сопротивления (с $1876,9 \pm 96,2$ до $1433,7 \pm 74,1$ дин $\cdot$ с $\cdot$ см $^{-5}$; $p < 0,001$) выражено, чем в I группе (с $1933,5 \pm 98,4$ до $1589,0 \pm 86,5$ дин $\cdot$ с $\cdot$ см $^{-5}$; $p < 0,01$), хотя различие между группами недостоверно. Одним из проявлений активации симпатической нервной системы в ответ на вазодилатацию является увеличение ЧСС. Так, по данным СМАД, на фоне лечения среднесуточная ЧСС в I-й группе составила $74,2 \pm 3,8$ в минуту и во 2-й группе – $79,4 \pm 4,1$ в минуту ($p > 0,05$).

Выводы. Показано, что относительно высокая частота развития отеочного синдрома связана с использованием рацемического амлодипина, особенно в больших дозах, более выраженным снижением ОПСС за счет преобладающей ЭНЗВД, и наличием венозной болезни вен нижних конечностей и климактерической АГ среди женщин.

224 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Семенкова Г. Г., Козырева О. В.

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего профессионального образования “Воронежская государственная медицинская академия

им. Н. Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Воронеж, Россия

Цель: исследовать влияние ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента на динамику функции внешнего дыхания и газовый состав капиллярной крови у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией.

Материал и методы. Параметры функции внешнего дыхания, пульсоксиметрия, анализ газового состава крови, измерение артериального давления.

Результаты. В основной группе спустя 1 год отмечается:

1. улучшение показателей функции внешнего дыхания по данным спирометрии — увеличение ОФВ1 с $60 \pm 14\%$ до $63 \pm 15\%$ от должного;

2. улучшение показателей газового состава крови — повышение PO_2 с 70 ± 2 до $75 \pm 1,5$ мм рт.ст. и снижение PCO_2 с $42,4 \pm 1,1$ до $40,5 \pm 1,2$ мм рт.ст.

В контрольной группе больных показатели по вышеизложенным параметрам не улучшились.

Выводы

1. У больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией на фоне лечения ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента улучшились показатели ФВД.

2. У данных больных отмечается улучшение показателей газового состава крови.

3. Отдаленные результаты исследования показали, что при длительном приеме ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента больными хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией наблюдается положительная динамика функции внешнего дыхания и показателей насыщения крови кислородом и углекислым газом в капиллярной крови больных, что играет важную роль при лечении патологии кардиореспираторной системы.

225 ОТНОШЕНИЕ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ

Семенова О. Н., Наумова Е. А.

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

Цель: на основании опроса пациентов кардиологического отделения оценить приверженность к лечению.

Материал и методы: в 2012 г. проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Вопросы были посвящены мнению пациентов о серьезности их заболевания, проводимой терапии и отношению к ней. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты. В опросе участвовало 92 пациента: 48 (52,2%) мужчин и 44 (47,8%) женщины, медиана возраста 64 года. В анамнезе у 76 (82,6%) пациентов — артериальная гипертензия, у 65 (70,6%) — ИБС, у 42 (45,6%) — перенесенный инфаркт миокарда, у 65 (70,7%) — ХСН, у 15 (16,3%) — перенесенный инсульт, у 26 (28,3%) — сахарный диабет, у 63 (68,5%) — сопутствующая патология. Считают, что их заболевание крайне опасно для жизни 25 (27,2%) пациентов, достаточно опасно для жизни — 47 (51,1%), вредит здоровью, но жить с ним не опасно — 6 (6,5%), только иногда может приносить нарушение самочувствия — 3 (3,2%), это то, что не заслуживает внимания — 1 (1,1%), затруднились ответить — 4 (4,3%). Если лечить заболевание, то 72 (78,3%) пациентов, ответили, что возможно существенное улучшение самочувствия и увеличение продолжительности жизни, 8 (8,7%) — может быть улучшено самочувствие, но жизнь не продлить, 1 (1,1%) — это почти безразлично для организма человека, 1 (1,1%) — это приносит больше вреда организму, 4 (4,3%) — не думают по этому поводу, 6 (6,5%) — не ответили. Принимают назначенные препараты постоянно 64 (69,6%) пациента,

курсами — 16 (17,4%), иногда когда “прижмет” — 7 (7,65%), почти никогда — 1 (1,1%), 4 (4,3%) пациента не ответили. Принимают назначенные препараты постоянно 91,7% пациентов, которые считают, что их заболевание крайне опасно для жизни, 72,3% пациентов, считающих, что их заболевание достаточно опасно для жизни, 80% пациентов, считающих, что их заболевание вредит здоровью, но жить с ним не опасно (p=,34648). Только 77% пациентов, считающие, что на фоне лечения возможно существенное улучшение самочувствия и увеличение продолжительности жизни, предпочитают лечиться постоянно (p=,14145). Прекращали ранее назначенное лечение 67 (72,8%) пациентов. Из пациентов (64 человека), которые ответили, что принимают препараты постоянно, 39 (60,9%) прекращали лечение (p=,01610). При проведении одномерного непараметрического анализа других достоверных взаимосвязей не выявлено.

Выводы: большинство опрошенных пациентов принимают назначенные препараты постоянно, однако те же пациенты признаются, что ранее прекращали лечение. Не выявлено достоверной взаимосвязи между мнением пациентов о серьезности заболевания, отношению к проводимой терапии и приверженностью к терапии.

226 ПРИНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОГО РЕШЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Семенова О. Н., Наумова Е. А.

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

Важным фактором, определяющим участие пациента в лечении, является желание или нежелание пациента активно участвовать в принятии решений о лечении своего заболевания вместе с врачом.

Цель: на основании опроса пациентов кардиологического отделения оценить желание и нежелание их участвовать в принятии медицинского решения и возможную взаимосвязь этого параметра с приверженностью к лечению.

Материал и методы: в 2012 г. проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Вопросы анкеты были посвящены желанию пациентов принимать совместное решение о своем лечении с врачом, проводимой терапии на амбулаторном этапе. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений. При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты. В опросе приняло участие 92 пациента: 48 (52,2%) мужчин и 44 (47,8%) женщины, медиана возраста 64 года. В анамнезе у 76 (82,6%) пациентов — артериальная гипертензия, у 65 (70,6%) — ИБС, у 42 (45,6%) — перенесенный инфаркт миокарда, у 65 (70,7%) — ХСН, у 15 (16,3%) — перенесенный инсульт, у 26 (28,3%) — сахарный диабет. Хотят участвовать в принятии медицинского решения о лечении совместно с врачом 53 (57,6%) пациента, 27 (29,3%) — предпочитают, чтобы врач принимал решение, 2 (2,1%) — не хотят участвовать процессе лечения, 6 (6,5%) — не ответили. 3 (3,2%) пациентов указали комбинацию ответов (желают участвовать в принятии медицинского решения совместно с врачом и чтобы врач принимал решение о лечении). Принимают назначенные препараты постоянно 64 (69,6%) пациента, курсами — 16 (17,4%), иногда когда “прижмет” — 7 (7,65%), почти никогда — 1 (1,1%), 4 (4,3%) — не ответили. Женщины чаще принимают препараты курсами (p=,05065). Систематически под контролем врача принимают препараты 66 (71,4%) пациентов, редко при ухудшении самочувствия — 20 (21,7%), не принимает даже при ухудшении самочувствия — 1 (1,1%), по возможности — 1 (1,1%), не ответили 4 (4,3%) пациента. Прекращали ранее назначенное лечение 67 (72,8%) пациентов. Из пациентов (64 человека), которые ответили, что принимают препараты постоянно, 39 (60,9%) прекращали лече-

ние ($p=0,01610$). При проведении одномерного непараметрического анализа достоверно значимых взаимосвязей между желанием и нежеланием пациентов участвовать в принятии медицинского решения и продолжением терапии не выявлено.

Выводы: большинство опрошенных пациентов предпочитают активно участвовать в принятии решений о лечении своего заболевания вместе с врачом, но на приверженность к длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний это не влияет.

227 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

*Сердюков Д. Ю., Гордиенко А. В., Стариенко Е. А., Шмелева В. М.**

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург; *ФГУ «РНИИ гематологии и трансфузиологии», Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить распространенность и влияние гипергомоцистеинемии на функциональное состояние сердца у больных инфарктом миокарда.

Материал и методы. Обследовано 50 больных инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте $68,3 \pm 11,4$ лет. Всем обследованным было проведено УЗИ сердца, исследован уровень общего гомоцистеина сыворотки крови. Выделено 2 группы: I — 16 (32%) человек с гипергомоцистеинемией (ГГЦ), II — 34 (68%) без ГГЦ.

Результаты. Выявлено влияние ГГЦ на размеры левого желудочка в исследуемых группах: КДР-ЛЖ $5,7 \pm 0,5$ vs $4,9 \pm 0,6$ см ($p < 0,05$), КСР-ЛЖ $3,963$ vs $3,0 \pm 0,5$ см ($p < 0,05$). В I группе отмечалось умеренное снижение ФВ — 49 ± 6 vs $55 \pm 8\%$ соответственно и II группах соответственно ($p < 0,05$). Значимых различий по размерам других камер сердца, параметрам диастолического кровотока в группах не получено.

Заключение. Гипергомоцистеинемия при инфаркте миокарда должна рассматриваться в качестве дополнительного фактора риска раннего ремоделирования и систолической дисфункции сердца.

228 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ВЕРОЯТНОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

*Сердюков Д. Ю., Гордиенко А. В., Стариенко Е. А., Шмелева В. М.**

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург; *ФГУ «РНИИ гематологии и трансфузиологии», Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить влияние гипергомоцистеинемии на развитие осложнений в раннем постинфарктном периоде.

Материал и методы. Обследовано 50 больных инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте $68,3 \pm 11,4$ лет. Всем обследованным было проведено УЗИ сердца, исследован уровень общего гомоцистеина сыворотки крови. Выделено 2 группы: I — 16 (32%) человек с гипергомоцистеинемией (ГГЦ), II — 34 (68%) без ГГЦ.

Результаты. Исследована связь ГГЦ с механическими, аритмическими, ишемическими, тромбоэмболическими осложнениями, а также с развитием перикардита и острой сердечной недостаточности. Проведенный корреляционный анализ показал отсутствие достоверной связи между данными явлениями и ГГЦ ($p < 0,05$); вместе с тем, установлено влияние повышенного уровня гомоцистеина на развитие ремоделирования левого желудочка ($r=0,33$, $p=0,048$).

Заключение. Гипергомоцистеинемия достоверно не увеличивает частоту осложнений в раннем постинфарктном периоде, однако ее влияние на ремоделирование сердца требует дальнейшего динамического контроля за данными пациентами.

229 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Серов В. А., Шевченко С. В., Серова Д. В., Бубнова Т. В., Пыльнова Т. Н.

Ульяновский государственный университет, Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска, Ульяновск, Россия

Цель: изучение гендерных особенностей сосудистой ригидности у больных с хронической сердечной недостаточностью

Материал и методы. Обследовано 101 больных с ХСН (45 женщин и 56 мужчин), средний возраст $59,9 \pm 9,3$ лет. Причинами ХСН были: артериальная гипертензия (АГ) у 9 больных, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 3, ИБС и АГ — у 87, дилатационная кардиомиопатия — у 2. У 49 больных диагностирована ХСН II функционального класса (ФК), у 51 — III ФК, у 1 — IV ФК. Фракция выброса левого желудочка составила $56,0 \pm 10,8\%$. Диагностика ХСН и лечение больных проводилось в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2009). Артериальную ригидность определяли при суточном мониторингировании артериального давления (СМАД) на аппаратах МнСДП-2 и МнСДП-3 BPLab (ООО «Петр Телегин», Россия).

Результаты. Средний возраст мужчин с ХСН не отличался от среднего возраста женщин с ХСН ($59,4 \pm 9,5$ лет против $60,4 \pm 9,1$ года, $p=0,6$). Функциональный класс ХСН у мужчин был выше ($2,6 \pm 0,5$ против $2,4 \pm 0,5$, $p=0,03$), а фракция выброса левого желудочка ниже, чем женщин ($51,6 \pm 11,4\%$ против $62,0 \pm 9,6\%$, $p < 0,0001$). Хотя ни систолическое, ни диастолическое офисное артериальное давление у мужчин и женщин с ХСН достоверно не различались ($143,8 \pm 29,5$ мм рт.ст. и $89,3 \pm 15,8$ мм рт.ст. против $155,5 \pm 33,0$ мм рт.ст. и $90,5 \pm 14,2$ мм рт.ст., соответственно, $p=0,1$ и $p=0,7$), пульсовое артериальное давление было выше у женщин ($54,4 \pm 18,5$ мм рт.ст. против $65,0 \pm 23,1$ мм рт.ст., $p=0,01$). У женщин с ХСН выявлено уменьшение среднесуточного времени распространения пульсовой волны ($96,5 \pm 18,5$ мс против $108,3 \pm 25,9$ мс, $p=0,01$), увеличение среднесуточных индекса аугментации ($-0,6 \pm 19,6\%$ против $-15,0 \pm 25,0\%$, $p=0,002$), индекса ригидности артерий ($178,9 \pm 58,8$ мм рт.ст. против $154,3 \pm 42,7$ мм рт.ст., $p=0,02$) и систолического индекса площади ($56,5 \pm 4,2\%$ против $53,3 \pm 4,6\%$, $p=0,0004$). Выявленные гендерные особенности сосудистой ригидности наблюдались независимо от времени суток. Корреляции между показателями сосудистой ригидности и фракцией выброса левого желудочка выявлено не было. Различия клинической картины в зависимости от половой принадлежности больных с ХСН свидетельствуют о гендерной неоднородности патогенетических механизмов развития ХСН, что, вероятно, необходимо учитывать при выборе тактики терапии больных с ХСН.

Выводы: 1. У больных с ХСН наблюдаются выраженные гендерные различия показателей сосудистой ригидности. 2. Для женщин с ХСН характерно уменьшение среднесуточного времени распространения пульсовой волны, увеличение среднесуточных индекса аугментации, индекса ригидности артерий и систолического индекса площади.

230 АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Скибчик В. А., Булак О. В.

Львовский НМУ им. Д. Галицкого, Львов, Украина

Цель: сравнить степень выраженности антиоксидантной защиты на основе анализа активности церулоплазмина (ЦП) в сыворотке крови у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа

и без сопутствующего СД 2-го типа в начале и в динамике течения заболевания.

Материал и методы. Проведено исследование 118-ти больных ОКС, из них 59 мужчин (54,63%) и 49 женщин (45,37%), средний возраст составил $56 \pm 4,7$ лет. Пациенты были разделены на 4 группы: 1-я группа — с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST (ИМ без ST) с СД 2-го типа (44 лица (37,28%)), в том числе 20 мужчин (44,11%) и 24 женщины (55,89%), 2-я группа — с ИМ с подъемом сегмента ST (ИМ с ST) с СД 2-го типа (36 человек (30,51%)) — 16 мужчин (45,16%) и 20 женщин (54,84%), 3-я группа — с НС и ИМ без ST без СД 2-го типа (18 человек (15,25%)), в том числе 10 мужчин (55,55%) и 8 женщин (44,45%), 4-я группа — с ИМ с ST без СД 2-го типа (20 человек (16,95%)) — 11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%). Активность антиоксидантной защиты определялась по уровню ЦП в сыворотке крови (мг/л) методом Равина (модификация С. В. Бестужева, В. Г. Колб, 1982)

Результаты. Высокие уровни ЦП в сыворотке крови при поступлении оказались в группах пациентов с ИМ: в группе ИМ с ST без СД 2-го типа показатель составлял $468,45 \pm 29,16$ мг/л., в группе ИМ с ST и с СД 2-го типа — $442,32 \pm 27,51$ мг/л., что на 5,58% ($p > 0,05$) ниже предыдущего. У пациентов с НС и ИМ без ST с СД 2-го типа уровень ЦП составил $361,16 \pm 24,59$ мг/л., а в группе НС и ИМ без ST и без СД 2-го типа — $418,94 \pm 19,55$ мг/л., что больше на 13,79% ($p < 0,05$). На 10-й день пребывания в стационаре средние уровни ЦП достоверно повысились по сравнению с 1-м днем в двух группах: на 10,86% ($p < 0,05$) в группе ИМ с ST без СД 2-го типа (с $468,45 \pm 29,16$ мг/л. до $519,34 \pm 27,76$ мг/л.) и на 11,08% ($p < 0,05$) в группе НС и ИМ без ST и без СД 2-го типа (с $418,94 \pm 19,55$ мг/л. до $465,38 \pm 24,09$ мг/л.). В группе НС и ИМ без ST с СД 2-го типа этот показатель увеличился незначительно — на 4,60% ($p > 0,05$) (с $361,16 \pm 24,59$ мг/л. до $377,78 \pm 22,12$ мг/л.). Совсем другие данные оказались в группе ИМ с ST и с СД 2-го типа, где средний уровень ЦП существенно снизился — на 29,12% ($p < 0,05$) (с $442,32 \pm 27,51$ мг/л. до $313,51 \pm 18,78$ мг/л.). Активность ЦП на 10-й день была выше в группах без сопутствующего СД 2-го типа: на 65,65% ($p < 0,05$) группа ИМ с ST без СД 2-го типа преобладала группу ИМ с ST и с СД 2-го типа, и на 23,19% ($p < 0,05$) уровень ЦП был больше в группе НС и ИМ без ST и без СД 2-го типа по сравнению с группой НС и ИМ без ST с СД 2-го типа.

Выводы. Степень выраженности антиоксидантной защиты является ниже у больных с ОКС с сопутствующим СД 2-го типа, как при поступлении так и на 10-й день заболевания, в отличие от пациентов с ОКС без сопутствующего СД 2-го типа, что характеризуется сниженными показателями ЦП в плазме крови, особенно в группе ИМ с ST с сопутствующим СД 2-го типа, где разница на 10-й день достигала 65,6% ($p < 0,05$), по сравнению с аналогичной группой, но без сопутствующего СД 2-го типа.

231 ИНДЕКС СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ — РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Смазнова О. В., Акимов Е. В.

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; 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 индекса социальных связей (SNI) в открытой мужской популяции 25–64 лет в зависимости от возраста.

Материал и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов

г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты.

Результаты. По индексу социальных связей в тюменской популяции преобладал средний его уровень. Достоверные различия между выделенными категориями среднего уровня (средним — 37,3% и средне-высоким — 34,2%) и низким SNI (15,9%) имели место как в популяции в целом, так и в возрастных десятилетиях жизни, за исключением шестого десятилетия жизни, где отсутствовали значимые различия по SNI низкого, среднего и средне-высокого уровней.

Высокий индекс социальных связей в тюменской популяции 25–64 лет (12,6%) определялся достоверно реже относительно как средних уровней (среднего и средне-высокого), так и низкого уровня SNI. Аналогичная закономерность повторялась в старшей возрастной категории 55–64 лет, где высокий SNI был минимальным, составил 7,9% и встречался достоверно реже сравнительно с низким, средним и средне-высоким SNI.

В возрастном диапазоне существенные различия имели место по распространенности низкого уровня SNI. Так, распространенность низкого уровня SNI достигала своего достоверного максимума в старшей возрастной группе 55–64 лет, где была существенно выше, чем в возрастных группах 25–34 и 45–54 лет, а также общепопуляционного показателя (27,1% — 17,3%, $p < 0,001$). Распространенность среднего и средне-высокого SNI в возрастных группах была практически одинаковой, высокий SNI в тюменской популяции с увеличением возраста имел тенденцию к снижению, однако различия показателя в возрастных группах были незначительными.

Заключение. В мужской тюменской популяции 25–34 лет преобладал средний и средне-высокий индекс социальных связей, низкий SNI достигал достоверного максимума в старшей возрастной группе 55–64 лет, высокий SNI — достоверного минимума в этой же группе.

232 ОТНОШЕНИЕ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТЮМЕНИ 25–64 ЛЕТ

Смазнов В. Ю., Смазнова О. В., Акимов А. М., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ “НИИ терапии” СО РАМН, ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, ФГБУ Филиал “НИИ кардиологии” СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель: изучение отношения к физической активности в открытой мужской популяции 25–64 лет.

В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты психосоциальной. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола 25–64 лет в количестве 1000 человек. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. Для изучения отношения населения к физической активности использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты.

На вопрос: “Делаете ли Вы физзарядку (кроме производственной)?”, утвердительно ответило 19,0% мужской популяции, отрицательно — “мне это не нужно” — 22,1%. Более половины тюменской популяции (56,7%) не делали физзарядку, хотя были убеждены в ее необходимости, а тех, кто делал безуспешные попытки, оказалось 15,0%. На лиц, которые ссылались на медицинские противопоказания, приходился минимальный процент ответов (1,1%). Отрицательное отношение к физзарядке (ответ “мне это не нужно”), отказ

по медицинским противопоказаниям, а также, напротив, регулярное ее выполнение в тюменской популяции не зависело от возраста. Категория ответа “я должен бы делать физзарядку, но не делаю” существенно реже встречалась в старшем возрасте и имела значимые различия в группе 55–64 лет с аналогичным показателем в группах 25–34 и 35–44 лет (37,9% — 56,5%, $p < 0,01$ и 37,9% — 52,6%, $p < 0,05$, соответственно) и общепопуляционным показателем (37,9% — 48,1%, $p < 0,01$). Безуспешные попытки делать физзарядку сравнительно с показателем в младшей возрастной категории 25–34 лет достоверно чаще встречались в старших десятилетиях жизни 45–54 и 55–64 лет, а также в популяции в целом (9,0% — 16,6%, $p < 0,001$).

Более 40% мужчин тюменской популяции, практически в равных долях, проводят свой досуг физически активно (22,1%) или физически пассивно (20,0%), прочие респонденты ответили на вопрос о досуге неопределенно. Из всех категорий ответов о досуге существенные различия в возрастных группах имели место только при физически активном его характере. Так, физическая активность досуга нарастала с увеличением возраста и, достигнув максимума в старшей возрастной группе 55–64 лет, имела значимые различия с показателями в группах молодого возраста 25–34 и 35–44 лет, а также с общепопуляционным показателем.

Заключение. В тюменской популяции у пятой части мужчин 25–64 лет установлена высокая физическая активность, в старшем возрасте 55–64 лет выявлялся более высокий уровень активного досуга.

233 КОНТРОЛЬ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА В БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЕ

Смирнова О. А.¹, Наместников Ю. А.¹, Матвиенко О. Ю.¹, Березовская Г. А.², Клокова Е. С.², Карпенко М. А.², Головина О. Г.¹, Папаян Л. П.¹

¹ФГУ “Российский НИИ гематологии и трансфузиологии” ФМБА России, Санкт-Петербург; ²ФГБУ “Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова” Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Назначение двойной антиагрегантной терапии пациентам после интракоронарных вмешательств при ИБС позволило существенно снизить развитие тромботических осложнений после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Однако вопрос о возможностях оценки действия антиагрегантных препаратов с помощью лабораторных тестов остаётся открытым.

Цель: изучить возможности использования теста генерации тромбина (ТГТ) в богатой тромбоцитами плазме для оценки эффективности антиагрегантной терапии.

Материал и методы. Исследовалась венозная кровь 24 больных ИБС в возрасте от 53 до 77 лет, перенесших ЧКВ со стентированием в течение года до исследования и получающих клопидогрель и аспирин в стандартных дозировках. Контрольную группу составили 19 практически здоровых человек без клинических проявлений ИБС и не принимающих данные препараты с какой-либо другой целью. ТГТ проводился с помощью метода Calibrated Automated Thrombogram (CAT) в богатой тромбоцитами плазме. Параметры 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 следующей формуле: $V = \text{Peak} / (TTP - LT)$. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Оценку достоверности различий между двумя независимыми выборками проводили с использованием критерия Манна-Уитни, различия считались достоверными при

уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Анализ количественных показателей ТГТ (ETP, Peak) и скорости генерации тромбина (V) показал, что значения Peak и V генерации тромбина у больных ИБС (123,8 нМ и 7,8 нМ/мин.) достоверно ниже контрольных значений (139,8 нМ и 12,3 нМ/мин.) ($p < 0,01$), а ETP имеет лишь тенденцию к более низким значениям по сравнению с контролем (1830,5 нМ·мин. и 2010 нМ·мин.). Выявлено также удлинение временных параметров ТГТ (LT и TTP) на фоне приёма антиагрегантов у больных ИБС (18,0 мин. и 34,3 мин.) по сравнению со здоровыми лицами (15,5 мин. и 27,5 мин.), достоверное для TTP ($p < 0,01$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об изменении показателей ТГТ под воздействием антиагрегантов. Достоверное уменьшение уровня и скорости генерации тромбина и времени достижения максимального уровня генерации тромбина свидетельствует о развитии гипокоагуляции. Следовательно, показатели ТГТ в богатой тромбоцитами плазме могут быть использованы для мониторинга антиагрегантной терапии.

234 ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СТУПЕНЕЙ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Солдатенко М. В., Сморгон А. В.

ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, Томск, Россия

Активное распространение метода нагрузочного тестирования с газоанализом акцентирует некоторые недостаточно изученные моменты в его использовании. Так, не разработаны четкие критерии протокола выполняемой нагрузки, который позволяет наиболее полно и однозначно характеризовать получаемые данные.

Достигнут консенсус в определении оптимальной продолжительности нагрузки, которая должна быть подобрана с таким расчетом, чтобы совпали по времени утомление пациента и момент достижения субмаксимальной нагрузки. Большинство исследователей этот временной период определен 8–12 минут, идеально 10 минут. При выполнении упражнения продолжительнее указанного времени, возникает утомление, что ведет к отказу от продолжения. Напротив, в случае выбора интенсивного нагрузочного протокола, при очень быстром достижении субмаксимального предела пациент не успевает продемонстрировать свои функциональные возможности в полной мере. Оба варианта приводят к недооценке функциональных возможностей пациента, отсутствию линейной взаимосвязи между выполненной работой и показателями транспорта кислорода. Вместе с тем существуют различные, зачастую полярные мнения об уровне начальной нагрузки и продолжительности каждой ступени.

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

Результаты. Все 11 пациентов показали наибольшую величину пикового потребления кислорода в случае выполнения непрерывного нагрузочного протокола с плавным линейным нарастанием показателей. Потребление кислорода составило 15,4, 15,8 и 17,1 мл/мин*кг соответственно при выполнении первого, второго и третьего нагрузочного протоколов.

При сравнении результатов выполнения первого и вто-

рого нагрузочного протокола, только у одного пациента (здоровый) потребление кислорода было несколько выше в случае большего времени ступени (29,5 и 28,1 мл/мин*кг соответственно).

Выводы. Таким образом, оптимальный протокол кардиопульмонального тестирования должен быть минимально дискретным и состоять из малых по продолжительности ступеней нагрузки, вплоть до непрерывно-возрастающего.

235 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Солдатенко М. В., Соколов А. А.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Несмотря на серьезный прогресс в реабилитации пациентов с сердечной недостаточностью, включающей терапевтические и инвазивные воздействия, необходимы дальнейшие усилия. Так, в ряде случаев, коррекция измененного коронарного русла, восстановление геометрии ремоделированного левого желудочка не достигают конечной цели — не происходит увеличения функциональной способности и качества жизни.

Широко известно, что пациенты с СН детренированы в большей степени, чем существующие функциональные индивидуальные лимиты по основному заболеванию. Причин этому множество: больные малоподвижны, берегут себя, большинство врачей резко ограничивают любую нагрузку у таких пациентов, незаслуженно мало внимания уделяется физической реабилитации при сердечной недостаточности. Указанные причины приводят к тому, что более трети больных с СН не достигают анаэробного порога при выполнении нагрузочных проб.

Материал и методы. Включено 13 пациентов в возрасте 46–68 лет (средний возраст $54,7 \pm 5,1$), с 2–3 ФК NYHA.

Результаты. При исходном нагрузочном тестировании (протокол непрерывно-нарастающий, начинался с 20 Вт, каждую минуту нагрузка увеличивалась на 6–10 Вт), только 6 человек сумели выполнить упражнение до достижения критериев прекращения нагрузки и анаэробного порога. Средняя выполненная нагрузка составила $71,6 \pm 5,4$ Вт, потребление кислорода $9,1 \pm 2,5$ мл/мин/кг, продолжительность $8,4 \pm 1,8$ мин. Внимание акцентировалось не только на показателях потребления кислорода, уделялась важная роль уровням анаэробного порога, респираторного обмена, значимость которых особенно возрастает при динамических оценках.

Часть пациентов в качестве тренировок выполняли нагрузку на велоэргометре, другие использовали интенсивную ходьбу или легкий бег, которые дозировались контролем частоты пульса и уровнем одышки по шкале Борга. Рекомендуемый уровень нагрузки — на 10–20% меньше анаэробного порога (или пикового уровня усилия), достигнутого в исходном измерении, продолжительностью 30–40 минут, с частотой 3–4 раза в неделю.

Через 2–3 недели выполняли контрольное нагрузочное тестирование по результатам тренировок. Протокол нагрузки был скорректирован с учетом исходного теста. До критериев прекращения нагрузка выполнена 12 больными, анаэробный порог достигли 11 пациентов из 13. Средняя выполненная нагрузка $87,2 \pm 6,1$ Вт, потребление кислорода $10,4 \pm 2,2$ мл/мин/кг, продолжительность $10,1 \pm 2,3$ мин.

Выводы. Таким образом, по результатам нескольких тренировок достигнуто увеличение функциональной способности у больных СН высоких ФК. Объективно зарегистрировано, помимо увеличения времени выполняемой нагрузки, нарастание наиболее важного в прогностическом плане показателя — потребления кислорода, который интегрально отражает состояние кислородтранспортной и кислородутилизующей систем.

236

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Соловей С. П., Манак Н. А., Карпова И. С., Мацкевич С. А., Барбук О. А., Кошлатая О. В.

ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: оценить влияние метода интервальной нормобарической гипокситерапии на вазомоторную функцию эндотелия у пациентов со стабильной стенокардией и инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД).

Материал и методы. Под наблюдением находились 55 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК и ИНСД, 35 из которых, дополнительно к медикаментозному лечению, получили курс интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ), включавший 25 сеансов. Назначали курс с учетом степени устойчивости пациентов к гипоксии в дифференцированном режиме. Для проведения использовали стационарную установку «Био–Нова–204» с подачей гипоксической азотно-кислородной газовой смеси с содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе 13,5% O_2 в условиях нормального давления. Медикаментозная терапия в группах пациентов не различалась (бета-адреноблокаторы, иАПФ, амлодипин, индапамид, аспирин, по показаниям — пролонгированные нитраты по гибкой схеме). Для коррекции гипергликемии применялись диабетон и метформин. У всех регистрировалась АГ I–III степени.

До и после курса гипокситерапии проводилась оценка вазомоторной функции эндотелия с помощью ультразвука высокого разрешения 7,5 МГц по методу D. Celermajer (1992). Измеряли диаметр плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией — эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД). Рассчитывали коэффициент чувствительности артерии к напряжению сдвига (К).

Результаты. Процент изменения диаметра плечевой артерии в ответ на пробу с реактивной гиперемией исходно у пациентов в обеих группах лечения оказался очень низким ($4,8 \pm 0,58\%$ и $5,0 \pm 0,34\%$ соответственно), что отражало наличие выраженной дисфункции эндотелия у данной категории пациентов. Но уже спустя 5 недель в группе прошедших курс ИНГТ произошло достоверное улучшение состояния вазомоторной функции: прирост диаметра артерии составил $13,6 \pm 0,45\%$ ($p < 0,0001$) и соответствовал норме. Кроме того, нормализовался и К (увеличение с $0,14 \pm 0,03$ до $0,41 \pm 0,03$, $p < 0,01$). При этом патологическая вазоконстрикция не выявлялась ни у одного пациента, в то время как исходно обнаруживалась в 22,8% случаев. При применении только медикаментозного лечения мы не выявили у пациентов существенных изменений показателей, характеризующих вазомоторную функцию эндотелия за указанных срок.

Выводы. Относительная или абсолютная инсулиновая недостаточность приводит к нарушению синтеза NO эндотелием. Это сопровождается развитием эндотелиальной дисфункции у пациентов с ИБС и сопутствующим ИНСД. Применение нормобарической гипокситерапии восстанавливает эндотелий-зависимые механизмы регуляции сосудистого тонуса, что является одним из звеньев повышения кровоснабжения жизненно важных органов, коронарного резерва, качества жизни тяжелой категории пациентов ИБС на фоне нарушения углеводного обмена.

237

ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Соловьева А. В.¹, Аксентьев С. Б.², Андреева Е. В.², Салтыкова И. И.²

¹ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань; ²ГБУ РО ОКБ, Рязань, Россия

Цель: оценить факторы риска микроальбуминурии (МАУ) и снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при артериальной гипертензии в сочетании с абдоминальным ожирением.

Материал и методы. Обследовано 59 пациентов в возрасте от 33 до 80 лет (средний возраст 57,1±1,3 лет). Проведены общеклиническое, антропометрическое исследование, лабораторное исследование показателей липидного и углеводного обмена, ЭхоКГ (с расчетом КДР, КСР левого желудочка, толщины МЖП и ЗСЛЖ, ФВ и IVRT). СКФ рассчитывали по формуле MDRD. МАУ определяли методом твердофазного иммунометрического анализа сэндвичевого типа с использованием "Nycocard Reader II". Критерий исключения — наличие заболеваний почек в анамнезе. Статистический анализ данных осуществляли при помощи пакета Statistica (Statsoft Inc. версия 6.0). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) у обследованных составил 35,6±0,8 кг/м², абдоминальный характер ожирения подтверждался измерением окружности талии (ОТ) — у женщин 110,2±1,7 см, у мужчин 115,1±6,4 см. У всех имела место артериальная гипертензия (АГ) II–III стадии (стаж гипертензии 17,2±1,5 лет), у 26 пациентов (44%) диагностирована ИБС, у 7 из них в форме постинфарктного кардиосклероза. Сахарный диабет типа 2 имел место у 20 (33,8%) больных, у 7 (11,8%) — нарушенная толерантность к глюкозе, у 4 (6,7%) — нарушение гликемии натощак. В липидном спектре крови выявлены атерогенные изменения: общий холестерин — 6,6±0,2 ммоль/л, ЛПВП у женщин 1,36±0,05 ммоль/л и у мужчин 1,02±0,07 ммоль/л, триглицериды — 2,1±0,2 ммоль/л, ЛПНП — 4,3±0,19 ммоль/л. СКФ колебалась от 34,5 до 108 мл/мин/1,73м², в среднем 67,9±2,4 мл/мин/1,73м². Нормальное функциональное состояние почек (СКФ>60 мл/мин/1,73м²) определено у 49 пациентов (83%), начальное изменение функции почек (СКФ 40–60 мл/мин/1,73м²) диагностировано у 9 человек (15,2%) и у 1 пациентки СКФ была ниже 40 мл/мин/1,73м² (1,8%). Уровень альбуминурии у пациентов колебался от 5 до 19 мг/л (в среднем 7,24±0,6 мг/л).

Корреляционный анализ продемонстрировал следующие результаты: выявлена отрицательная корреляционная связь СКФ с тощаковой гликемией ($r = -0,34$, $p = 0,03$), КСР левого желудочка ($r = -0,45$, $p = 0,048$). Уровень МАУ коррелировал с индексом массы тела ($r = 0,38$, $p = 0,01$), длительностью артериальной гипертензии ($r = 0,37$, $p = 0,018$), наличием нарушенной гликемии натощак ($r = 0,32$, $p = 0,03$). Степень снижения СКФ (>60, 40–60 и <40 мл/мин/1,73м²) так же коррелировала с КСР и КДР левого желудочка ($r = 0,57$, $p = 0,01$ и $r = 0,54$, $p = 0,016$ соответственно).

Выводы. Факторами риска поражения почек при артериальной гипертензии в сочетании с абдоминальным ожирением являются высокий индекс массы тела, стаж артериальной гипертензии, наличие нарушений углеводного обмена. Отмечено ремоделирование левого желудочка со снижением СКФ. С целью своевременной нефропротекции необходимо регулярное исследование уровня МАУ, тощаковой гликемии, расчет СКФ особенно при стаже артериальной гипертензии более 10 лет.

238 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Сонина Е. В., Мирошниченко И. В.¹

ЛУ "Луганский государственный медицинский университет", Луганск; ¹Луганская клиническая многопрофильная больница № 7: Луганск, Украина

Инфаркт миокарда правого желудочка (ИМПЖ), как самостоятельная проблема диагностируется в 5% случаев. Чаше данная патология встречается в группе больных с острым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка (ИМЗСЛЖ) и диагностируется по данным электрокар-

диограммы (ЭКГ) у 30–40% больных. Инфаркт миокарда ЗСЛЖ и ИМПЖ наиболее часто встречаются в группе лиц пожилого возраста. Прогноз у больных с ИМПЖ при поздней диагностике более неблагоприятный и летальность составляет более 30%, в сравнении ИМ левого желудочка с ниже-задней локализацией — около 6%. Особенности развития, клинического течения, трудность диагностики, осложнения ИМПЖ (кардиогенный шок) и тактика ведения больных чрезвычайно важны. Правильное ведение и выбор оптимальной тактики для больных с ИМПЖ уменьшит внутрибольничную летальность и будет способствовать благоприятному исходу заболевания.

Нами были проанализированы ЭКГ 12 пациентов, которым был выставлен диагноз ИМПЖ. У всех больных исходно были электрокардиографические признаки ишемии ЗСЛЖ с элевацией сегмента ST в отведениях II, III, aVF, патологический зубец Q, а так же депрессия сегмента ST в переднее — грудных отделах (V2–V4), но при дообследовании регистрировались ишемические изменения в правых грудных отведениях (V3R — V6R) с элевацией сегмента ST. Наличие патологического зубца Q, впервые возникшего, шире чем 0,04 с, элевация сегмента ST до 3 мм, а при проведении тромболитизиса в 10% случаев на ЭКГ полностью предотвращено его развитие. Кроме этого у 42% на ЭКГ были нарушения ритма (фибрилляция предсердий), у 15% — синусовая брадикардия и атриовентрикулярная блокада I ст., у 15% — острая блокада правой ножки пучка Гисса (БПНПГ).

При развитии ИМПЖ возникает неспособность пораженных правых отделов сердца обеспечить нормальную преднагрузку левому желудочку (ЛЖ), что может привести к развитию кардиогенного шока и становится основной причиной летальности. Кроме этого, ишемическое поражение межжелудочковой перегородки может привести к ее разрыву. Снижение преднагрузки ЛЖ, последующее падение сердечного выброса приводит к гипотензии, что в дальнейшем осложняет течение острого инфаркта ПЖ.

Выявленный ИМПЖ требует изменения тактики лечения с ограничением применения вазодилаторов и диуретиков. Важна ранняя реперфузия, что приведет к улучшению и быстрому восстановлению сократимости непораженной стенки ПЖ и нормализации функции всего желудочка, возможно без формирования рубца. Увеличение нагрузки объемом (использования 0,9% физиологического раствора до 2 литров), инотропная поддержка (добутамин), контроль сердечного ритма (атропин при симптоматической брадикардии) или, при АВ-блокаде постановка временного кардиостимулятора обеспечит необходимый желудочковый выброс в период нестабильности. При ишемических нарушениях ЛЖ возможно снижение постнагрузки с использованием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на фоне ограничения жидкости.

Своевременная диагностика и особенности терапевтического ведения способствуют благоприятному прогнозу при ИМПЖ.

239 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ставенчук Т. В., Зафираки В. К., Скалецкий К. В., Космачева Е. Д.

Кубанский Государственный Медицинский Университет, Краснодар, Россия

Цель: установить особенности клинических, функциональных и лабораторных характеристик больных с сочетанием хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в предоперационном периоде аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы: проанализированы истории болезни всех пациентов, которым за период с января по декабрь 2011 г. в Центре грудной хирургии 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 и $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,70$ для пациентов основной группы и $ОФВ1 > 80\%$, $ОФВ1/ФЖЕЛ \geq 0,70$ для контрольной группы. Критерии исключения: пороки сердца при наличии показаний к их хирургической коррекции, операции коронарной реваскуляризации в анамнезе, бронхиальная астма, интерстициальные заболевания легких, 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. Статистические методы: критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий Манна-Уитни, критерий независимости хи-квадрат, непараметрический коэффициент корреляции Гамма.

Результаты: основная группа включала 48 больных (46 мужчин и 2 женщины), контрольная — 96 (92 мужчины и 4 женщины). Группы были сопоставимы по возрасту ($60,9 \pm 7,6$ и $60,3 \pm 7,4$, $p=0,66$), стажу курения ($39,9 \pm 22,0$ и $37,1 \pm 17,8$, $p=0,41$), уровню общего холестерина ($4,9 \pm 1,4$ и $5,0 \pm 1,2$, $p=0,99$), 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). Не было статистически значимых различий между группами по уровню систолического АД (137 ± 22 против 140 ± 18 мм рт. ст.), диастолического АД (84 ± 10 против 86 ± 11), ЧСС (71 ± 11 против 69 ± 9), индексу массы тела ($27,5 \pm 4,4$ против $28,6 \pm 3,8$). Не было различий по долям больных с нормальной фракцией выброса ($35,4\%$ против $45,7\%$). В группе больных с ХОБЛ уровень фибриногена был существенно выше ($4,5 \pm 0,9$ против $4,2 \pm 0,9$, $p=0,03$). Фибрилляция предсердий исходно зарегистрирована у 6 больных ХОБЛ и 3 больных контрольной группы ($p=0,05$). Одышка зарегистрирована у $60,4\%$ в основной группе против $25,0\%$ в контрольной ($p=0,0001$). Только у $18,8\%$ больных с ХОБЛ ранее был установлен этот диагноз. Коэффициент корреляции Гамма между значением $ОФВ1$ и функциональным классом ХСН был равен $-0,21$ ($p=0,006$).

Выводы: среди больных с сочетанием хронической ИБС и ХОБЛ, сопоставимых по основным факторам риска атеросклероза, чаще встречается фибрилляция предсердий. Они чаще страдают одышкой, расцениваемой как проявление ИБС, поскольку ХОБЛ у большинства из них не диагностируют. Имеется отрицательная корреляция между тяжестью выставляемого врачами функционального класса ХСН и значением $ОФВ1$, характеризующим тяжесть ХОБЛ.

240 РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ГАНГЛИОНАРНЫХ СПЛЕТЕНИЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И СЛОЖНЫХ ФРАКЦИОНИРОВАННЫХ ПРЕДСЕРДНЫХ ЭЛЕКТРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Стенин И. Г., Артемченко С. Н., Романов А. Б., Якубов А. А., Стрельников А. Г., Камиев Р. Т., Шабанов В. В., Покушалов Е. А. ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель: эффективность радиочастотной абляции ганглионарных сплетений (ГС) левого предсердия (ЛП) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) неоднозначна. Некоторые исследователи показали, что дополнительная идентификация сложных фракционированных предсердных электрограмм (СФПЭ) вокруг областей с положительной реакцией к высо-

кочастотной стимуляции (ВЧС) может повысить точность определения границ ГС, что приведет к увеличению эффективности абляции. Целью настоящего исследования явилась оценка безопасности и эффективности абляции ГС выявляемых с помощью ВЧС и СФПЭ у пациентов с пароксизмальной ФП.

Материал и методы. Шестьдесят два пациента с пароксизмальной ФП (возраст 57 ± 8 лет) подверглись РЧ абляции ГС ЛП. РЧ абляция мишеней выполнялась в тех местах, где наблюдались вагусные рефлексы и дополнительно расширялись в области СФПЭ.

Результаты. В течение 12 месяцев после абляции у 71% пациентов отсутствовали пароксизмы ФП или каких-либо других предсердных тахикардий. Через 3 месяца после абляции гМССД и HF были достоверно ниже у пациентов без рецидивов ФП ($p < 0,0001$ и $p = 0,004$, соответственно). Соотношение низкой частоты и высокой частоты было значительно выше у пациентов без рецидивов ФП ($p = 0,02$).

Заключение. Расширение РЧ абляции ГС выявленных с помощью высокочастотной стимуляции и сложных фракционированных предсердных электрограмм может быть безопасно выполнена, и обеспечивает поддержание синусового ритма у большинства больных с пароксизмальной ФП в течение 12 месяцев.

241 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЛЮС ЗГТ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМАХ

Столярова У. В., Хворостухина Н. Ф.

Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Изменение демографической структуры общества на рубеже XXI века привело к увеличению в популяции доли женщин старшей возрастной группы. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире около 500 миллионов женщин старше 50 лет. Менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме и способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Метаболический синдром встречается у 35–49% женщин в постменопаузе (NHANES III) и частота этого синдрома неуклонно увеличивается (Ansell B. J., 2003). Основными компонентами метаболического синдрома являются: инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия, предрасположенность к тромбообразованию. В 1998 году группа экспертов ВОЗ предложила критерии метаболического синдрома, включающие: 1. Инсулинорезистентность, наличие которой основывается на выявлении хотя бы одного из перечисленных признаков: сахарный диабет типа 2; повышение уровня глюкозы крови натощак; нарушение толерантности к глюкозе; нарушение транспорта глюкозы в ткани при проведении эугликемического гиперинсулинового клэмп-теста у лиц с уровнем глюкозы в крови натощак < 110 мг/дл или $< 6,1$ ммоль/л. 2. Наличие не менее 2 признаков из перечисленных ниже: АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов; гипертриглицеридемия (≥ 150 мг/дл или $\geq 0,7$ ммоль/л); снижение уровня холестерина ЛПВП (< 35 мг/дл или $< 0,9$ ммоль/л у мужчин и < 39 мг/дл или $< 1,0$ ммоль/л у женщин); индекс массы тела > 30 кг/м² или соотношение окружности талии к окружности бедер $> 0,9$ у мужчин или $> 0,85$ у женщин; экскреция альбумина с мочой > 20 мкг/мин или отношение альбумина к креатинину > 30 .

Цель: исследование уровня артериального давления на фоне применения антигипертензивных препаратов и их сочетание с препаратами ЗГТ у женщин с климактерическим синдромом в сочетании с метаболическим синдромом. Задачи: определить эффективность двух методов терапии гипертензивных состояний, течение климактерического синдрома и метаболического синдрома.

Материал и методы: обследована группа женщин 45–52 лет ($N=86$), страдающие климактерическими проблемами и имеющие метаболический синдром. У каждой исследованы:

сахар крови, толерантность к глюкозе, АД в динамике 2-хкратно в сутки, уровень холестерина и триглицеридов, определен ИМТ, определение тяжести климактерического синдрома по индексу Куппермана. Согласно критериям ВОЗ каждая имела метаболический синдром и артериальную гипертензию 1–2 ст. Климактерический синдром в 98% случаев был определен как средней тяжести. В последующем пациентки были поровну разделены на 2 группы: первой группе проводилась монотерапия антигипертензивными препаратами, выбор которых осуществлял терапевт по показаниям, второй группе проводилась комплексная терапия антигипертензивными препаратами и заместительная гормональная терапия (комбинированные эстроген-гестагенные препараты).

Обсуждение. В первой группе уровень АД стабилизировался менее быстро, климактерические жалобы сохранялись на прежнем уровне, метаболический синдром по всем показателям сохранялись неизменными. Во второй группе уровень АД стабилизировался быстрее, отмечалось отсутствие гипертонических кризов, купирование климактерических жалоб и положительная динамика по проявлениям метаболического синдрома (снижение АД, уменьшение ИМТ, снижение уровня холестерина и улучшение профиля триглицеридов).

Выводы: учитывая патогенез развития артериальной гипертензии у женщин с климактерическим синдромом, связанный с гипоестрогенным состоянием, назначение комплексной терапии, включающей ЗГТ, позволяет более эффективно купировать гипертензивные состояния и положительно влияют на течение климактерического и метаболического синдромов.

242 КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Столярова У. В., Рогожина И. Е., Хворостухина Н. Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

В современных условиях менопауза протекает бессимптомно менее чем у половины женщин (В. П. Сметник и др., 1988; К. Б. Акунц, 2004; K. Jokinen et al., 2007; E. N. Woods et al., 2008). При появлении психоэмоциональных симптомов в климактерический период женщины редко обращаются за помощью к гинекологу и чаще становятся пациентками неврологов или психиатров. Необходимость коррекции расстройств периода менопаузы сомнений не вызывает (A. P. Ortiz et al., 2006; E. M. Umland., 2008). Однако врачи первого звена — семейные врачи, участковые терапевты, гинекологи женских консультаций — недостаточно информированы об особенностях течения заболеваний в климактерии (D. Kuh., 2005; T. Kojima, 2008; и др.).

Роль эстрогенного дефицита в патофизиологии системных изменений при этих состояниях не всегда учитывается в должной степени, что отражается и на эффективности лечебных мероприятий. Вместе с тем частота психоэмоциональных нарушений значительно увеличивается у женщин в возрасте старше 50 лет. Это свидетельствует о необходимости развития данного направления, грамотном использовании научно обоснованных принципов планирования ЗГТ у женщин с психоэмоциональными расстройствами в работе врачей различных специальностей.

Цель: изучить клиническую эффективность и переносимость препарата Ледибон (тиболон) при психоэмоциональных расстройствах у женщин в климактерический период.

Материал и методы. Обследовано 60 женщин в возрасте 46–56 лет в период менопаузы продолжительностью 2–5 лет. Критерием включения в исследование было наличие психоэмоциональных нарушений, которые требовали вмешательства врача и снижали качество жизни. Оценку когнитивных функций и церебральной недостаточности проводили на основании шкалы DSM–III-R в пределах от 3–5 до 11 из 17 пунктов. Ледибон (тиболон) назначали в дозе 2,5 мг вечером

вместе с приемом пищи в течение 4 нед. и далее до года.

Результаты. У 68% включенных в исследование женщин отмечалось тяжелое течение климактерического синдрома с числом приливов более 25 в сутки. У большинства пациенток приливы наблюдались в течение 3–4 лет. Наиболее значимыми нарушениями при анализе параметров шкалы DSM–III-R у включенных в исследование женщин были: депрессия (3,6 балла), нарушение поведенческой мотивации (4,4 балла), беспокойство (4,5 балла), эмоциональная лабильность (4,6 балла), снижение социальной активности (3,5 балла). Также отмечались: снижение памяти (4,2 балла), головная боль (4,5 балла), нарушение сна (4,2 балла), головокружения (3,9 балла),

слуховые расстройства (3,7 балла). Анализ параметров шкалы DSM–III-R показал: после 3 мес. терапии препаратом Ледибон в среднем по группе уменьшались эмоциональная лабильность (на 2,3 балла), беспокойство (на 2 балла) и депрессия (на 2,5 балла) с одновременным повышением поведенческой мотивации (на 2,2 балла). Через 2 мес. лечения (у отдельных пациенток — позднее) отмечалась положительная динамика неврологических симптомов: уменьшение головной боли (на 2,1 балла) и головокружения (на 2,4 балла), улучшение сна (на 3,3 балла).

Выводы. Таким образом, результаты клинических исследований и наш личный опыт дают основание положительно рассматривать вопрос о целесообразности использования препарата Ледибон при психоэмоциональных нарушениях, связанных с климактерической гипоестрогенностью. Крайне важным моментом служит осведомленность врачей первого звена об особенностях психоэмоциональных нарушений в климактерический период.

243 ЭПИКАРДИАЛЬНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В СОЧЕТАНИИ С АОРТО-КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Стрельников А. Г., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Елсин Д. А., Шабанов В. В., Стенин И. Г., Камиев Р. Т., Якубов А. А., Абашикин С. А., Покушалов Е. А.

ФГБУ “ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина” Минздрава России, Новосибирск, Россия

Пациентам с длительным анамнезом пароксизмальной фибрилляции предсердий (ФП) и показаниями к аорто-коронарному шунтированию (АКШ) возможно выполнить сочетанную процедуру эпикардиальной абляции ФП. Однако, целесообразность данной тактики лечения у пациентов с впервые диагностированной пароксизмальной ФП в настоящее время не изучена.

Цель: данного пилотного, проспективного, рандомизированного исследования явилось сравнение тактики лечения пациентов с впервые диагностированной пароксизмальной ФП, направленных на АКШ с применением и без применения эпикардиальной изоляции устьев легочных вен (ЛВ).

Материал и методы. В данное исследование были включены пациенты с впервые диагностированной пароксизмальной ФП и показанием к АКШ. Пациенты были рандомизированы на две группы: изолированное АКШ (АКШ; n=21) и АКШ в сочетании с эпикардиальной изоляцией устьев ЛВ (АКШ+ изоляция ЛВ; n=22). Всем пациентам были имплантированы аппараты длительного мониторинга ЭКГ для оценки сердечного ритма. Первичной конечной точкой явилось отсутствие ФП (процент ФП менее 0,5% по данным аппаратов длительного мониторинга ЭКГ) между двумя группами в течение 24-х месячного периода наблюдения. Вторичными конечными точками явились: процент ФП, по данным аппаратов длительного мониторинга ЭКГ, тромбоэмболические события, интраоперационные осложнения.

Результаты. В исследование были включены 43 пациента (средний возраст 59 ± 7 лет, 74% мужчин). В конце периода наблюдения у 19 (86%) пациентов из группы АКШ+ изоляция ЛВ отсутствовали пароксизмы ФП (процент ФП $< 0,5\%$) по сравнению с 9 (43%) пациентами из группы изолированного АКШ (лог-ранг тест, $p=0,007$). Средний процент ФП в группах изолированного АКШ и АКШ+ изоляция ЛВ составил $7,8 \pm 5,1\%$ и $1,6 \pm 1,8\%$, соответственно ($P < 0,001$). Четыре (26%) из 15 пациентов с рецидивом ФП были полностью асимптоматичны.

Заключение. Выполнение эпикардиальной изоляции устьев ЛВ в сочетании с АКШ у пациентов с впервые диагностированной пароксизмальной фибрилляцией предсердий значительно снижает риск возникновения пароксизмов ФП по сравнению с изолированным АКШ в отдаленном периоде наблюдения.

244 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ НАГРУЗКИ ПРИ СПИРОВОЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Суджаева О. А., Островский Ю. П.

ГУ РНПЦ “кардиология”, Минск, Беларусь

Цель: оценить эффективность разработанной программы физической реабилитации (ФР) у пациентов после ортотопической трансплантации сердца (ТС) по данным спироволоэргометрической пробы (спироВЭП).

Материал и методы. У 28 пациентов (13 — дилатационная кардиомиопатия (ДКМП), 13 — ишемическая КМП, 1 — уремическая КМП, 1 хроническая ревматическая болезнь сердца) в течение 2009–2012 гг. выполнена ТС. Пациенты были рандомизированы в основную группу (ОГ), где использовалась разработанная программа ФР, и в контрольную группу (КГ), где ФР была традиционной. В ОГ включено 8 пациентов в возрасте $42,9 \pm 2,0$ лет, в КГ — 20 пациентов в возрасте $45,0 \pm 2,7$ лет ($p > 0,05$).

Результаты. При обследовании до ТС (I тест) у всех пациентов имела место низкая толерантность к физической нагрузке (ТФН) — $67,9 \pm 2,2$ Вт в ОГ и $67,4 \pm 3,7$ Вт — в КГ ($p > 0,05$), а также низкое максимальное потребление кислорода (VO_{2max}) — $12,1 \pm 0,3$ мл/кг/мин в ОГ и $12,2 \pm 0,6$ — в КГ ($p > 0,05$). При обследовании через 6 месяцев (II тест), через 1 год (III тест) и через 14–36 месяцев после ТС (IV тест) в ОГ отмечался достоверный рост ТФН в сравнении с I тестом: максимально достигнутая мощность составила, соответственно, $85,0 \pm 6,8$ Вт, $105, \pm 3,8$ Вт, $120,5 \pm 9,3$ Вт ($p < 0,05$). В КГ выявленное сопоставимое с ОГ значительное увеличение ТФН до $112,5 \pm 25,8$, $100,0 \pm 14,4$ и $112,5 \pm 6,3$ Вт, соответственно ($p < 0,05$ в сравнении с I тестом, $p > 0,05$ в сравнении с КГ). Рост VO_{2max} в обеих группах был существенным и сопоставимым. В ОГ значение VO_{2max} при II, III, IV тестах, составило $15,8 \pm 0,9$, $18,8 \pm 1,4$ и $15,9 \pm 2,1$ мл/кг/мин, соответственно ($p < 0,05$ в сравнении с I тестом). В КГ при II, III, IV тестах значение показателя составило $16,6 \pm 1,0$, $16,4 \pm 2,7$ и $18,2 \pm 0,8$ мл/кг/мин, соответственно ($p < 0,05$ в сравнении с I тестом и $p > 0,05$ в сравнении с ОГ). Однако, при IV тесте в ОГ ишемия миокарда не спровоцирована ни у одного из обследованных, в КГ послужила причиной прекращения теста у 40% пациентов, что может свидетельствовать о развитии васкулопатии трансплантата, прогрессировании исходно имевшегося атеросклероза или развитии других специфических осложнений позднего посттрансплантационного периода.

Выводы: трансплантация сердца способствует существенному росту толерантности к физической нагрузке вне зависимости от использованного способа физической реабилитации. Однако, при проведении интенсивной физической реабилитации после трансплантации сердца уменьшается частота развития ишемии миокарда, что может свидетельствовать о меньшей частоте развития специфических осложнений позднего посттрансплантационного периода (васкулопатия)

и/или о замедлении прогрессирования исходно имевшегося атеросклероза.

245 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У ЧЕТЫРНАДЦАТИЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ

Сурова О. В., Киселева О. А., Ефимова Н. В. *

ГБУЗ АО “Северодвинская городская детская клиническая больница”, Северодвинск; *ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России, Архангельск, Россия

В целях своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья, осуществления профилактических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий у 14-летних подростков в рамках программы модернизации здравоохранения согласно Распоряжению Министерства здравоохранения и социального развития Архангельской области от 31.08.2011 г. № 946-ро “О проведении углубленной диспансеризации 14-летних подростков в Архангельской области на 2011–2012 годы” на базе ГБУЗ АО “Северодвинская городская детская клиническая больница” в 2012 г. было проведено комплексное обследование 1356 подростков.

Цель: проанализировать данные электрокардиографии у 14-летних подростков.

Материал и методы. Нами проанализированы данные стандартной электрокардиографии (ЭКГ) у 1014 (74,78%) подростков в возрасте 13,92–14,92 лет (средний возраст — $14,37 \pm 0,78$ года), из них 498 девушек и 516 юношей. Регистраторы стандартную ЭКГ на электрокардиографе “Fukuda” («Fukuda», Япония) в 12 стандартных отведениях со скоростью 50 мм/с и усилением 1 мВ/см. Математическая обработка результатов проведена с помощью статистической программы SPSS (версия 11.5) с применением статистических критериев: параметрического метода вариационной статистики с вычислением средней величины ($\bar{X}$), ошибки средней (Sx), среднеквадратичного отклонения (SD); непараметрического критерия хи-квадрат (χ^2). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У 26,7% (272) обследованных не было выявлено каких-либо изменений на ЭКГ. 79,9% (810) подростков имели нормальные возрастные показатели ЧСС. Тахикардия зарегистрирована у 14,6% (148) подростков и чаще встречалась среди девушек: 90 против 58 ($p=0,01$, $\chi^2=9,17$), брадикардия — у 5,5% (35 юношей и 21 девушек). Функциональные изменения на ЭКГ мы выявили в виде: синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) у 11,6% (118) обследуемых и нарушения проведения по правой ножке п. Гиса, которое отмечалось у 12,4% (126) детей и встречалось чаще у юношей: 16,9% (87) против 7,8% (39) ($p=0,001$, $\chi^2=19,39$). Патологические отклонения зафиксированы на ЭКГ у 18,4% (187) подростков. Среди нарушений сердечного ритма и проводимости преобладали: эктопический предсердный ритм и внутрипредсердная миграция водителя ритма — 6,9% (70), феномен преждевременного возбуждения желудочков — 3,2% (33), так же регистрировали экстрасистолию, блокаду левой ножки п. Гиса, атриовентрикулярную блокаду 1 степени. У девушек чаще наблюдались нарушения реполяризации (32 против 5, $p=0,001$, $\chi^2=21,23$) и феномен преждевременного возбуждения желудочков (23 против 10, $p=0,022$, $\chi^2=5,67$).

Заключение. Мы полагаем, что данных пациентов и детей с СРРЖ необходимо включить в группу риска по развитию желудочковых тахикардий и составить индивидуальные лечебно-профилактические программы.

246 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ПРОЦЕССЕ ГЕСТАЦИИ

Сушенцова Т. В., Бадриева Ю. Н., Тетелюткина Ф. К.

ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, Ижевск, Россия

Частота пролапса митрального клапана (ПМК) в общей популяции по эхокардиографии выявляется у 4–5%, причем преимущественно у женщин. Ряд авторов указывает на наличие гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Описание состояния гемодинамики и митрального клапана при ПМК в динамике гестации в доступных нам литературных источниках немногочисленны.

Цель: изучение динамики функционального состояния сердца в различные сроки беременности у женщин с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы. Нами обследовано 111 беременных, страдающих первичным ПМК I–III степени. Характеризуя степень тяжести течения ПМК, следует указать, что у 65 (58,5%) беременных выявлена I степень тяжести, у 43 (38,7%) – II степень и у 3 (2,8%) – III степень тяжести течения заболевания. Средний возраст беременных с ПМК составил 26,1±1,3 года.

Результаты и обсуждение. Среди жалоб, предъявляемых при осмотре, преобладали кардиалгии, которые наблюдались у всех беременных. У 27 пациенток (24,3%) наблюдался респираторный синдром, у 50 (45,0%) нарушение ритма, у 59 (53,2%) одышка.

Обращает внимание, что нарушение ритма сердца у 20 женщин (40,0%) были до настоящей беременности, а у 30 (60,0%) впервые появились в период беременности. Наиболее часто наблюдалась синусовая тахикардия – 10 (20,0%), сопровождавшаяся субъективным нарушением самочувствия, которая занимала первое ранговое место, второе ранговое место – желудочковая экстрасистолия – 7 (14,0%), третьи – суправентрикулярная экстрасистолия – 5 (10,0%).

В динамике гестации возросло число беременных с ФК II и III, что указывает на увеличение нагрузки на сердце, сопровождающейся нарастанием сердечной недостаточности.

При нарастании срока беременности и нарастании сердечной недостаточности на фоне нарушения движения створок митрального клапана наблюдалось достоверное уменьшение скорости диастолического спада передней створки – 82,2±3,7 мм/сек ($p<0,001$) и 99,2±2,9 мм/сек ($p<0,001$).

Таким образом, в течение беременности у женщин с ПМК установлено достоверное уменьшение скорости раннего диастолического спада передней створки митрального клапана, величина которых зависит от степени тяжести ПМК, и определяет степень сердечной недостаточности. Указанные изменения влекут за собой увеличение размеров левого желудочка. В то же время отсутствие изменения ударного объема указывает на состояние компенсации левых отделов сердца. Наиболее выраженные изменения гемодинамики сердца у больных ПМК происходят в сроке беременности 28–30 недель. Указанные изменения диктуют необходимость наблюдения данного контингента больных во время беременности акушером-гинекологом совместно с кардиологом.

247 ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Тарасов А. А., Резникова Е. А., Бочкарева О. И.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Цель: сравнительная оценка случаев повышения уровня eNOs и случаев выявления аутоиммунных нарушений у больных, не страдающих ИБС и СД, с высоким сердечно-сосудистым риском (более 5% по SCORE), и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления по Fabbri и Rabe. Данные состояния и являлись критериями включения в исследование.

Материал и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 40 больных, имеющих критерии включения, и 30

относительно здоровых лиц без критериев синдрома хронического системного воспаления (контрольная группа) с риском по SCORE <5% определяли содержание антител к коллагену, хондроитин-сульфату, гиалуроновой кислоте и концентрацию eNOs в сыворотке крови. Интервал нормальных значений для eNOs определили, исходя из значений 25 и 75 персентили в контрольной группе; 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 оценивали при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин.

Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 32,5% случаев, антител к хондроитин-сульфату – в 30% случаев, антител к гиалуроновой кислоте – в 25% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 10%, 16,7% и 13,3% соответственно. Значения, выходящие за рамки референсного интервала для eNOs в основной группе отмечены в 70% случаев (28 человек), при этом в 52,5% (21 человек) имело место превышение данного показателя, в 17,5% – снижение. В контрольной группе значений eNOs ниже референсного интервала не отмечено, в 6,7% случаев имело место повышение концентрации данного фермента в сыворотке. Таким образом, количество больных как с признаками аутоиммунного воспаления, так и с биохимическими маркерами эндотелиальной дисфункции (изменение концентрации eNOs) в группе больных с синдромом хронического системного воспаления оказалось достоверно ($p<0,05$) выше, чем в контрольной группе. У больных с критериями синдрома хронического системного воспаления и высоким сердечно-сосудистым риском в сравнении с аутоиммунными воспалительными маркерами более часто (в 52,5% случаев против 10–17%) отмечается изменение такого показателя, характеризующего вазомоторную функцию эндотелия и свидетельствующее о его активации, как концентрация eNOs; данная закономерность носит достоверный характер ($p<0,05$).

Выводы. Наличие синдрома хронического системного воспаления даже в отсутствии СД и ИБС ассоциировано с развитием аутоиммунного воспаления, направленного на компоненты соединительной ткани сосудистой стенки и, что отмечается достоверно чаще, с активацией эндотелия в виде изменения продукции eNOs, потенциально приводящей к его вазомоторной форме дисфункции.

248 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА БЕЗ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Тарасов А. А., Резникова Е. А., Бабаева А. Р.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Цель: сравнительная оценка случаев повышения уровня биохимических маркёров эндотелиальной дисфункции (ЭД) и случаев аутоиммунных нарушений у больных, не страдающих ИБС и СД, с высоким сердечно-сосудистым риском (более 5% по SCORE), и соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления (СХСВ) по Fabbri и Rabe. В качестве группы сравнения использовалась группа лиц без СХСВ и риском по SCORE<0,5%.

Материал и методы. При помощи иммуноферментного анализа у 40 больных, имеющих критерии включения, и 30 относительно здоровых лиц без критериев СХСВ определяли содержание антител к коллагену, хондроитин-сульфату, гиалуроновой кислоте, а также содержание eNOs, ЭТ-1 и фВВ

в сыворотке крови. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики, достоверность различий оценивали при помощи U-критерия и t-критерия для относительных величин.

Результаты. В основной группе повышение уровня антител к коллагену отмечено в 32,5% случаев, антител к хондроитин-сульфату — в 30% случаев, антител к гиалуроновой кислоте — в 25% случаев, в контрольной группе аналогичные показатели составили 10%, 16,7% и 13,3% соответственно ($p < 0,05$). Количество лиц с изменением концентрации eNOs, повышением уровня ЭТ-1 и изменениями содержания ффВ в сыворотке в основной группе составило 70%, 10% и 27,5% соответственно, в контрольной — 6,7% ($p < 0,05$), 6,7% и 13,4% ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы. Таким образом, у больных с СХСВ с высоким сердечно-сосудистым риском, не имеющих ассоциированных состояний в виде ИБС и СД, отмечается достоверно более частое выявление маркеров аутоиммунного воспаления в виде повышения концентрации аутоантител против компонентов соединительной ткани сосудистой стенки, а также биохимические признаки ЭД, протекающей по типу стимуляции и активации эндотелия (Н. Н. Петрищев, 2007) и проявляющейся изменением продукции eNOs, усиленным высвобождением прокоагулянтных факторов ффВ), в ряде случаев — снижением продукции eNOs. В отсутствие ассоциированных клинических состояний не характерна значительная индукция синтеза ЭТ-1 в эндотелии.

249 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тетелютина Ф. К., Пашукова Е. А., Стародумов Д. Л., Сушенцова Т. В., Ильина Н. А.

ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП, Ижевск, Россия

Тромбоэмболические осложнения часто встречаются во время гестации и в послеоперационном периоде у женщин с экстрагенитальной патологией.

Цель: изучение течения беременности, родов и их исходов у женщин с тромбоэмболическими осложнениями.

Материал и методы. По материалам специализированного республиканского родильного дома БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» г. Ижевска выявлено 21 случай тромбоэмболических осложнений беременности и послеродового периода. Ретроспективно изучено 21 карт «Истории родов» форма № 1030 и 19 карт «Истории новорожденных» женщин с данным осложнением. Возраст обследуемых беременных колебался от 25 до 38 лет, средний возраст составил $32,6 \pm 0,84$ лет.

Результаты и обсуждение. Частота тромбоэмболий составила 1 на 1169 родов. Тромбоэмболические осложнения произошли у 18 (85,7%) беременных и у 3 (14,3%) родильниц. Из общего количества случаев тромбоэмболий, осложнивших беременность, частота тромбоэмболии легочной артерии составила 1 на 4428 родов (0,02%). Частота тромбоэмболий поверхностных вен нижних конечностей у беременных составила 1 на 3163 родов (0,03%), а частота тромбоза глубоких вен нижних конечностей — 1 на 3690 родов (0,03%). Тромбоэмболические осложнения у беременных встречались с частотой 0,08%. Выявлена тенденция к возникновению данного осложнения в осеннее время года. Так в 18 (85,7%) случаях осложнение произошло в сентябре, октябре, ноябре месяцах. Повторнородящих женщин было 15 (71,5%). У каждой второй женщины диагностирована варикозная болезнь нижних конечностей, анемия, у каждой третьей — хронический пиелонефрит, ожирение, артериальная гипертензия, у каждой четвертой — заболевание сердца. Особенностью течения данной беременности явились следующие осложнения: вагинит, внутриутробное инфицирование плода, уреаплазменная инфекция, хламидийная инфекция, низкая плацентация, предлежание плаценты, синдром задержки развития плода. Родоразрешение проведено в сроке гестации от 23 до 40 недель беременности. Особенностью родоразреше-

ния явилась высокая частота операции кесарево сечение — 11 (52,3%). Показания к оперативному родоразрешению носили акушерский характер в 85,8% случаев, в 3 (14,2%) — заболевания сердечно-сосудистой системы. Объем кровопотери в 7 (33,3%) случаях составила 500 мл, в 3 (14,3%) случаях объем кровопотери от 600 мл до 1000 мл. Роды через естественные родовые пути произошли в сроках гестации от 31 до 40 недель беременности у 10 (47,7%) беременных. Из них у 4 (19,0%) беременных проведена индукция родов. Средняя кровопотеря в родах составила $214,3 \pm 12,99$ мл. Случаев материнской смертности в группе с тромбоэмболическими осложнениями не было, перинатальные потери составили 2 случая в сроке беременности до 28 недель. На этап послеродовой реабилитации в женское кардиологическое отделение переведены 13 (61,9%) родильниц. Полученные результаты демонстрируют необходимость преемственности в оказании специализированной помощи акушерами, ангиохирургами, анестезиологами.

250 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Каражанова М. О., Токбулатова М. О.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: изучить корреляционные взаимоотношения между показателями системы гемостаза, липопероксидации, антиоксидантной и вегетативной нервной системы у больных инфарктом миокарда (ИМ) и нестабильной стенокардией (НС).

Материал и методы. Всего нами обследовано 269 больных острыми формами ИБС, осложненными нарушениями сердечного ритма, из них 188 мужчин (69,9%) и 81 женщина (30,1%). Средний возраст в целом по группе составил $59,8 \pm 3,2$ года. Всего с крупноочаговым ИМ было обследовано и пролечено 74 больных. У 110 пациентов был диагностирован мелкоочаговый ИМ. С нестабильной (прогрессирующей) стенокардией, обследовано 85 больных.

Компьютерный анализ вариабельности сердечного ритма осуществлялся с помощью комплекса «Кардиотехника-4000». Для оценки состояния свободно-радикальных процессов осуществлялось определение содержания в крови больных первичных, вторичных и конечных продуктов липопероксидации (диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид и основания Шиффа), а также активности фермента антиоксидантной системы (АОС) супероксиддисмутазы. Оценка состояния системы гемостаза было основано на проведении экспресс-теста агрегации тромбоцитов, определении содержания в крови фактора Виллебранда. Для определения степени сопряженности имеющихся нарушений исследованных систем осуществлен корреляционный анализ показателей функционального состояния ВНС, сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, ПОЛ и АОС.

Результаты. Высокий уровень нарушений со стороны нейровегетативного статуса достоверно коррелировал с изменениями показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, а также с повышением липопероксидации и угнетением АОС. Достоверные корреляции обнаружены в отношении показателей гемостаза с одной стороны и ПОЛ и АОС — с другой. Гиперактивация свободно-радикального окисления липидов отмечалась у тех же больных, у которых были выявлены значительные нарушения в первую очередь эндотелиальных механизмов гемостаза. Угнетение антиоксидантной защиты в большей мере коррелировало с активацией плазменно-коагуляционных механизмов.

Внутри исследованных систем также отмечались достоверные корреляции между различными показателями, вероятно, отражающие особенности их функционирования при ИМ и НС.

Заключение. Проведенный анализ подчеркивает необходимость комплексного подхода в лечении острых форм ИБС

с нарушениями ритма, требующего воздействия на максимально широкий спектр патогенетических механизмов.

Выявленные нарушения со стороны ВНС, системы гемостаза и окислительного метаболизма у больных ИМ и НС, в наиболее значительной степени проявляющиеся при наличии нарушений сердечного ритма, служат основанием для осуществления терапии, направленной не только непосредственно на устранение имеющихся аритмий, но и на коррекцию нарушений нейровегетативной регуляции, системы гемостаза, свободно-радикальных процессов.

251 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Туркина К. В., Мазуров В. И., Жаркова О. А.
СЗГМУ.им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить влияние статинов на ФК сердечной недостаточности у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) после операции реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. Обследован 91 больной с ИБС. Всем больным предстояла хирургическая реваскуляризация миокарда — АКШ или стентирование. Для анализа определяли показатели липидного профиля: уровни общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности; степень выраженности сердечной недостаточности (СН) оценивали по критериям Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) исходно и через 3 месяца после реваскуляризации миокарда. Больные ИБС были разделены на две группы: 1-я группа — 25 больных, которые не получали статины на догоспитальном этапе; 2-я группа — 66 больных, которые получали статины, на сроке от 3 до 12 месяцев, в средней суточной дозе 10–20 мг. (29 — аторвастатин, 13 — розувастатин, 24 — другой статин). После реваскуляризации миокарда из 25 больных ИБС, не получавших статины на догоспитальном этапе (1-я группа), 12 человек в течение последующих месяцев также не принимали статины, 13 человек принимали статины, в дозе 10–20 мг в сутки (7 человек — розувастатин, 6 человек — аторвастатин). Из 2-й группы, получавших статины на догоспитальном этапе: 30 человек продолжили принимать аторвастатин, 23 принимали розувастатин, в дозе 10–20 мг в сутки, а 13 — не принимали статины. Группу, не получавших статины составили больные, которые имели противопоказания к назначению статинов, индивидуальную непереносимость и/или больные, которые отказались от приема статинов по финансовым соображениям.

Результаты. Средний возраст обследованных больных ИБС в группе, не получавших статины, составил $61,2 \pm 1,6$ года, на статинотерапии — $60,5 \pm 1,0$ года. Исходно группы достоверно различались по общему холестерину, ЛПНП, ЛПВП, коэффициенту атерогенности ($p < 0,001$). Сердечная недостаточность II ФК наблюдалась у 79% больных, III ФК — у 11%, I ФК — у 9%, и IV ФК — 1% больных ИБС. Через 3 месяца после реваскуляризации миокарда уровни общего холестерина, холестерина ЛПНП, коэффициента атерогенности стали статистически достоверно ниже, чем исходные показатели в обеих группах ($p < 0,001$). По ТГ и ЛПОНП обнаружены достоверные различия только у больных, исходно получавших статины ($p < 0,05$). В обеих группах через 3 месяца достоверно снизился класс сердечной недостаточности: для 1-й группы больных ($td=6,20$; $p < 0,001$); для 2-й группы ($td=8,41$; $p < 0,001$). Полученные результаты могут объяснены как эффектами реваскуляризации, так и плейотропными свойствами статинов: уменьшать зоны гибернированного миокарда, улучшать сократимость левого желудочка.

Выводы. Лечение статинами приводит к достоверному снижению ФК ХСН, что предопределяет более благоприятный прогноз течения ИБС после хирургической реваскуляризации миокарда.

252 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА И НООТРОПИЛА ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Турсунов Б. Ш., Маль Г. С.

ГБОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет” Минздрава РФ, Курск, Россия

Цель: сравнительная оценка клинической эффективности афобазола и ноотропила для премедикации на амбулаторном стоматологическом приеме у кардиологических больных.

Материал и методы. В соответствии с протоколом исследования в обсуждаемую выборку включены 35 больных (доля к числу пациентов на этапе скрининга — 94,7%): 19 женщин и 16 мужчин (средний возраст — 48,6 года). Проводимые манипуляции: стандартное удаление зуба, депульпирование “пульпитного” зуба, удаление “зубов мудрости”. Определены индивидуально-типологические черты личности перед предстоящим вмешательством с использованием следующих тестов: шкала астенического состояния, методика САН (тест Самочувствие, Активность, Настроение) ММРП (Миннесотский многофакторный личностный опросник), шкала для оценки тревоги Гамильтона (HARS) и шкалу общего клинического впечатления (CGI-S для оценки психического состояния. Индивидуально-типологический опросник (Л. Н. Собчик, 2003 г.). Тест-опросник “Оценка настроения”, Методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку). Электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование по Холтеру, лабораторные показатели (общий клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма). Использовались ноотропный препарат — ноотропил в таблетках 150 мг, и анксиолитик — афобазол в таблетках 10 мг.

Результаты. Величина сенсорных порогов у больных с сердечно-сосудистой патологией ниже, чем у лиц без нее: порога чувствительности и болевого порога — в среднем на 5%, порога выносливости — на 2,7%. При использовании для премедикации афобазола значения порога чувствительности, болевого порога и порога выносливости увеличиваются в среднем на 24,7%, 21,7% и 23,4%, соответственно. А при использовании ноотропила, соответственно — на 9,3%, 17,4% и 28,5%.

Выводы. Больные с сердечно-сосудистой патологией имеют высокую распространенность и интенсивность кариеса зубов и заболеваний пародонта. Индекс КПУ зубов у них в среднем в 2 раза выше, чем у лиц без сопутствующей патологии, а в структуре заболеваний пародонта преобладает пародонтит. Афобазол хорошо влияет на больных с умеренно выраженной реактивной тревожностью и в меньшей степени — на людей с высоким ее уровнем. Ноотропил достаточно хорошо снимает выраженную тревожность и в меньшей степени влияет на людей с умеренной и низкой тревожностью. Афобазол более эффективен для повышения порога чувствительности и порога восприятия боли, чем ноотропил. Но последний сильнее в плане увеличения порога выносливости.

253 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Умникова М. В., Архипов М. В., Бадтиева В.А., Власов А. А.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель: проведено плацебо-контролируемое рандомизированное исследование с целью оценить эффективность приме-

нения динамической электростимуляции в комплексном лечении гипертонической болезни

Материал и методы. 60 больных гипертонической болезнью I–\$5I стадии были разделены на две рандомизированные группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Все пациенты получали одинаковую базисную терапию. В I группе — дополнительно в течение 10 дней проводилось воздействие аппаратом ДиаДЭНС-Кардио 1 раз в сутки. Динамическая электростимуляция — это чрескожная электростимуляция, заключающаяся в воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки импульсами электрического тока, форма которых меняется в зависимости от значений полного электрического сопротивления (импеданса) поверхности кожи в подэлектродном участке. Во II группе — плацебо-воздействие. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование, суточное мониторирование АД и ЭКГ, а так же оценка качества жизни по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику SF 36.

Результаты. Отмечено достоверное снижение головной боли по 100 мм. визуальной аналоговой шкале с $4,35 \pm 0,36$ до $1,95 \pm 0,36$, $p < 0,001$ у больных I группы. Во II группе снижение интенсивности головной боли по ВАШ было недостоверным (с $3,9 \pm 0,24$ до $3,3 \pm 0,24$, $p > 0,1$).

После курса ДЭНС-воздействия зарегистрировано достоверное снижение среднесуточного систолического артериального давления (САД) ($p < 0,05$), а также средних значений САД за день с $151,51 \pm 2,55$ до $131,76 \pm 2,2$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) и за ночь с $132,2 \pm 3,6$ до $119,8 \pm 3,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Показано достоверное снижение времени гипертензии за сутки: индекс времени гипертензии (ИВГ) САД снизился с $42,2 \pm 3,4\%$ до $27,2 \pm 2,1\%$ ($p < 0,01$), ИВГ ДАД (диастолическое артериальное давление) уменьшился с $41,5 \pm 2,2\%$ до $29,7 \pm 4,3\%$ ($p < 0,05$).

При анализе показателя вариабельности АД выявлено, что ДЭНС-воздействие оказывает нормализующее влияние на вариабельность САД и ДАД в дневное и ночное время. Вариабельность САД днем снизилась с $19,9 \pm 2,0$ мм рт.ст. до $13,0 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ночью с $23,6 \pm 2,2$ мм рт.ст. до $14,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), ДАД днем снизилась с $16,6 \pm 1,6$ мм рт.ст. до $12,8 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ночью — с $15,7 \pm 1,2$ мм рт.ст. до $11,2 \pm 1,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

В отношении среднесуточных показателей вариабельности АД достоверные данные получены только в отношении САД — снижение вариабельности с $23,2 \pm 1,9$ до $14,4 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать ДЭНС как адекватный метод повышения эффективности лечения больных гипертонической болезнью I–\$5I стадии, который позволяет стабилизировать течение болезни и в ряде случаев снизить фармакологическую нагрузку.

254 ШКАЛА SCORE В ПРАКТИКЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Федорова Г. И., Чернева Н. А., Чуфарова Г. В., Макеева Е. Р.
ГУЗ “Городская детская поликлиника № 6”, Ульяновск, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — ведущая причина смертности населения Российской Федерации. Развитие ССЗ тесно связано с особенностями образа жизни и факторами риска — курением, нездоровым питанием, недостаточной физической активностью, избыточной массой тела, артериальной гипертензией, психосоциальными факторами. Основная задача, которую решают Центры здоровья — выявление факторов риска, а также воздействие на модифицируемые факторы риска.

Цель: оценить распространенность факторов риска ССЗ и рассчитать популяционный риск смерти по шкале SCORE для стран с высоким риском ССЗ.

Материал и методы: в одномоментное рандомизированное исследование включали всех пациентов старше 40 лет, обратившихся в семейный Центр здоровья “Перспектива” ГУЗ “Городская детская поликлиника № 6” с сентября 2012 г.

по январь 2013 г. Пациентам без ССЗ проводилась оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE для стран с высоким риском ССЗ. Было обследовано 165 пациентов. Средний возраст пациентов составил $57,7 \pm 11,5$ лет, мужчин было 48 (29%), женщин — 117 (71%). Результаты обработаны с применением компьютерного пакета “Statistica v.6,0”

Результаты. Среди респондентов преобладали женщины — 71%. У 82% (135 пациентов) обратившихся имелись факторы риска, из них у 55% — модифицируемые факторы риска. Ведущим фактором риска была артериальная гипертензия — выявлена у 36 (28%) человек, гиперхолестеринемия — у 33 (20%), курящих пациентов было 6 (4%) человек. При этом пациентов низкого риска (SCORE до 1%) было 30 (18% респондентов), пациентов умеренного риска (SCORE от 1 до 5%) — 90 (55%), высокого риска (SCORE от 5 до 10%) — 42 (25%) и очень высокого (SCORE более 10%) — 3 (2%), соответственно. Все пациенты с высоким и очень высоким риском направлены для дальнейшего наблюдения и лечения к терапевту по месту жительства. С пациентами групп низкого и умеренного риска проводится работа по коррекции модифицируемых факторов риска: борьба с гиподинамией, отказ от курения, школы по здоровому питанию и артериальной гипертензии.

Выводы: 1. У 82% обратившихся имеются факторы риска, из них у 55% — модифицируемые факторы риска, что может привести к преждевременной смерти в результате развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и других хронических неинфекционных заболеваний. 2. Основным фактором риска является артериальная гипертензия. 3. Среди пациентов, обратившихся в центр здоровья, преобладают группы высокого и умеренного риска. 4. Методика оценки факторов риска по шкале SCORE проста в применении, занимает мало времени. Использование шкалы SCORE позволяет индивидуализировать программы для снижения суммарного риска смерти.

255 ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Федоров С. В.

Национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина

Заболеваниями сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт) страдают более 24,3 млн жителей Украины. В конечном результате они приводят к формированию хронической сердечной недостаточности (СН), которая остается актуальной медико-социальной проблемой в мире. Согласно данным национальных реестров показатель распространенности СН растет пропорционально возрасту и составляет в взрослого населения 2–5%, а в лиц старше 70 лет — 10–20% (ESC, 2012).

Цель: изучение показателей эндогенной интоксикации у больных ИБС из синдромом СН.

Материал и методы. Обследованы 176 больных из СН (ФК II–IV) ишемического генеза и 39 практически здоровых лиц (группа контроля). Доля лиц мужского пола среди обследованных — 76,7%; средний возраст — $54,3 \pm 2,5$ лет. Уровень эндогенной интоксикации определяли за показателем сорбционной способности эритроцитов (ССЭ) (Тогайбаев А. А. и др., 1988).

Полученные данные свидетельствуют, что у больных синдромом СН ишемического генеза величина степени эндогенной интоксикации была на 12,49% выше аналогичного показателя практически здоровых лиц ($p < 0,01$). При этом, показатель ССЭ прямо зависел от количества инфарктов миокарда в анамнезе и увеличивался при увеличении стадии и функционального класса СН. Отмечена также прямая слабой силы корреляционная связь между степенью эндогенной интоксикации и количеством сегментоядерных нейтрофилов в крови обследованных больных ($r = 0,25$; $p < 0,05$). Известно, что эти клетки играют одну из главных ролей в процессе становления и развития воспаления.

Много клинических признаков, которые встречаются при СН, наряду с нейрогуморальными факторами обусловлены и медиаторами воспаления (эндотелиальная дисфункция, дисфункция левого желудочка, апоптоз кардиомиоцитов и др.). Повышение их концентрации находят на ранних стадиях СН, при этом, с увеличением функционального класса болезни их концентрации возрастает. Кроме того, многие маркеры воспаления рассматривают как один из прогностических факторов течения болезни и смертности вследствие СН, что подтверждено многими многоцентровыми исследованиями — VEST, MERIT-HF, и др.

Таким образом, при СН имеет место увеличение показателя эндогенной интоксикации, которое зависит от выраженности миокардиальной дисфункции.

256 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПОПУЛЯЦИИ РЯЗАНСКОГО РЕГИОНА (ИССЛЕДОВАНИЕ “МЕРИДИАН-РО”)

Филиппов Е. В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Эндотелиальная дисфункция играет ведущую роль в развитии атеросклероза. По данным исследований, она тесно связана с факторами риска, коррекция которых приводит к снижению кардиоваскулярной смертности на популяционном уровне.

Цель: изучить распространенность и факторы риска развития эндотелиальной функции в популяции Рязанской области.

Материал и методы: исследование проводилось на случайной выборке среди населения Рязанской области и включило 1622 человека (городского населения — 1220 человек, сельского — 402) в возрасте 25–64 лет (мужчин — 46,2% [750], женщин — 54,8% [872]). Исследование включало в себя: анкетирование по стандартизированному опроснику, ЭКГ, измерение объективных показателей, биохимическое исследование крови. Эндотелиальная функция измерялась с помощью аппарата “Angioscan” (фотоплетизмографический метод регистрации пульсовой волны) компании ООО “Ангиоскан-Электроникс” и оценивалась по результатам окклюзионной пробы. Это подисследование включило 1236 человек (53,9% [666] женщин и 46,1% [570] мужчин).

Результаты: 1043 (84,4%) человека имели нарушения эндотелиальной функции в мелких резистивных и крупных проводящих артериях. Из них, 52,6% [549] были женщины и 47,4% [494] — мужчины. Эндотелиальная дисфункция в крупных и мелких сосудах была выявлена у 47,9% [592] выборки. 16,3% [170] выборки имели атеросклероз и, связанные с ним болезни.

В группе лиц с эндотелиальной дисфункцией систолическое АД и ЧСС были больше, чем в группе без дисфункции ($126,3 \pm 1,2$ vs $124,0 \pm 2,8$, $p=0,04$ и $74,1 \pm 0,66$ vs $71,8 \pm 1,4$, $p=0,01$, соответственно). Средний ИМТ в группе без эндотелиальной дисфункции был $27,1 \pm 0,8$ кг/м², в группе дисфункции — $29,5 \pm 0,4$ ($p=0,0001$). У лиц с дисфункцией уровень ЛПВП ($1,3 \pm 0,02$ vs $1,41 \pm 0,05$, $p=0,0001$) был ниже, а мочевого кислоты ($314,3 \pm 4,5$ vs $292,7 \pm 10,1$, $p=0,0001$), СРБ ($6,2 \pm 0,24$ vs $5,2 \pm 0,32$, $p=0,0001$) и фибриногена ($3,51 \pm 0,04$ vs $3,34 \pm 0,12$, $p=0,01$) выше.

При анализе рисков было выявлено, что ожирение, ЧСС более 85 уд/мин, СРБ более 5 мг/мл и фибриноген более 4 г/л повышали вероятность развития эндотелиальной дисфункции крупных и мелких артерий. Повышенное САД и курение достоверно не влияли на риск развития дисфункции эндотелия в группе работоспособного населения, что может быть связано с недостаточной статистической мощностью исследования.

Выводы: эндотелиальная дисфункция ассоциировалась с более выраженным профилем риска развития болезней, связанных с атеросклерозом. Включение в стандарт обследо-

вания трудоспособного населения окклюзионной фотоплетизмографической пробы рекомендовано в выявлении лиц высокого риска, нуждающихся в терапии.

Риск развития эндотелиальной дисфункции мелких и крупных артерий ассоциировался с ожирением, ЧСС > 85 уд/мин, повышенным СРБ и фибриногеном.

257 ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Филиппенко Е. М., Горбань В. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Кардиоваскулярные заболевания у пожилых пациентов имеют огромное медико-социальное значение. Особую актуальность у таких больных приобретают методы и способы терапии артериальной гипертензии (АГ). Согласно национальным рекомендациям по лечению больных с АГ одной из важнейших мер немедикаментозного воздействия является ограничение употребления с пищей поваренной соли.

Цель: провести анализ выполнения врачебных рекомендаций по ограничению употребления в пищу поваренной соли у больных с АГ пожилого и старческого возраста. Методом добровольного анкетирования и анализа амбулаторных карт для выяснения приверженности к малосолевой диете были изучены данные клинического обследования 699 больных АГ в возрасте от 60 до 92 лет (средний возраст $69,9 \pm 2,1$ года), среди которых было 260 мужчин ($37,1 \pm 3,0\%$) и 439 женщин ($62,9 \pm 2,3\%$).

Результаты исследования показали, что у 239 больных ($34,2 \pm 3,1\%$; 69 мужчин и 170 женщин) наблюдалась АГ без сопутствующих заболеваний, а у 460 больных ($65,8 \pm 2,2\%$; 191 мужчин и 269 женщин) была диагностирована АГ в сочетании с другими заболеваниями внутренних органов. У 76 больных ($10,9 \pm 3,6\%$; 25 мужчин и 51 женщины) была 1-я степень АГ, у 181 больного ($25,9 \pm 3,3\%$; 57 мужчин и 124 женщины) — 2-я степень, у 442 больных ($63,2 \pm 2,3\%$; 180 мужчин и 262 женщины) — 3-я степень. При анализе приверженности больных к употреблению поваренной соли оказалось, что в семьях 318 респондентов ($45,5 \pm 2,8\%$) было принято готовить пищу с малым количеством поваренной соли, у 320 респондентов ($45,8 \pm 2,8\%$) — со средним количеством поваренной соли и в семьях 61 больного ($8,7 \pm 3,6\%$) — с большим количеством соли. При употреблении готовой пищи её дополнительно досаливали 188 больных АГ ($26,9 \pm 3,2\%$), и не досаливали — 511 ($73,1 \pm 1,9\%$). Среди больных, злоупотребляющих солью (с пищей с избыточным количеством соли и дополнительным досаливанием) оказались $13,2 \pm 5,3\%$ больных с 1-й степенью АГ; $1,7 \pm 2,1\%$ больных со 2-й степенью и $5,0 \pm 2,8\%$ больных с 3-й степенью АГ. Рекомендации врачей по уменьшению суточного потребления соли при лечении АГ выполняли $43,9 \pm 3,1\%$ больных (251 человек), а $56,1 \pm 2,8\%$ больных (321 человек) не стали уменьшать потребление поваренной соли.

Проведённое исследование продемонстрировало, что далеко не все пациенты пожилого и старческого возраста, страдающие АГ, выполняют врачебные рекомендации по соблюдению малосолевой диеты. Во многих семьях больных, страдающих АГ, особенностью приготовления пищи состояла не только в избыточном применении поваренной соли, но и в дополнительном досаливании приготовленных блюд. Учитывая важность немедикаментозной терапии (в т. ч. ограничения употребления поваренной соли в пищу до 5 грамм/сутки) в достижении контрольных цифр артериального давления, медицинскому персоналу амбулаторных учреждений следует более активно применять современные обучающие технологии при ведении больных АГ в пожилом и старческом возрасте, что должно способствовать не только снижению сердечно-сосудистого риска, но и повышению качества жизни.

258 ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПРОБЛЕМА ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ

Филиппенко Е. М.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы снижают сердечно-сосудистый риск у больных ИБС. Стойкое повышение активности трансаминаз, как побочная реакция статинов, является лимитирующим фактором для продолжения гиполипидемической терапии. Цель работы — представить клинический пример, демонстрирующий, что повреждение печени, впервые выявленное при применении статинов на фоне комбинированного медикаментозного лечения — не всегда является проявлением статинотоксичности и не должно быть поводом для прекращения терапии статинами (после нормализации функции печени) у больных ИБС. Больному Л, 48 лет, 17.02.12г проведена экстренная операция — ЧТКА ПКА с имплантацией стента (ds: Первичный Q — негативный инфаркт миокарда ЛЖ); при обследовании: АЛТ 27,1ед/л; АСТ 20,4ед/л; общий билирубин 6,0мкмоль/л. Рекомендовано продолжить приём аторвастатина, клопидогреля, бисопролола, периндоприла, аспирина; повторная госпитализация для оперативного лечения (маммарокоронарное шунтирование). 28.03.12г направлен в инфекционную больницу с ds: Острый токсический (медикаментозный) гепатит, желтушная форма, среднетяжёлое течение; АЛТ 1752ед/л, АСТ 855ед/л, общий билирубин 31,1мкмоль/л, прямой —16,1мг/дл, ЩФ 284ед/л, ГГТ — 250ед/л, Hbs-Ag и HCV-AT не обнаружены (в анамнезе заболеваний печени нет, алкоголь не употребляет). Статин отменён (с учётом потенциальной гепатотоксичности), дополнительно к проводимой терапии назначены гептрал и резалют. 6.04.12г переведён в кардиологическое отделение ГБ№ 3: АЛТ 529ед/л, АСТ 164ед/л, общий билирубин 20,0 мкмоль/л, ОХС 5,1 ммоль/л. При амбулаторном наблюдении прогрессирует стенокардия; планово госпитализирован в кардиологическое отделение ЦГХ; при обследовании (4.05.12г): АЛТ 231ед/л, АСТ 72ед/л, общий билирубин 9,01мкмоль/л, ОХС 5ммоль/л. Рекомендовано хирургическое лечение (МКШ) после нормализации АЛТ, АСТ. 17.07.12г выполнено МКШ ПНА. При амбулаторном обследовании (17.09.12): общий билирубин 3,4 мкмоль/л, АЛТ 24 ед/л, АСТ 25ед/л, ОХС 7,5 ммоль/л, ТГЛ 6,1ммоль/л, ХСЛПВП 0,76ммоль/л, ХСЛПНП 3,98ммоль/л. Учитывая дислипидемию, очень высокий сердечно-сосудистый риск, нормализацию АЛТ, АСТ назначен симвастатин; при динамическом наблюдении не выявлены признаки повреждения печени: АЛТ 21ед/л, АСТ 18ед/л (10.12.12г). С учётом анамнеза заболевания пациент дообследован в условиях гастроцентра; установлен ds: Стеатогепатоз. Рекомендован приём статинов под контролем АЛТ, АСТ. Приведенный пример демонстрирует, что поражение печени не было связано с приёмом статина: не выявлена причинно-следственная связь при повторном назначении препарата (причина наблюдавшегося острого гепатита требует дальнейшего уточнения).

Таким образом, если при приёме статина на фоне комплексного медикаментозного лечения (в том числе проведённой ЧТКА, коронароангиографии с использованием контрастно-диагностических средств) выявляются признаки повреждения печени, следует отменить статин и, согласно современным рекомендациям после нормализации биохимических показателей, необходимо вновь назначить препарат (руководствуясь соотношением польза/риск), продолжая в динамике тщательный мониторинг функционального состояния печени.

259 ИНТЕРПРЕТАЦИЯ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

С ПОМОЩЬЮ ДИНАМИЧЕСКОЙ КАПНОГРАФИИ

Фомина К. А., Абросимов В. Н.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

В настоящее время актуально применение кардиопульмональных тестов с физической нагрузкой. Это высокоинформативные методы, позволяющие не только объективно оценить степень нарушений толерантности к физической нагрузке и определить основные механизмы этих расстройств, но и оказать существенную помощь в установлении диагноза ряда заболеваний и патологических состояний. Вместе с тем кардиопульмональные тесты с физической нагрузкой требуют значительного количества дорогостоящего оборудования и квалифицированного персонала, они достаточно сложны в исполнении и по этим причинам порой не находят должного применения в широкой практике. При отсутствии специального оборудования для оценки физической толерантности и объективизации статуса больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) используют тест 6-минутной ходьбы (6MWT). Использование дополнительных методов обследования расширяет диагностическую возможность кардиопульмональных тестов.

Цель: изучить возможности динамической капнографии, регистрируемой с помощью капнографа-пульсоксиметра LifeSense LS1-9R, в процессе выполнения теста 6-минутной ходьбы у больных ХСН.

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

Результаты: в покое гипокания регистрировалась у 57,8% ($n=26$, $p=0,036$), нормокапния — у 42,2% ($n=19$, $p=0,04$). Во время выполнения 6MWT причиной остановки указали одышку 73,3% больных ($n=33$, $p=0,034$), боли в сердце 15,6% ($n=7$, $p=0,049$), слабость в ногах 11,1% ($n=5$, $p=0,037$). После проведения 6MWT жалобы на одышку предъявляли 100% пациентов ($n=45$), слабость в ногах — 11,1% ($n=5$), общую слабость — 22,2% ($n=10$), сердцебиение — 37,8% ($n=17$). При этом у всех больных во время выполнения нагрузки наблюдалось снижение показателя конечного экспираторного давления CO_2 ($P_{ET}CO_2$). Сильная корреляционная взаимосвязь выявлена между выраженностью одышки и $P_{ET}CO_2$ ($r=0,74$, $p<0,05$), между выраженностью одышки и расстоянием, пройденным за 6 минут ($r=0,68$, $p<0,05$).

Заключение: капнограф-пульсоксиметр позволяет обеспечить комплексную оценку сердечно-сосудистой и дыхательной адаптации во время нагрузочных тестов; расширяет ценность клинических данных о функциональных возможностях организма при проведении шаговых нагрузочных тестов.

260 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Фролова Ю. В., Раскин В. В., Маликова М. С., Дземешкевич А. С., Подольск Д. Г., Шапиева А. Н., Домбровская А. В.

Российский научный центр хирургии им. Б. В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Цель: оценка хирургического лечения пациентов с распространенной формой гипертрофической кардиомиопатии после двухэтапного оперативного вмешательства: первым этапом — имплантация кардиовертера — дефибриллятора,

вторым этапом — миоэктомия с продольным иссечением гипертрофированных папиллярных мышц и протезированием митрального клапана.

Материал и методы: по жизненным показаниям (ХСН III ФК по NYHA, ЖЭС- 4Б кл. по Лауну) 9 пациентов были оперированы по поводу распространенной формы гипертрофической кардиомиопатии с симптоматической обструкцией ВТЛЖ. Средний возраст пациентов составил 52 ± 4 г (мужчин 55,5%, женщин 44,4%). Исходно на ЭКГ: гипертрофия левого желудочка — 9 больных (100%), левого предсердия — 8 больных (90%), БЛВПГ — 5 больных (55%), продолжительность QRS в среднем $132 \pm 0,6$ мс. Всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство — расширенная миоэктомия с продольным иссечением гипертрофированных папиллярных мышц и имплантацией ИКД, среди них: протезирование митрального клапана выполнено 8 пациентам (88,8%), протезирование митрального и аортального клапана — 1 пациент (11,1%), аорто — коронарное шунтирование — 1 пациент (11,1%).

Результаты: послеоперационный период протекал без осложнений. Госпитальная летальность составила 0%. Результаты данных инструментальных исследований через 1 год после операции: ЭКГ — ритм, навязанный ИКД; ЭХО-КГ: толщина межжелудочковой перегородки — уменьшилась с $1,8 \pm 0,2$ до $1,1 \pm 0,1$ см. Пиковый градиент систолического давления в выходном тракте левого желудочка — уменьшился с $70,1 \pm 7,3$ до $9,9 \pm 3,5$ ммHg. Динамика по левому предсердию с $4,6 \pm 0,2$ до $4,1 \pm 0,1$ см. Функциональный класс по данным 6 минутного теста увеличился с III ФК до I—II ФК. В отдаленном послеоперационном периоде (через 2 года) умер 1 пациент (11,1%), причина смерти неизвестна.

Выводы: таким образом, двухэтапное хирургическое лечение распространенной формы ГКМП является безопасной и эффективной процедурой, и дает хорошие показатели выживаемости с достоверным снижением риска внезапной сердечной смерти в отдаленном послеоперационном периоде.

261 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОГЕННЫХ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ АРИТМИЙ, КАК ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Фролов В. М., Симоненко В. Б., Сушкова И. Э., Мартыненко Т. В.

ФГБУ «МУНКЦ им. П. В. Мандрыка» МО РФ, Москва, Россия

На долю кардиогенных синкопальных состояний (СС) приходится до 35% от всех обмороков (Сароог W. N., 1992), летальность при них — от 18 до 33% (Di Marco J. P., 1994).

Цель: изучение распространенности СС обусловленных нарушениями сердечного ритма и проводимости среди прикрепленных пациентов, определение наиболее информативных методов диагностики.

Материал и методы. С января 2006 г по январь 2013 г выявлено 139 пациентов с СС. Из них у 91 (69%) СС были кардиогенными. Из них у 24 (26%) выявлены (структурные) поражения сердца, у 71 (%) — причинами СС были аритмии. Среди пациентов с аритмогенными СС мужчин было 32, женщин 37, средний возраст $54,3 \pm 7,2$ лет.

Результаты и обсуждение. Основной причиной СС являлась ФП (33%). На 2 месте — желудочковые тахикардии (ЖТ) (14%). Преобладание ФП в развитии СС связано с ее большей встречаемостью 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 13 больных), наличие пауз (более 3500 мс) (у 14 больных), ТП с проведением 1:1 (у 6). Среди ЖТ причиной СС была полиморфная тахикардия с удлинением QT («torsade de pointes») (у 13 больных). Антидромная тахикардия

при синдроме WPW (у 7 больных). Синдром слабости синусового узла (СССУ) (у 11 больных). У 8 больных СС аритмии выявлялись на фоне постоянной кардиостимуляции. Клинически детерминированные аритмии при проведении холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ) выявлялись в 87,6% случаев. При проведении электрофизиологического исследования (ЭФИ), в том числе неинвазивного — в 78%. Петлевой (событийный) рекордер был эффективен во всех 8 случаях 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 аритмогенных СС 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 холтеровское мониторирование ЭКГ. На основании полученных данных разработан диагностический алгоритм исследований кардиогенных причин синкопальных состояний.

262 ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Фролов В. М.

ФГБУ «МУНКЦ им. П. В. Мандрыка» МО РФ, Москва, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из самых распространенных заболеваний. В популяции в возрасте 60 лет и выше распространенность АГ достигает 60–70%, данный показатель имеет тенденцию к постоянному росту. Выявление ранних предвестников АГ является актуальной проблемой.

Цель: 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).

Материал и методы. Обследованы 37 пациентов (24—мужчин, 13 женщин, возраст $25,6 \pm 4,3$ лет). 17 (43,7%) пациентов с нормальными показателями АД, но имевшие НО — составили I группу (гр). 20 обследуемых (56,3%) с ВНАД — II гр. В контрольную гр. (КГ) вошли 15 здоровых пациентов. ПОП проводили с помощью системы TASK FORCE® Monitor (Австрия). Система позволяет проводить измерения АД методом «от сокращения к сокращению». Оценивались вариабельность сердечного ритма и АД. Разработан специальный протокол. Регистрация исходных показателей в положении лежа (5 мин), поворотный стол поднимался на угол $40–45^\circ$ (исследование в течение 20 мин). (В отличие от классического тилт — теста не было упора ногами в специальную площадку).

Результаты. В I гр. гипертензивный тип реакции АД на ортостаз выявлен у 9 обследованных. Значимым являлось повышение систолического АД (САД) более чем 20 мм рт.ст. и диастолического АД (ДАД) более 10 мм рт.ст. по сравнению с исходными показателями. У 4 выявлена «начальная» ортостатическая 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 ортостатическая гипотензия (НОГ), у 2 выявлен фазный тип ортостатической реакции АД (ФТ). У 1 паци-

ента отсутствовали значимые изменения. Во II гр. — гипертензивный тип ортостатической реакции АД выявлен у 13, у 5 из них — НОАГ, у 5 выявлена СОАГ, у 3 КОАГ. Гипотензивный тип реакции АД (НОГ) выявлен у 3 пациентов. У 3 — выявлен ФТ. В КГ выявлены физиологические реакции АД на ортостаз. У 65% обследуемых в I гр. и у 88% 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 6 из II, через год после проведенного исследования появились признаки поражения органов — мишеней (изменения сетчатки глаза). Через 2 года начальные проявления АГ были отмечены у 5 пациентов I гр. и у 8 из II, выявлены изменения со стороны почек, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Выводы. Выявленные ортостатические реакции АД и изменения вариабельности 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.

263 ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ

Хайретдинова Т. Б., Павлова М. К.

ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздрава РФ, Уфа; МУ «Центральная районная больница», Туймазы, Россия

Россия, лидируя по распространённости подросткового курения, определяется неблагоприятным прогнозом здоровья населения в ближайшем будущем. Курение является фактором риска сердечно-сосудистой патологии и одной из основных причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: изучение клинико-биохимических маркёров кардиоваскулярной патологии и их взаимовлияние у курящих подростков.

Материал 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 и диастолического артериального давления при 3-х-кратном измерении на основе процентильного распределения артериального давления для соответствующего возраста, пола и процентилия 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 сердечно-сосудистыми заболеваниями), 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 ($16,1 \pm 2,5$) мкм/л и ($14,2 \pm 2,1$) мкм/л соответственно и в группе подростков с отягощённой наследственностью ($11,3 \pm 1,8$) мкм/л по сравнению с контрольной группой некурящих ($8,5 \pm 2,3$) мкм/л, $P < 0,05$. Уровень гомоцистеина был повышенным у двух подростков с артериальной гипертензией ($15,1 \pm 2,1$) 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. Уровень гомоцистеина оказался повышенным у длительно и интенсивно курящих подростков с артериальной гипертензией и с отягощённой наследственностью.

264 ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ И ТОПИКИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хованская М. Н.¹, Горячева А. А.¹, Черненко Е. А.², Сидорова И. В.²

¹ГБОУ ВПО ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ, Смоленск; ²ООО «Лечебно-диагностическая клиника КардиоВита», Смоленск, Россия

Проблема диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) остается актуальной задачей, однако традиционная электрокардиография (ЭКГ) с регистрацией 12 стандартных отведений не всегда выявляет рубцовые изменения миокарда задне-базальной локализации левого и правого желудочка (ПЖ). Поверхностное электрокардиографическое (ЭКГ) картирование является способом записи и отображения пространственно-временного распределения потенциалов сердца, полученных из множества точек на поверхности тела пациента и представляет собой разновидность электрокардиографии.

Цель: оценить топику и глубину поражения миокарда у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) методом поверхностного ЭКГ-картирования.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ИБС, перенесших крупноочаговый (QMI) инфаркт миокарда задне-нижней локализации давностью от 1 до 8 лет (средний возраст больных $59,16 \pm 4,35$ лет). Всем пациентам, кроме стандартной ЭКГ и эхокардиографии, проведено поверхностное ЭКГ-картирование с регистрацией потенциалов от 60 точек поверхности тела с помощью диагностического кардиокомплекса «КАД-03» (г. Тверь, Россия).

Результаты и обсуждение. По данным стандартной ЭКГ, у всех больных были выявлены признаки перенесенного ИМ нижней стенки левого желудочка в виде патологического зубца Q во II, III и aVF отведениях (Q более 25% высоты зубца R в III отведении, и продолжительностью 0,03 с и более в этих отведениях). У 5 больных (16,7%) выявлены реципрокные изменения на ЭКГ в виде увеличения амплитуды зубцов R в правых грудных отведениях, что косвенно отражает вовлечение в патологический процесс задней стенки левого желудочка. Результаты исследований с применением метода ЭКГ-60 показали, что признаки рубцовых изменений миокарда в виде патологического зубца Q в области задней стенки левого желудочка выявлены у 84% обследованных. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при нижне-диафрагмальном поражении ЛЖ вовлечение ниже-диафрагмальных отделов ПЖ наблюдалось у 20 больных (68%).

Заключение. Метод поверхностного ЭКГ-картирования обладает следующими преимуществами по сравнению с обычной стандартной ЭКГ: определение инфарктных или рубцовых изменений при локализации их в труднодоступных областях миокарда (задняя стенка и задне-базальные отделы левого желудочка, правый желудочек), определение более четкой топики и глубины поражения у больных ИБС. Исследование изменений в миокарде с помощью ЭКГ-картирования раскрывает большие возможности для неинвазивной топической диагностики патологических процессов в мышце сердца.

265 МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНЫЙ КРОВОТОК У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цигулева О. А., Попова Л. В.*, Антонович Н. И.*

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; *Алтайская краевая клиническая больница, Барнаул, Россия

Подъем артериального давления в период беременности — серьезная проблема для терапевта и акушера-гинеколога. Все

время ведется дискуссия о пользе и вреде гипотензивных препаратов для плода. Контроль за уровнем артериального давления необходимо осуществлять, не только путем измерения АД у матери, но исследуя маточно-плацентарный кровоток плода методом доплерометрии.

Цель: сравнительный анализ показателей доплерометрии у беременных с гипертонической болезнью (ГБ) I степени, получавших и не получавших гипотензивные препараты, а также соматически здоровых беременных, поступивших в АККБ с генитальной патологией.

Материал и методы. Нами обследовано 60 пациенток отделения патологии беременности АККБ при сроке гестации 30–32 недели. 1 группу составили 19 беременных с ГБ I степени, получавших гипотензивную терапию до поступления в стационар и во время пребывания в стационаре. 2 группу составили 18 беременных с ГБ I степени, не получавших гипотензивную терапию ранее и в период госпитализации. Контрольную 3 группу составили 23 беременные без признаков артериальной гипертензии.

Всем пациенткам проведено полное клинико-лабораторное обследование, а также доплерометрия с исследованием маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и внутриплодового кровотока.

Результаты. Средний показатель систоло-диастолического отношения (СДО) правой маточной артерии в 1 группе были достаточно выше ($2,32 \pm 0,2$), по сравнению со 2 группой ($1,70 \pm 0,2$; $p < 0,05$), так и с 3 группой ($1,72 \pm 0,3$). Таким образом, 1 и 2 группы фактически не отличались друг от друга. Среднее СДО правой и левой маточных артерий в 1 группе находились в состоянии ассиметрии: $2,32 \pm 0,2$ и $1,82 \pm 0,1$, чего не наблюдалось во 2 и 3 группах. СДО артерий пуповины в 1 группе было выше ($2,72 \pm 0,2$), чем во 2 группе ($2,15 \pm 0,3$) и 3 группе ($2,17 \pm 0,3$; $p < 0,05$). Показатели СДО аорты во всех трех группах достоверно не отличались. Таким образом, у беременных с ГБ I степени, получавших гипотензивную терапию, найдены нарушения маточно-плацентарного кровотока, а пациентки с ГБ I степени и тем же сроком гестации, не получавшие таких препаратов, имели маточно-плацентарный кровоток, соответствующий соматически здоровым беременным.

Также для беременных с ГБ I степени, принимавших гипотензивные препараты, была типична ассиметрия по маточным артериям. У пациенток 2 группы, не принимавших гипотензивные препараты, симметрия кровотока в маточных артериях сохранялась и соответствовала группе контроля.

Выводы. Таким образом, подъем АД у беременных со сроком гестации 30–32 недели до уровня ГБ I степени, по нашему мнению, носит компенсаторно-приспособительный характер. Артериальная гипертензия служит сохранению маточно-плацентарной перфузии и идет на благо плода, ввиду чего умеренный подъем АД не нуждается в лекарственной коррекции.

266 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Чевлянская О. Н., Дударев М. В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель: оценить распространенность факторов риска (ФР) сердечно сосудистых заболеваний (ССЗ) у молодых пациентов, имеющих повышенное артериальное давление (АД).

Материал и методы. Обследовано 26 молодых пациентов с повышенным АД (10 женщин и 16 мужчин, средний возраст — $22,4 \pm 3,2$ года). В исследование не включались беременные и больные с симптоматической артериальной гипертензией (АГ). Исходно всем пациентам проводился сбор анамнеза, тонометрия, оценка антропометрических

показателей, параметров ЭКГ, биохимическое исследование крови: глюкоза в плазме крови натощак, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), мочевая кислота; оценивался уровень суточной альбуминурии.

Результаты. В группе обследованных среднее значение систолического АД составило $135,7 \pm 6,6$ мм рт.ст., диастолического — $82,1 \pm 10,1$ мм рт.ст. Высокое нормальное АД зафиксировано у — 46,2% обследованных, АГ I-й степени — у 53,8%. Длительность повышения АД (по данным анализа медицинской документации) составила в среднем 2,9 лет. Повышение АД сопровождалось клинической симптоматикой у 65,4%. Наиболее часто пациенты жаловались на головную боль (88,2%), слабость (58,8%), тошноту (29,4%) и головокружение (23,5%); кардиалгии отмечали 11,8% обследованных. Среди обследованных курили 30,8%. Отягощенный семейный анамнез по ранним ССЗ отмечен в 65,4% случаев. Значения индекса массы тела (ИМТ) в пределах $25,0$ – $29,9$ кг/м² регистрировались у 38,5% обследованных, ожирение I степени — у 3,8%. Гипергликемия натощак зафиксирована у 21,7% обследованных, повышение уровня ОХС (> 5 ммоль/л) — у 20,8%, ЛПНП (> 3 ммоль/л) — у 16,7%. Значимые отклонения сыровороточных уровней ЛПВП и ТГ отмечались в 7,7% случаев. Ни у одного из обследованных не зафиксировано признаков гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ. Альбуминурия, превышающая 15 мг/сут, выявлена у 38,5% обследованных, в 19,2% случаев уровень альбуминурии превышал 30 мг/сут. Гиперурикемия зарегистрирована лишь у 1 обследованного. Повышенное АД как единственный ФР встречался у 11,5% обследованных, сочетание АГ с одним ФР — у 23,1%, с двумя ФР — у 42,3%, с тремя ФР — у 15,4%, с четырьмя ФР — у 7,7%.

Заключение. У молодых пациентов повышенное АД наиболее часто ассоциируется с отягощенным семейным анамнезом, курением, повышенным ИМТ, гипергликемией и дислипидемией. Отмечена тенденция к кластеризации ФР. Наши результаты свидетельствуют, что для обследуемых пациентов характерно раннее вовлечение в патологический процесс почек.

267 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС В УСЛОВИЯХ КЛИМАТОБАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО КУРОРТА

Черкашина И. В., Никитин М. В., Коптягина Л. Г.

Филиал «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздрава России, Геленджик, Россия

Реабилитация больных, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда, является одной из самых приоритетных задач здравоохранения. Новым и активно развивающимся вспомогательным методом лечения и кардиореабилитации, несмотря на достаточно давно известные теоретические предпосылки и экспериментальные исследования, является усиленная наружная контрпульсация (УНКП). Накопленный к настоящему времени опыт свидетельствует о возможности эффективного терапевтического использования метода в послеоперационной реабилитации больных ИБС с целью коррекции ишемии миокарда и сердечной недостаточности в условиях климатобальнеологического санатория.

Цель: оптимизация послеоперационной реабилитации больных ИБС, путем разработки новых медицинских технологий с включением наружной контрпульсации, матричной инфракрасной лазеротерапии и газовых углекислых ванн

Задачи: изучить влияние вышеуказанных медицинских технологий на основные клинические проявления ИБС

после реваскуляризации миокарда; определить показания и противопоказания к использованию в комплексной послеоперационной реабилитации УНКП, матричной инфракрасной лазеротерапии и газовых углекислых ванн.

Материал и методы. 10 пациентов с ИБС, устойчивой стенокардией II–IV ФК (9 мужчин и 1 женщина, средний возраст $53,5 \pm 3,6$ лет), перенесших АКШ и ЧКВ (коронарное стентирование), прошли полный курс реабилитации включающей УНКП- 15 часов, матричную инфракрасную лазеротерапию № 10 и газовые углекислые ванны № 10. До и после курса санаторно-курортной реабилитации проводилось общеклиническое исследование с ВЭМ-пробой, суточным ЭКГ-мониторированием по Холтеру, психологическое обследование с помощью теста САН. Исследование выполнялось на базе филиала СКК “Вулан” ФГБУ “РНЦ МРиК” Минздрава России.

Результаты. Все пациенты отметили субъективное улучшение самочувствия, уменьшились количество приступов стенокардии и потребность в нитратах на 45%, повысилась толерантность к физической нагрузке. По данным суточного ЭКГ-мониторирования отмечено уменьшение средней частоты сердечных сокращений и эпизодов наджелудочковых тахикардий.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о достаточной эффективности и безопасности применения комплексной санаторно-курортной реабилитации больных с ИБС, однако, существуют определённые трудности в организации направления данной категории пациентов на этап санаторно-курортной реабилитации из специализированных медицинских учреждений, что не позволяет в полной мере использовать возможности многих отечественных здравниц.

268 ВЛИЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ НА ТЕМП СТАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.

ГБОУ ВПО “Астраханская государственная медицинская академия” Минздравсоцразвития, Астрахань, Россия

Цель: изучение влияния перекисного окисления липидов (ПОЛ) на темп старения у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Нами было обследовано 270 пациентов с МС в возрасте от 30 до 60 лет – 48,0 (42,0; 53,0) лет, из них 162 мужчины и 108 женщин. Диагностика МС была основана на критериях, представленных в рекомендациях экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению МС (2009 г.). Мы разделили всех пациентов с МС на группы: 1 группа – пациенты с индексом массы тела (ИМТ) от 30 до 39,9 (I–\$51 степень ожирения) – 181 пациент (67,04%), 2 группа – пациенты с ИМТ от 40 и выше (III и более степень ожирения) – 89 пациентов (32,96%). В первой группе индекс массы тела составил 34,69 (31,95; 36,24), во второй группе 41,15 (40,35; 42,25), $p < 0,05$. Группу контроля составили 70 здоровых человек, сопоставимые по возрасту 47,0 (40,0; 52,0) лет и полу (40 мужчин (57,14%) и 30 женщин (42,86%)) с больными с МС. Для изучения ПОЛ использовали набора Lipid Hydroperoxide (LPO) Assay Kit для определения содержания гидроперекиси липидов в сыворотке крови методом ИФА. Для диагностики темпа старения рассчитывали коэффициент скорости старения (КСС) и биологический возраст (БВ) по формулам Горелкина А. Г. и Пинхасова Б. Б. При КСС более 1,05 процессы старения идут преждевременно, т. е. темп старения ускорен. Если показатель биологического возраста опережает календарный (КВ), то мы сталкиваемся с преждевременным старением.

Результаты. В первой группе ИМТ составил 34,69 (31,95; 36,24), во второй группе 41,15 (40,35; 42,25), данные показатели статистически значимо отличаются между собой и группой контроля 24,52 (21,34; 24,75), $p < 0,001$. По содержанию

гидроперекисей липидов в сыворотке крови складывается аналогичная ситуация – 2,15 (1,7; 3,19) мкМ, 4,85 (2,82; 5,9) мкМ и 0,5 (0,45; 0,6) мкМ, $p < 0,001$. КСС в 1 группе составляет 1,25 (1,1; 1,4), во второй группе – 1,52 (1,35; 1,6), группе контроля КСС составил 0,96 (0,9; 1,01), $p < 0,001$. У 25 пациентов (13,8%) 1 группы КСС находится в диапазоне от 0,95 до 1,05 скорость старения норме, во 2 группе у всех пациентов темп старения ускорен. Ускоренный темп старения привел к увеличению БВ. При этом БВ опережает КВ в 1 группе на 4,1 года, во 2 группе на 7 лет. У пациентов с МС в 1 группе КВ составил 47,0 (40,0; 54,0) лет, а БВ достиг 51,1 (44,9; 58,8) лет. Во 2 группе КВ 48,5 (43,0; 54,0) лет, а БВ 55,5 (50,4; 61,2) лет. При проведении корреляционного анализа установлена сильная прямая связь между уровнем гидроперекисей липидов и индексом массы тела, БВ и КСС – ($r=0,77$, $p < 0,05$), ($r=0,69$, $p < 0,05$), (0,65, $p < 0,05$), – при нарастании ИМТ происходит усиление инсулинорезистентности, которая приводит к интенсификации ПОЛ и способствует преждевременному старению.

Выводы. Интенсифицированный процесс ПОЛ у пациентов с МС приводит к увеличению темпа старения и развитию преждевременного старения.

269 ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.

ГБОУ ВПО “Астраханская государственная медицинская академия” Минздравсоцразвития, Астрахань, Россия

Цель: изучение окислительного стресса у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Нами было обследовано 270 пациентов с МС в возрасте от 30 до 60 лет – 48,0 (42,0; 53,0) лет, из них 162 мужчины и 108 женщин. Диагностика МС была основана на критериях, представленных в рекомендациях экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению МС (2009 г.). Группу контроля составили 70 здоровых человек, сопоставимые по возрасту 47,0 (40,0; 52,0) лет и полу (40 мужчин (57,14%) и 30 женщин (42,86%)) с пациентами с МС. Интенсивность окислительного стресса диагностировали с помощью набора для ИФА PeroX – определяли уровень перекисей в сыворотке крови (происходит реакции пероксидизации с перекисями, присутствующими в образце, с последующим преобразованием тетраметилбензидина в окрашенный продукт) – если содержание перекиси менее 180 мкмоль/л – низкий окислительный стресс, от 180 до 310 мкмоль/л – средний окислительный стресс, более 310 мкмоль/л – высокий окислительный стресс.

Результаты. Имеются статистически значимые отличия по всем исследуемым показателям, используемым для диагностики МС, между пациентами с МС и группой контроля. Соответственно: окружность талии – 120,5 (111,0; 133,0) см и 88,0 (76,0; 92,0) см; окружность бедер – 95,0 (119,0; 135) см и 95,0 (93,0; 98) см; индекс массы тела – 33,91 (31,82; 40,38) и 23,91 (21,33; 24,66); триглицериды сыворотки крови – 2,48 (2,12; 3,19) ммоль/л и 1,33 (1,21; 1,45) ммоль/л; глюкоза сыворотки крови – 5,4 (5,1; 5,9) ммоль/л и 4,7 (4,5; 4,9) ммоль/л, систолическое артериальное давление – 151,0 (147,0; 155,0) мм рт.ст. и 110,0 (107,0; 117,0) мм рт.ст.; диастолическое артериальное давление – 95,0 (94,0; 100,0) мм рт.ст. и 70,0 (65,0; 74,0) мм рт.ст.; инсулин сыворотки крови – 36,92 (29,46; 52,44) мкЕд/мл и 10,13 (8,9; 11,6) мкЕд/мл, $p < 0,05$.

Общее содержание H_2O_2 в сыворотке крови у пациентов с МС достигло 381,72 (344,7; 482,81) мкмоль/л, в группе контроля 203,79 (187,5; 269,87) мкмоль/л, $p < 0,05$. Кроме этого, только у 1 пациента (0,3%) с МС окислительный стресс протекает на низком уровне, 18 пациентов (6,7%) – окислительный стресс средней интенсивности, оставшиеся 251 пациент (93%) находятся в состоянии высокого окислительного стресса.

Выводы. У пациентов с метаболическим синдромом содержание H_2O_2 в сыворотке крови достигло 381,72 (344,7;

482,81) мкмоль/л, что свидетельствует о состоянии высокого окислительного стресса.

270 ВЛИЯНИЕ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ФЕНОМЕН ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ

Чиньбаева А. А.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: сравнительная оценка влияния Метопролола и небиволола на феномен ишемического preconditionирования у больных нестабильной стенокардией

Материал и методы. В исследование включено 40 больных с нестабильной стенокардией. На 5–6 сутки поступления больных в стационар после стабилизации состояния пациента осуществлялось холтеровское мониторирование ЭКГ. Во время мониторирования производились дозированные физические нагрузки (лестничные пробы). Определяли: количество эпизодов депрессии сегмента ST, их суммарную продолжительность (в мин), средний уровень депрессии сегмента ST (мкВ*мин), объем выполненной работы (ОВР), длительность нагрузки, мощность, ОВР до появления депрессии сегмента ST, равной 1 мм, депрессия ST при идентичном ОВР, длительность нагрузки до идентичной депрессии ST. Методом случайного распределения 20 больным был назначен Метопролол в суточной дозе 100 мг и 20 пациентам был назначен небиволол в суточной дозе 100мг.

Результаты. Небиволол действует эффективнее чем метопролол, сокращая время продолжительности депрессии (на 45%) и время восстановительного периода (на 41%). Метопролол так же благоприятно влияет на феномен ИП, однако его эффективность слабее (30% и 31%) Средний исходный уровень ОВР у больных нестабильной стенокардией до применения небиволола и метопролола составил 210 кгм. Через 3 часа после приема 100мг небиволола у первой группы больных средний уровень ОВР составил 725 кгм. Прирост ОВР на максимуме действия препарата составил 97% от среднего исходного уровня и почти в 5 раз превысил спонтанный прирост, что говорит об эффективности препарата. У больных принимавших метопролол через 3 часа после приема препарата ОВР составил 645 кгм. Прирост ОВР на максимуме действия препарата составил 88% от среднего исходного уровня, что почти в 4 раза превышает спонтанный прирост.

Выводы. Таким образом, метопролол и небиволл потенцируют феномен ишемического preconditionирования, при этом небиволол на данный феномен действует эффективнее, чем метопролол.

271 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Чистякова М. В., Говорин А. В., Гончарова Е. В., Радаева Е. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последнее десятилетие во всем мире отмечается значительный рост хронических вирусных гепатитов (ХВГ) с прогрессированием данного заболевания в сторону развития цирроза печени и формированием легочной гипертензии. Истинная распространенность легочной гипертензии у больных с вирусными гепатитами неизвестна, а ее патогенетические механизмы не вполне ясны.

Цель: изучение особенностей развития легочной гипертензии у больных с умеренной степенью активности и стадией фиброза ХВГ в зависимости от типа нарушения диастолического наполнения правого желудочка.

Материал и методы. Обследовано 87 пациентов (65% мужчин, 35% женщин) с хроническим вирусным гепатитом, паци-

енты на момент обследования имели умеренную степень активности, умеренную стадию фиброза печени и 10 практически здоровых человека. Средний возраст больных составил $48,3 \pm 2,6$ лет, длительность заболевания $4,1 \pm 2,01$ года. Всем больным проводилось обследование на аппарате Vivid S5. Методом ЭхоКГ определялись следующие показатели: СДЛА измеряли по скорости трикуспидальной регургитации. Диастолическую функцию правого желудочка определяли по скорости транс трикуспидального потока: определяли пики Е, см/с; А, см/с; Е/А усл.ед.; время изоволюметрического расслабления миокарда, и время замедления первого потока. Методом тканевой доплер эхокардиографии определяли движение трикуспидального фиброзного кольца из апикальной позиции. Рассчитывались систолический и диастолические индексы: максимальная скорость второго позитивного пика Sm, максимальная скорость первого негативного пика Em, максимальная скорость второго негативного пика Am, отношение Em/Am, время перед сокращением миокарда ivs. Время релаксации ivr.

Результаты. В литературе практически не встречаются сведения о распространенности легочной гипертензии у больных с ХВГ умеренной степенью активности и стадией фиброза печени, в нашем исследовании она составила 39%. При анализе диастолической функции ПЖ у больных с ХВГ установили, что нарушение диастолической функции – это довольно частый феномен, при этом распространенность его не зависит от наличия ЛГ (диастолическая дисфункция ПЖ выявлена у 37% и 14% у пациентов с ЛГ без нее, соответственно. Полученные результаты согласуются с данными литературы. В то же время нам не удалось выявить работ, в которых оценивалось бы встречаемость ДД ПЖ установленной методом ТДэхоКГ в зависимости от степени ЛГ, данное нарушение выявлено у 72% и 56% с легочной гипертензией и без нее, соответственно. При проведении корреляционного анализа установлено, что скорость раннего наполнения ПЖ коррелировала с систолическим давлением в ЛА коэффициенты корреляции составили от 0,40 до 0,96, $P < 0,05$.

Выводы. У пациентов с умеренной степенью активности и стадией фиброза ХВГ осложненной наличием умеренной ЛГ формируется нарушение функции диастолы, в большей степени данные нарушения выявлены у пациентов с наличием ЛГ (39%). Наличие легочной гипертензии коррелирует с функциональным состоянием правого желудочка.

272 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Чистякова М. В., Говорин А. В., Гончарова Е. В., Радаева Е. В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последние десятилетия во всем мире отмечается значительный рост вирусных гепатитов с дальнейшим прогрессированием и развитием цирроза печени с портальной гипертензией, и высоким риском смертельных осложнений. Уникальность ангиоархитектоники печени, объединяющей портальную, кавальную, артериальную, лимфатическую и билиарную системы в единое целое, состоит в том, что печеночная гемодинамика чрезвычайно к любому воздействию на организм, а ее нарушения могут влиять на функцию сердечно-сосудистой системы. До последнего времени остаются неясными особенности нарушений функции миокарда при хронических заболеваниях печени.

Цель: изучение влияния данного заболевания на некоторые параметры эндотелиальной функции у больных с циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии класса С.

Материал и методы. Обследовано 29 пациентов (73% мужчин, 27% женщин) с вирусным циррозом печени пациенты на момент обследования имели активность ЦП класса С согласно критериям Чайлд-Пью и 10 практически здоровых человека. Средний возраст больных составил $42,1 \pm 2,4$ лет, длительность заболевания $5,4 \pm 2,2$ года. Всем больным проводилось обследование на аппарате Vivid S5. Исследование

эндотелия проводили в режиме двухмерного сканирования диаметра плечевой артерии в покое. Использовали пробу с реактивной гиперемией. Наличие дисфункции эндотелия регистрировалось при значении эндотелийзависимой вазодилатации менее 10%.

Результаты. При исследовании сосудодвигательной функции эндотелия у всех пациентов было получено качественное изображение ПА, что позволило оценить диаметр сосуда, скорость кровотока, и рассчитать эндотелийзависимую вазодилатацию. По диаметру ПА и скорости кровотока до проведения пробы достоверных отличий не установлено. При проведении пробы с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая реакция) увеличение диаметра к исходному было достоверно меньше у 39% пациентов по сравнению с контролем, ($p < 0,05$), у 29% диаметр не изменялся, у остальных установлена парадоксальная реакция плечевой артерии: в ответ на компрессионную пробу вместо дилатации имела место вазоконстрикция. В группе здоровых потокозависимая вазодилатация составила 18%. Таким образом, обнаружено достоверное редуцирование эндотелий-зависимых механизмов в группе больных в ответ на осуществление окклюзионной пробы у пациентов с вирусным циррозом печени вместо дилататорных реакций, имевших место в контрольной группе. Данные изменения не зависели от возраста и пола пациентов, продолжительности заболевания. Эти данные, возможно, могут свидетельствовать о выраженной дисфункции эндотелия.

Выводы. У больных с вирусным циррозом печени класса С в результате повреждающего действия вируса гепатита происходят закономерные нарушения в эндотелий-зависимых механизмах регуляции тонуса сосудов, возникающая несостоятельность нитрооксидэргических механизмов регуляции тонуса сосудов прогрессирует и склоняя равновесие в пользу вазоконстрикторных влияний, делая регуляцию периферического кровообращения неадекватной метаболическим запросам тканей.

273 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ И ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Чудинова Л. Н.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Цель: исследование вариабельности и степени ночного снижения (СНС) артериального давления (АД) у больных с бронхообструктивным синдромом на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) разной степени тяжести.

Материал и методы. Суточное мониторирование АД (СМАД) проведено двум группам больных ХОБЛ 2–4 степени тяжести по критериям GOLD 2010, средний возраст — $61,4 \pm 1,01$ лет и в контрольной группе, сформированной из 16 практически здоровых людей, средний возраст $59,6 \pm 1,3$ л, имеющих показатель ОФВ₁ более 80% от должных величин. Группы больных ХОБЛ формировались на основании величины объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) по отношению к должным величинам в процентах: 1-я группа — 55 больных ХОБЛ с ОФВ₁ более 50% от должных величин, 2-я группа — 54 пациента с уровнем ОФВ₁ 50% и ниже. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. СМАД проводилось с помощью кардиорегистратора КТ-04-АД-3 (Н) «Инкарт» (г. Санкт-Петербург, Россия). Интервал между измерениями составлял 15 мин. в период с 7 до 23 ч., и 30 мин — в период с 23 до 7 ч. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы Statistica 7.0.

Результаты. Значения СНС как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД, в исследуемых группах у боль-

ных ХОБЛ достоверно не различались, однако у лиц 1-й группы полученные значения были выше. По величине СНС ДАД обе исследуемые группы можно отнести к категории dipper (диппер), так как значения показателя в них находились в промежутке от 10% до 20%: в 1-й группе средние значения СНС ДАД составляли $10,2 \pm 1,5\%$, во 2-й — $10,0 \pm 1,3\%$. В то же время значения СИ САД у большинства обследуемых пациентов были ниже 10%: в 1-й группе — у 58,2%, во 2-й группе — у 77,5%, что оказало влияние на среднегрупповые величины показателя — $6,9 \pm 0,9\%$ и $4,8 \pm 0,9\%$ соответственно. Следовательно, циркадный ритм САД в исследуемых группах соответствует категории non-dipper (не-дипперов), свидетельствующий о недостаточном снижении САД в ночное время. По значениям СНС как САД, так и ДАД лиц контрольной группы можно отнести к категории дипперов, средние значения показателя составили $11,6 \pm 2,5\%$ и $13,5 \pm 3,5\%$ соответственно. В сравнении с ними величины СНС САД у лиц как в 1-й, так и во 2-й группе были достоверно ниже ($p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно). Средние величины вариабельности как САД, так и ДАД у больных ХОБЛ не превышали рекомендуемых нормативов как в период бодрствования, так и во время сна. В то же время при сравнении с группой контроля вариабельность ДАД за период бодрствования была достоверно выше в обеих исследуемых группах ($p < 0,05$).

Выводы. Увеличение бронхиальной обструкции при ХОБЛ сопровождается изменениями циркадного ритма АД в сторону повышения САД в период сна и сопровождается ростом вариабельности ДАД, что может являться начальными проявлениями формирующейся «пульмоногенной» артериальной гипертензии.

274 ОСЛОЖНЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Чумак Е. Л.^{1,2}, Сердечная Е. В.²

¹ФГБУЗ СМКЦ им. Н. А. Семашко ФМБА России, Архангельск; ²ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель: оценить частоту развития кровотечений у пациентов с фибрилляцией предсердий, принимавших варфарин и изучить взаимосвязь между факторами риска кровотечений и назначением антикоагулянтной терапии

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 304 пациентов (205 мужчин и 99 женщин) с фибрилляцией предсердий, проходивших лечение в ФГБУЗ СМКЦ им. Семашко ФМБА России в период с января 2007 года по декабрь 2011 года. Для оценки риска кровотечений была применена шкала HAS-BLED, в соответствии с которой все пациенты были разделены на четыре группы: первая группа — значение индекса равно 0, вторая — 1, третья — 2, четвертая — значение индекса ≥ 3 баллов. Множественная логистическая регрессия была использована для оценки влияния факторов риска развития кровотечений на назначение антикоагулянтной терапии. Рассчитано грубое и скорректированное на потенциальные смешивающие факторы отношение шансов (ОШ) и 95% доверительные интервалы (ДИ).

Результаты. Антикоагулянтная терапия была назначена 112 пациентам. За время терапии варфарином наблюдалось 3 (2,7%) случая крупных кровотечений (желудочно-кишечное кровотечение) и 22 (19,6%) случая малых кровотечений. Скорректированное отношение шансов назначения антикоагулянтной терапии уменьшалось с увеличением количества баллов по шкале HAS-BLED (ОШ=0,78; 95% ДИ: 0,31, 1,96, ОШ=0,39; 95% ДИ: 0,12, 1,32, ОШ=0,07; 95% ДИ: 0,01, 0,53 для значения индекса равного 1 баллу, равного 2 баллам и значения индекса ≥ 3 баллов соответственно).

Выводы. Частота развития кровотечений как осложнение антикоагулянтной терапии остается на достаточно высоком

уровне. Установлена обратная взаимосвязь между количеством баллов по шкале HAS-BLED и назначением антикоагулянтной терапии.

275 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.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 100 мужчин и 200 женщин с артериальной гипертензией, из них у 78% выявлено кризовое течение. Средний возраст пациентов $72,14 \pm 4,0$ 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 оказалась 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.

276 ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Чуприна С. Е., Попова Д. О., Елецкая О. В.
ГУЗ ВОКБ № 1, Воронеж, Россия

По данным разных авторов овальное окно остаётся открытым у 20–30% людей зрелого возраста. Однако у пациентов с инсультами неизвестной этиологии частота встречаемости открытого овального окна значительно выше — приблизительно 40%. Обращает на себя внимание молодой возраст лиц, перенесших ишемический инсульт на фоне дефектов межпредсердной перегородки, что определяет актуальность данной проблемы в вопросах этиологии острого нарушения мозгового кровообращения и тактики вторичной профилактики.

Цель: изучить возрастную структуру, половой диморфизм, тяжесть течения инсульта при открытом овальном окне в Воронежском регионе.

Материал и методы. Обследовано 20 больных с ишемическим инсультом, ассоциированным с функционирующим овальным окном, находящихся на лечении в региональном сосудистом центре Воронежской областной клинической больницы № 1. Всем пациентам проведены компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга, трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, билатеральное мониторирование кровотока в средних мозговых артериях с эмболодетекцией, ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Тяжесть неврологических нарушений определялась с помощью шкалы Американского национального института здоровья (NIHNS), психологический статус оценивался по шкалам Бека и Гамильтона.

Результаты. Средний возраст больных составил 48,8 лет, среди них 8 мужчин и 12 женщин. У всех обследованных в анамнезе есть указания на психо-эмоциональные нагрузки, предшествующие острому нарушению мозгового кровообращения, у 14 — выявлены лёгкие или умеренные депрессивные симптомы, 6 человека отмечали значительную физическую активность перед развитием клиники инсульта. У 10 пациентов при проведении билатерального мониторирования кровотока по средним мозговым артериям получены данные за наличие микроэмболов в количестве от 4 до 7, что не позволяет однозначно сделать заключение о прямой связи между наличием дефекта межпредсердной перегородки и возникновением инсульта. В первые сутки средний балл по шкале NIHNS составил: у мужчин — 6,8, у женщин — 4,18. Очаг ишемии во всех случаях был в структурах головного мозга, кровоснабжаемых из бассейна основной артерии. Количество очагов от 1 до 3. У 4 больных верифицировано открытое овальное окно в аневризме межпредсердной перегородки, что сопровождалось более выраженным неврологическим дефицитом (средний балл по шкале NIHNS — 5, 85) в сравнении с лицами без аневризматического выбухания МПП (средний балл по шкале NIHNS — 4, 65). У всех обследованных ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей не выявило патологии со стороны артериальной и венозной систем.

Заключение. При наличии функционирующего овального окна острое нарушение мозгового кровообращения преимущественно возникает у людей молодого возраста на фоне психо — эмоциональных или физических нагрузок, при этом не выявлено достоверной разницы в частоте встречаемости инфаркта мозга среди пациентов мужского и женского пола. Отмечено более тяжёлое течение инсульта у мужчин, а также у лиц с сочетанием открытого овального окна и аневризмы межпредсердной перегородки. Отсутствие патологии вен нижних конечностей не исключает функционирующее овальное окно как фактор риска церебральной ишемии, поскольку выявление других источников парадоксальной эмболии технически невозможно. Таким образом, полученные результаты говорят о необходимости дальнейшего изучения проблемы с целью выработки тактики первичной и вторичной профилактики сосудистых осложнений при дефектах межпредсердной перегородки.

277 ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТИРУЕМОГО АППАРАТА ДЛИТЕЛЬНОГО

МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ДЛЯ ДЕТЕКЦИИ РЕЦИДИВОВ АРИТМИИ И ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ РАННЕЙ ПОВТОРНОЙ АБЛАЦИИ ПО ПОВОДУ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Шабанов В. В., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Стенин И. Г.,
Елесин Д. А., Стрельников А. Г., Шелудько А. В., Покушалов Е. А.
ФГБУ “ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина” Минздрава
России, Новосибирск, Россия

Цель: целью данного проспективного рандомизированного исследования явилось определение оптимального подхода в лечении пациентов с ранними рецидивами ФП после первой процедуры.

Материал и методы. В исследование были включены 306 пациентов, которым выполнялась изоляция устьев легочных вен и имплантация аппарата для длительного мониторингирования сердечного ритма. Пациенты были разделены на две основные группы. В 1 группу включались пациенты, у которых в раннем послеоперационном периоде не было рецидивов аритмии, во 2 группу пациенты с рецидивами. В свою очередь пациенты 2 группы были рандомизированы на 3 и 4 группы. Пациенты 3-й группы принимали только антиаритмическую терапию (ААТ), абляция в раннем послеоперационном не выполнялась. В 4-й группе терапия в раннем послеоперационном периоде выбиралась в зависимости от механизма возникновения ФП по данным аппарата длительного мониторингирования сердечного ритма: при самопроизвольном возникновении ФП пациенту назначалась только ААТ, если ФП была спровоцирована триггерной активностью — выполнялась повторная абляция. Пациенты с ФП $\leq 0,5\%$ по данным аппарата длительного мониторингирования сердечного ритма считались респондерами.

Результаты. По окончании 12-ти месячного периода наблюдения, 120 (95%) из 129 пациентов 1 группы были респондерами. Среди 88 пациентов 3 группы, только 29 (33%) пациентов были респондерами ($p < 0,001$ в сравнении с 1 группой). В 4-й группе 71 (80%) из 89 пациентов были респондерами ($p = 0,001$ в сравнении с 1 группой; $p < 0,0001$ в сравнении с 3 группой). В третьей группе 24 (69%) из 35 пациентов с внезапным началом ФП были респондерами, и только 6 (8%) из 53 пациентов с триггерным началом ФП ($p < 0,0001$ в сравнении с внезапным началом ФП. В 4 группе, 22 (63%) из 32 пациентов с внезапным началом ФП были респондерами ($p = 0,38$ в сравнении с внезапным началом ФП в 3 группе). Среди 57 пациентов с триггерной индукцией ФП, 49 (89%) пациентов были респондерами ($p = 0,003$ в сравнении с внезапным началом ФП; $p < 0,0001$ в сравнении с триггерным началом ФП у пациентов 3 группы).

Выводы. Пациенты, с рецидивами ФП после первичной процедуры абляции, вызванные триггерным механизмом, имеют отдаленную высокую эффективность после повторной ранней абляции.

278 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ С МАРКЕРАМИ СОСУДИСТОГО МИКРОВОСПАЛЕНИЯ И ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Шаврин А. П.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

Цель: изучить взаимоотношения психоэмоциональных факторов с показателями внутрисосудистого микровоспаления и изменениями сосудистой стенки у практически здоровых лиц.

Материал и методы. У 213 практически здоровых лиц в возрасте от 30 до 60 лет проведено исследование психоэмоционального состояния с помощью госпитальной шкалы тре-

воги и депрессии и тесту Люшера. По сумме симптомов депрессии, тревоги и астении определяли уровень психоэмоционального напряжения (ПЭН). Наличие и выраженность воспаления оценивали по количеству С-реактивного белка (СРБ) и цитокинов: фактора некроза опухоли альфа (ФНО-), интерлейкинов (ИЛ) —1, —4, —8, которые определяли иммуноферментным методом тест-системами SeroELISA (США). Исследование сосудистой стенки брахиоцефальных артерий для определения толщины комплекса интима-медиа (КИМ) проводили на аппарате Aloka 5000 (Япония) линейным датчиком 7–10 МГц в В-режиме.

Результаты. Обследуемые пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу образовали 98 человек (45 мужчин и 53 женщины, средний возраст $43,9 \pm 0,9$ года), у которых имелись симптомы тревоги, депрессии и/или астении. При анализе структуры психоэмоциональных нарушений в этой группе выявлены симптомы тревоги у 59 (60,2%), депрессии у 68 (69,4%), астении у 74 (75,5%) пациентов. Суммарный показатель ПЭН в 1-й группе составил $3,8 \pm 0,1$ усл. ед. Во 2-ю группу вошли 75 пациентов (32 мужчины и 43 женщины, средний возраст $42,1 \pm 0,8$ года, $p = 0,32$), не имевших психоэмоциональных нарушений. Толщина КИМ в первой группе составила $0,81 \pm 0,02$ мм, во второй — $0,62 \pm 0,01$ мм ($p = 0,001$). Показатель, отражающий нарушения в социальном статусе человека, в 1-й группе был выше, чем во 2-й, и составил $3,7 \pm 0,3$ усл. ед. против $2,9 \pm 0,1$ усл. ед. ($p = 0,01$). Кроме увеличения толщины КИМ, 1-я группа характеризовалась повышением маркеров воспаления. Уровень СРБ составил $3,7 \pm 0,01$ и $1,01 \pm 0,04$ мкг/мл соответственно ($p = 0,01$). Также отмечалось увеличение количества в крови провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-8, ФНО-. Данные корреляционного анализа указывают на наличие взаимосвязи между психоэмоциональными факторами и маркерами воспалительного процесса. Так, количество СРБ в крови прямо коррелирует с уровнем тревоги ($r = 0,51$, $p < 0,05$) и астении ($r = 0,46$, $p < 0,05$). Концентрация ФНО- коррелирует с выраженностью депрессии ($r = 0,56$, $p < 0,05$). Следует отметить наличие прямой умеренной степени выраженности взаимосвязи между толщиной КИМ и депрессивными проявлениями ($r = 0,65$, $p < 0,05$) и выраженностью тревоги ($r = 0,74$, $p < 0,05$). При этом во 2-й группе таких взаимосвязей не обнаружено.

Заключение. Таким образом, у практически здоровых пациентов с наличием психоэмоциональных нарушений (депрессия, тревога, астения) отмечаются развитие латентного внутрисосудистого воспаления и увеличение толщины КИМ стенки сосуда.

279 ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО В 2012 ГОДУ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Шалаягин Ю. Д., Иванова Е. С.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО “Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации”, Москва, Россия

С октября по ноябрь 2012 года в Московской области был проведен пилотный проект “Диспансеризация взрослого населения”, который имел целью апробацию модели диспансеризации взрослого населения в условиях АПУ первичной медико-санитарной помощи, построенной по участковому принципу. Техническое задание для пилотного проекта было разработано рабочей группой под руководством Главного специалиста по профилактической медицине Минздрава России С. А. Бойцова. Содержание медицинских осмотров, предлагаемых для проведения в рамках диспансеризации, проводимых в два этапа (скрининг и дообследование), направлено на раннее выявление заболеваний, являющихся основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности

населения (сердечно-сосудистых, онкологических, некоторых других хронических неинфекционных заболеваний, туберкулеза) и факторов риска их развития.

Для проведения пилотного проекта были выбраны два муниципальных образования Московской области: город Подольск и Раменский район. В данных субъектах были определены АПУ, участвующие в пилотном проекте, и проведена соответствующая организационная работа по подготовке персонала, помещений и оборудования АПУ, были составлены списки и выработаны маршруты движения лиц, проходящих диспансерный осмотр. Всего в ходе пилотного проекта в три городские поликлиники г. Подольска и в две поликлиники Раменского района для проведения диспансерного осмотра обратились 3056 человек (2345, 76% женщины и 711, 24% мужчины). 2949 человек завершили 1-й этап и из них 1259 было направлено на 2-й этап диспансерного осмотра. (43%). 1 группа здоровья (практически здоровые лица, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении) была установлена у 11%, 2 группа (лица с риском развития заболеваний, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий) была установлена у 25% и 3 группа (лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении) была установлена у 64% лиц, прошедших диспансерный осмотр. В рамках 1 этапа обследования проводился опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, туберкулеза, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача с использованием анкеты. Среди выявленных факторов риска неинфекционных заболеваний преобладают факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, такие как избыточная масса тела и ожирение – 46%, гиперхолестеринемия – 34%, артериальная гипертензия – 33%, курение – 14%.

Таким образом, помимо апробации технологии организации и проведения диспансеризации взрослого населения, данный пилотный проект подтвердил широкую распространенность среди населения кардиоваскулярных рисков и подчеркнул важность проведения профилактических мероприятий, направленных на их снижение.

280 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Шандалин В. А., Гераскина Л. А., Фоякин А. В.

ФГБУ “Научный центр неврологии РАМН”, Москва, Россия

Цель: выявить прогностические факторы кардиальных осложнений в отдаленные сроки после ишемического инсульта.

Материал и методы. В проспективное исследование было последовательно включено 148 больных (94 мужчины, 54 женщины; средний возраст 59+/-12 лет) в первые 20 суток ишемического инсульта, имевших синусовый ритм. Всем выполнено детальное клиничко-инструментальное обследование, включая нейровизуализацию (КТ или МРТ головного мозга), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, трансторакальную эхокардиографию. На 21 сутки инсульта (окончание острого периода) проведено 24-часовое холтеровское мониторирование для выявления нарушений ритма сердца, ишемических изменений и оценки временных и спектральных характеристик variability сердечного ритма (BCP). Изучали: стандартное отклонение кардиоинтервалов (SDNN, мс), индекс SDNN (SDNNi, мс), долю пар кардиоинтервалов с разностью более 50 мс (pNN50, %), мощность в диапазоне высокочастотных (ВЧ), низкочастотных (НЧ) и очень низкочастотных (ОНЧ) колебаний (мс²). После выписки из стационара больным рекомендовали лечение в соответствии с современными принципами вторичной профилактики и каждые 3 месяца осуществляли телефонный опрос пациентов либо их родственников с использованием разрабо-

танной анкеты. В качестве кардиальных осложнений регистрировали острый инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, острую сердечную недостаточность, сосудистую смерть. Результаты представлены в виде медианы значений и межквартильного интервала.

Результаты. Продолжительность последующего наблюдения варьировала от 9 до 112 мес., медиана составила 35 [28;40] месяцев. Кардиальные осложнения зарегистрированы у 17 (11,5%) пациентов, начиная с 5 месяца наблюдения. Двухлетний кумулятивный риск кардиальных событий составил 8,3%, трехлетний – 10,5%, что ниже по сравнению с литературными данными. Установлено, что прогностическими факторами 3-летнего риска кардиальных осложнений являются возраст 62 года и старше, наличие ИБС, ранее перенесенный инсульт, значения SDNNi менее 34 мс, мощность ВЧ менее 46 мс², НЧ менее 212 мс² и ОНЧ менее 780 мс² (p<0,02).

Заключение. У пациентов, перенесших ишемический инсульт и имеющих синусовый ритм, 3-летний кумулятивный риск кардиальных осложнений составляет 10,5%. Пациенты пожилого и старческого возраста, имеющие повторные инсульты в анамнезе, ИБС и снижение на момент окончания острого периода инсульта временных и спектральных характеристик BCP относятся к категории лиц с неблагоприятным отдаленным прогнозом сердечно-сосудистых осложнений. Интенсивный мониторинг состояния пациентов методом телефонного интервью с использованием разработанного вопросника и коррекцией профилактических вмешательств может способствовать существенному улучшению прогноза.

281 ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шарафеев А. З., Рахматуллина Р. Н., Ким З. Ф., Абдрахманова А. И.

ГБОУ ДПО “Казанская государственная медицинская академия”, Казань, Россия

Цель: выявить степень атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) у женщин климактерического возраста с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезней и коронарограмм 3363 пациентов. В структуре обследованных пациентов, мужчин было 2346 (69,8%), женщин – 1017 (30,2%), из них – 382 (11,4%) – женщины климактерического возраста, которые и составили исследуемую группу. Пациенток со стенокардией напряжения было 282 (73,9%) (1 группа – ИБС 2 функциональный класс (ФК) – 103 (27,0%) пациентки; 2 группа – 3 ФК – 175 (45,8%); 3 группа – 4 ФК – 4 (1,0%)). 4 группа – 1 (0,3%) пациентка с впервые возникшей стенокардией. 5 группа – 2 (0,5%) пациентки с прогрессирующей стенокардией. 6 группа – 43 (11,3%) пациентки с ОИМ. 7 группа – 9 (2,4%) пациенток с нарушением ритма. 8 группа – 20 (5,2%) – с пекталгическим синдромом, 9 группа – 5 (1,3%) – с заболеваниями соединительной ткани, 10 группа – 20 (5,2%) – пациентки с гипертонической болезнью (ГБ). В анамнезе у 131 (34,3%) пациентки имелся постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), а у 15 (3,9%) – сахарный диабет.

Результаты. В 1 группе было выявлено 26 (25,2%) пациенток с гемодинамически значимыми стенозами, 18 (17,5%) – с гемодинамически не значимыми стенозами, 59 (57,3%) – с интактными КА. Во 2 группе: 67 (38,3%) пациенток с гемодинамически значимыми стенозами, 34 (19,4%) – гемодинамически не значимыми, 74 (42,3%) – с интактными КА. В 3 группе: 4 (100%) – с интактными КА. В 4 группе: 1 (100%) пациентка с гемодинамически значимым стенозом. В 5 группе: 2 (100%) – с гемодинамически значимыми стенозами. В 6 группе: 33 (76,7%) пациентки с гемодинамически значимыми стенозами, 2 (4,7%) – с гемодинамически не значимыми, 8 (18,6%) – с интактными КА. В 7 группе: 1 пациентка (11,1%) – с гемодинамически значимым стенозом, 3 (33,3%) – с гемодинамиче-

ски не значимыми стенозами, 5 (55,6%) — с интактными КА. В 8 группе — 8 (40,0%) — с гемодинамически значимыми стенозами, 2 (10,0%) — с гемодинамически не значимыми, 10 (50,0%) — с интактными КА. В 9 группе у 5 пациенток (100%) — интактные КА. В 10 группе под ГБ гемодинамически значимые стенозы маскировались у 5 (25%) пациенток, гемодинамически не значимые — у 2 (10%).

Выводы. У женщин климактерического возраста клиническая картина ишемической болезни сердца не коррелирует со степенью поражения коронарных артерий. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

282 ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шарафеев А. З., Рахматуллина Р. Н., Ким З. Ф., Абдрахманова А. И.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия

Цель: выявить степень атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) у женщин различных возрастных групп в постменопаузе с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и коронарограмм 3363 пациентов. В структуре обследованных пациентов, мужчин было 2346 (69,8%), женщин — 1017 (30,2%), из них — 382 (11,4%) женщины климактерического возраста, которые и составили исследуемую группу. Исследуемую группу поделили по возрастному критерию. В группе 40–45 лет было 16 (4,2%) пациенток, в группе 46–50 лет — 59 (15,4%) пациенток, в группе 51–55 лет — 142 (37,2%) пациенток, в группе 56–60 лет — 165 (43,2%) пациенток.

Результаты. В группе 40–45 лет было выявлено 6 (37,5%) пациенток с гемодинамически значимыми стенозами, 1 (6,3%) — с гемодинамически не значимым стенозом, 9 (56,2%) — с интактными КА. В группе 46–50 лет — 14 (23,7%) пациенток с гемодинамически значимыми стенозами, 11 (18,6%) — с гемодинамически не значимыми стенозами, 33 (55,9%) — с интактными КА. В группе 51–55 лет — 49 (34,5%) пациенток с гемодинамически значимыми стенозами, 20 (14,1%) — с гемодинамически не значимыми стенозами, 75 (52,9%) — с интактными КА. В группе 56–60 лет — 75 (45,5%) пациенток с гемодинамически значимыми стенозами, 29 (17,5%) — с гемодинамически не значимыми стенозами, 61 (37,0%) — с интактными КА.

Выводы. Частота клинических проявлений ИБС у пациентов старше 50 лет, выше по сравнению с женщинами более молодого возраста. Выраженность клинической картины ИБС у женщин старше 40 лет не зависит от степени атеросклеротического поражения коронарных артерий.

283 КОМОРБИДНОСТЬ И ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Шарафутдинова А. Ф.¹, Мензоров М. В.², Михайлова Е. В.², Парфёнова Е. А.²

¹ГУЗ Центральная городская клиническая больница, Ульяновск; ²Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Цель: оценить связь коморбидности и острого повреждения почек (ОПП) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST).

Материал и методы. Обследовано 139 больных (мужчин-95, женщин-44, средний возраст 64±13 лет) острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Диагностику ОИМпST осуществляли согласно рекомендациям ВНОК (2007 г.). Тяжесть острой сердечной недостаточности оценивали по Killip Т. (1967 г.). Оценку риска неблагоприятных событий осуществляли, используя шкалу GRACE. Коморбидность оценивали

по индексу Чарлсона (The Charlson Comorbidity Index, 1987), скорректированному по возрасту. ОПП диагностировали и классифицировали согласно рекомендаций KDIGO (2012). Поскольку мы не располагали информацией о креатинине сыворотки пациентов до заболевания, за исходный принимали креатинин сыворотки крови, взятой в момент госпитализации, оценивали его изменение в динамике на 3 сутки.

Результаты. Среднее время от появления клинической картины до поступления в стационар составило 4,9 (ИКР: 2,0–15,2) часа. Преобладали больные с первой и второй стадиями ОИМ по Killip: 1 стадия — у 57 (41%) больных, 2 стадия — у 60 (43%) пациентов. У 66 (48%) больных с целью реперфузии использовалась тромболитическая терапия (ТЛТ). Риск смерти по шкале GRACE в период госпитализации составил 170,3±42,9 баллов, а риск смерти в течение 6 месяцев после госпитализации — 134±34,8 баллов. Индекс коморбидности, скорректированный по возрасту у пациентов ОИМпST, составил 3 (ИКР: 0–5) балла. В группе умерших индекс коморбидности был достоверно выше, чем у выживших (7 (ИКР: 5–8) и 2 (ИКР: 0–4) балла соответственно, $p < 0,001$). Креатинин в момент госпитализации составил 107,7 (ИКР: 91,1–125) мкмоль/л, на 3 сутки-135 (ИКР: 95–128) мкмоль/л ($p = 0,05$). ОПП выявлено у 26 больных (19%): 1 стадия — у 18 (13%), 2 стадия — у 3 (2%), 3 стадия — у 5 (3%) пациентов. Обнаружено, что в группе умерших частота ОПП была достоверно выше ($p = 0,001$). Выявлена положительная связь между тяжестью ОПП и индексом коморбидности (Kendall Tau=0,15, $p = 0,002$). У больных с ОПП индекс коморбидности был достоверно выше, чем у пациентов без ОПП (4 (ИКР: 0–6) балла и 2 (ИКР: 0–4) балла соответственно, $p = 0,002$). Обнаружена прямая связь между индексом коморбидности и риском внутрибольничной летальности по шкале GRACE (Kendall Tau= 0,38, $p < 0,01$).

Выводы. Острое повреждение почек согласно рекомендациям KDIGO по креатинину выявлено у 19% больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Чаще острое повреждение почек развивается у больных с высокой коморбидностью.

284 МЕТАБОЛИТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шарова В. Г., Замяткина О. В., Давыдова М. В., Шатунов А. А., Харченко А. В.

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Цель: определить эффективность и безопасность кудесана на фоне обычной физической реабилитации и традиционной медикаментозной терапии больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы: под наблюдением находилось 42 больных (26 муж. и 16 жен.) с первичным не Q-инфарктом левого желудочка в возрасте 40–60 лет. Диагноз ИМ верифицировался на основании характерной клинической картины, лабораторных и электрокардиографических данных.

Пациенты, включенные в исследование, методом случайной выборки были распределены в 2 группы лечения. Больные I группы (20 человек, средний возраст 53,7±6,2 лет) получали традиционную терапию (ТТ) ИМ и проходили традиционную физическую реабилитацию (ТР); II-ой группы (22 человека, средний возраст 56,2±6,9 лет) получали в дополнение к этой программе убихинон (кудесан), начиная с первого дня заболевания. Кудесан (водорастворимая форма убихинона — 30 мг/мл с витамином Е — 7,4 мг/мл — Аквион, Москва) назначали по 60 мг в сутки однократно. Длительность комбинированной терапии составляла 2 мес. Все больные находились под наблюдением в течение 6 мес. Всем больным на 14-й день ИМ, к концу 1 мес., через 2, 4, 6 мес. от начала ИМ проводились велоэргометрические пробы с расчетом пороговой мощности ($W_{пор}$), общего объема выполненной работы (А), продолжительности теста и времени восстановительного периода.

Результаты: при анализе полученных данных выявлено, что у пациентов I группы достоверной динамики исследуе-

мых показателей в течение периода наблюдения не отмечалось. У пациентов II группы, начиная с 1-го мес. наблюдения отмечался достоверный рост общего объема выполненной работы, достигший ко 2-му мес. увеличения в 1,7 раза по отношению к исходным данным ($p < 0,05$). Однако, через 4–6 мес. значение этого показателя незначительно снизилось. Терапия кудесаном приводила к приросту пороговой мощности к концу 1-го мес. лечения на 18,5% ($p < 0,05$), ко 2-му мес. — на 22,4% ($p < 0,05$), к 4 и 6 мес. — $W_{\text{пор}}$ не изменялась; отмечалось увеличение продолжительности выполненной нагрузки на 17,8% ($p < 0,05$). Период восстановления сократился на 16,8% ($p < 0,05$). Эффект последствия терапии кудесаном в отношении толерантности к физической нагрузке сохранялся до 2-х мес. после отмены препарата. Побочных явлений на фоне терапии кудесаном у пациентов не отмечалось.

Выводы: терапия кудесаном на фоне традиционной терапии и обычной физической реабилитации больных инфарктом миокарда способствует улучшению показателей, характеризующих толерантность к физической нагрузке.

285 ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО ТРУДА

Шелехова Ю. В., Храмцова Н. А.

НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст.Иркутск — пассажирский ОАО “РЖД”, ГБУ ДПО “ИГМАПО”, Иркутск, Россия

Нередко язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) протекает в отсутствии НР инфекции на фоне дисфункции вегетативной нервной системы. Пребывание человека в условиях стресса, безусловно, негативно отражается на вегетативном статусе, тем самым риск возникновения язвенной болезни многократно увеличивается.

Цель: изучение вклада ЯБЖ и ДПК как фактора риска нарушений сердечного ритма, что является чрезвычайно актуальным в условиях ДКБ у лиц, трудовая деятельность которых связана с крайне высокой мерой ответственности в плане безопасности проводимых железнодорожных перевозок.

Материал и методы. Работа была выполнена за период с 2008 года по 2012 на базе отделения гастроэнтерологии НУЗ ДКБ на станции Иркутск — пассажирский ОАО “РЖД”. В исследование было включено 100 пациентов, страдающих ЯБЖ (42 чел.) и ДПК (58 чел.). Из них женщин — 18 (18%); мужчин — 82 (82%). Средний возраст составил $39,6 \pm 1,3$ лет. Все пациенты, включенные в исследование, являлись работниками сферы железнодорожного транспорта. Всем больным была выполнена фиброгастродуоденоскопия с забором биопсийного материала из области язвенного дефекта. После проведенной диагностики назначена схема противоязвенной терапии, согласно стандарту Маастрихт III. До и после противоязвенной терапии всем больным проводилась электрокардиография ЭКГ в 12 стандартных отведениях на аппарате “Schiller AT — 10 Plus” (Швейцария), суточное мониторирование ЭКГ и АД с помощью бифункциональных мониторов Cardio Tens — 01 и Meditech card (x) ploge (Венгрия).

Результаты. В ходе диагностического процесса при ФЭГДС у всех пациентов выявлены язвенные дефекты слизистой желудка и ДПК, средние размеры до лечения составили: длина — $6,1 \pm 4,7$ мм, ширина $5,2 \pm 3,3$ мм, после лечения — $5,3 \pm 1,4$ мм, ширина $3,9 \pm 1,1$ мм соответственно. У 70% пациентов после проведенной терапии при выполнении ФЭГДС язвенного дефекта не определялось. Частота диагностированных нарушений ритма и сердечной проводимости до противоязвенной терапии составила 39%, после лечения — 12% ($p < 0,01$). Методом логистической регрессии

выявлены значимые факторы нарушений ритма и проводимости при ЯБЖ и ДПК: артериальная гипертензия (OR 3.1, $p < 0,01$); курение (OR 3.0, $p < 0,01$); отсутствие НР инфекции (OR 2.8, $p < 0,05$); мужской пол (OR 2,8, $p < 0,05$); язвенная болезнь желудка (OR 2.5, $p < 0,05$); размер язвенного дефекта (OR 2.3, $p < 0,05$).

Предварительные результаты работы выявили нарушения ритма и проводимости у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, значимыми факторами риска развития которых явились сочетание с артериальной гипертензией, курение, мужской пол, размер язвенного дефекта, локализация в желудке, а также отсутствие НР инфекции, что предполагает вклад вегетативной дисфункции в развитие язвенной болезни.

286 ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО ТРУДА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Шелехова Ю. В., Храмцова Н. А.

НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст.Иркутск — пассажирский ОАО “РЖД”, ГБУ ДПО “ИГМАПО”, Иркутск, Россия

Прогнозирование кардиоваскулярного риска является чрезвычайно актуальным у лиц, трудовая деятельность которых связана с крайне высокой степенью ответственности в плане безопасности железнодорожных перевозок.

Цель: изучение частоты и структуры сердечно-сосудистой патологии при язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у лиц напряженного труда.

Материал и методы. Работа была выполнена за период с 2008 года по 2012 на базе отделения гастроэнтерологии НУЗ ДКБ на станции Иркутск — пассажирский ОАО “РЖД”. В исследование было включено 100 пациентов, страдающих ЯБЖ (42 чел.) и ДПК (58 чел.). Из них женщин — 18 (18%); мужчин — 82 (82%). Средний возраст составил $39,6 \pm 1,3$ лет. Все пациенты, включенные в исследование, являлись работниками сферы железнодорожного транспорта. Всем больным была выполнена фиброгастродуоденоскопия с забором биопсийного материала из области язвенного дефекта. После проведенной диагностики назначена схема противоязвенной терапии, согласно стандарту Маастрихт III. Проводилась оценка кардиоваскулярных факторов риска, липидограмма, УЗДГ сонных артерий, микроальбуминурия, расчет скорости клубочковой фильтрации по СКД-ЕРИ, ЭхоКГ. До и после противоязвенной терапии всем больным проводилась электрокардиография ЭКГ в 12 стандартных отведениях на аппарате “Schiller AT — 10 Plus” (Швейцария), суточное мониторирование ЭКГ и АД с помощью бифункциональных мониторов Cardio Tens — 01 и Meditech card (x) ploge (Венгрия). Оценка кардиоваскулярного риска проводилась по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Результаты. Частота артериальной гипертензии среди обследованных лиц составила 13%, с первой стадией (без поражения органов мишеней) — 7 чел. (53,8%), со второй стадией — 6 чел. (46,2%). Поражение органов мишеней во всех случаях представлено нестенозирующим атеросклерозом сонных артерий. Изолированная гиперхолестеринемия установлена в 26% случаев, дислипидемия с повышением липопротеидов низкой плотности — 18%. Частота микроальбуминурии составила 3% (ср.уровень $18,2 \pm 5,0$ мг/г), средний показатель СКФ — $79,5 \pm 8,3$ мл/мин. Высокий риск по SCORE был установлен у 31% мужчин с длительным стажем курения. Низкий риск по SCORE ($< 5\%$) зафиксирован у 63% пациентов.

Таким образом, среди обследованных работников железнодорожного транспорта, страдающих ЯБЖ и ДПК, в большинстве случаев установлен низкий кардиоваскулярный риск.

287 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РЧА УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН И РЧА АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ЭКС

Шелудько А. В., Романов А. Б., Байрамова С. А., Широкова Н. В., Баранова В. В., Лосик Д. В., Панфилов С. В., Покушалов Е. А.

ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель: целью данного ретроспективного исследования являлась сравнительная оценка качества жизни после хирургического контроля ритма и хирургического контроля частоты сердечных сокращений у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) старшей возрастной группы.

Материал и методы: в данном исследовании были проанализированы результаты хирургического лечения 344 пациентов с симптоматичной ФП старшей возрастной группы. Средняя продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составила 44.4 ± 16.3 месяцев. 175 пациентам выполнена радиочастотная абляция устьев легочных вен или модификация. 169 пациентам выполнена радиочастотная абляция атриовентрикулярного соединения с имплантацией ЭКС. Эффективность РЧА в группе контроля ритма оценивалась по данным аппарата длительного мониторингирования ЭКГ или по результатам серии ХМ ЭКГ. Качество жизни оценивалось при помощи опросника SF-36.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 63.5 ± 9 лет. При сравнительном анализе динамики качества жизни у пациентов в группе контроля ритма наблюдалось статистически значимое ($p < 0.05$) преимущество по Δ PF (Физическое функционирование – Physical Functioning – PF), Δ RP (Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning – RP), Δ BP (Интенсивность боли – Bodily pain – BP), Δ GH (Общее состояние здоровья – General Health – GH), Δ VT (Жизненная активность – Vitality – VT), Δ RE (Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием – Role-Emotional – RE), Δ PH (Физический компонент здоровья – Physical health – PH). В группе РЧА синусовый ритм сохранялся у 104 (59.4%) пациентов. Выявлена положительная корреляция ($p < 0.05$) динамики качества жизни и эффективности радиочастотной абляции устьев легочных вен. В группе РЧА наблюдалось уменьшение выраженности симптомов по классификации CCF-SAF (на 4 пункта у 40 (22.9%), на 3 пункта у 56 (32%), на 2 пункта у 46 (26.3%), на один пункт у 15 (8.6%)). В группе ЭКС наблюдалось большее количество госпитализаций по причине прогрессирования ХСН (РЧА – 10 (5.7%), ЭКС – 24 (14.2%); $p = 0.008$, прогрессирования ИБС (РЧА – 1 (0.5%), ЭКС – 10 (5.9%); $p < 0.001$), случаев ОНМК (РЧА – 3 (1.7%), ЭКС – 10 (5.9%); $p = 0.007$). Смертность составила 2 (1%) в группе РЧА и 13 (7.6%) в группе ЭКС ($p < 0.001$).

Выводы: результаты данного исследования показали преимущество стратегии хирургического контроля лечения пациентов старшей возрастной группы по показателям качества жизни, количеству госпитализаций по причине сердечно-сосудистых событий и количеству ОНМК.

288 ДИНАМИКА ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шепилова И. Б., Саламатина Л. В., Дацюк И. В., Новак Э. П., Урванцева И. А.

БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Цель: оценить динамику острофазных белков высокочувствительного СРБ, миелопероксидазы, фибриногена у больных с ОКС.

Материал и методы: обследовано 76 пациентов с ОКС (9 женщин, 65 мужчин), средний возраст составил 55 ± 8 лет. Всем пациентам было проведено ЧКВ со стентированием.

Определяли концентрацию острофазных белков высокочувствительного СРБ (hsCRB), фибриногена, миелопероксидазы. Обследование проводилось при поступлении больного до оперативного вмешательства, через 72 часа, при выписке и через месяц после ЧКВ. Концентрацию hsCRB определяли на анализаторе Immulite 1000f. Siemens, фибриногена на коагулометре Compact ф. Roche, концентрацию миелопероксидазы методом ИФА (HyCult biotechnology). Данные представлены в виде средних величин: $M \pm SD$, [Max; Mo; Min].

Результаты. Показано, что уровень СРБ при поступлении составил [100; 100; 0,3] мг/л, уровень фибриногена $3,1 \pm 1,3$ г/л, миелопероксидазы [1000; 1000; 27] нг/мл. При исследовании биоматериала через 72 часа были получены следующие данные: уровень СРБ составил [100; 100; 1,6] мг/л, фибриноген $4,9 \pm 1,4$ г/л, миелопероксидазы [1000; 1000; 47] нг/мл. При обследовании пациентов на момент выписки получены следующие результаты: СРБ [55,8; 31,3; 0,63] мг/л, фибриноген $4,2 \pm 1,1$ г/л, миелопероксидазы [887; 335; 42] нг/мл. Через месяц после выписки уровни лабораторных показателей составили СРБ [16; 3; 0,3] мг/л, фибриноген $3,3 \pm 0,8$ г/л, миелопероксидазы [487; 35; 31] нг/мл.

Выводы. Уровень белков острой фазы в плазме крови увеличивается в остром периоде ИМ, наиболее высокие значения миелопероксидазы зарегистрированы при поступлении больного и через 72 часа после проведения ЧКВ со стентированием ($p = 0,002$), максимальная концентрация hsCRB и фибриногена зарегистрирована через 72 часа после стентирования пациентов и приходит к норме через месяц после операции. Таким образом, в первые трое суток ИМ значения острофазовых белков соответствуют признакам системного воспаления, а уровень миелопероксидазы в крови представляется перспективным диагностическим и возможно прогностическим показателем в развитии сердечно-сосудистых осложнений.

289 РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Широких Ю. В., Кузнецов С. И., Ажми И.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко», Воронеж, Россия

Цель: определение влияния дозированной физической нагрузки на лиц молодого и среднего возраста с наджелудочковой экстрасистолией.

Материал и методы. В исследование включено 132 человека (64 мужчин и 62 женщин) в возрасте от 34 до 43 лет с наджелудочковой экстрасистолией, не имеющих факторов риска развития ССЗ, сопутствующей соматической и психической патологии, сходные по антропометрическим параметрам, со средним ростом 172,6 см и средней массой тела равной 75,8 кг. Обследуемые были разделены на две группы сравнения. Первая группа в количестве 66 человек (32 мужчин и 31 женщин). Вторая группа в количестве 66 человек (31 мужчина и 35 женщин). Средний возраст в группах составил $36 \pm 1,2$ года. Диагноз наджелудочковая экстрасистолия ставили на основании общепринятых критериев, включая жалобы, электрокардиографию, данных холтеровского мониторирования ЭКГ. Проводилось общеклиническое и биохимическое исследование крови, мочи, а также определялся уровень тиреотропного гормона с целью выявления патологии щитовидной железы. Кардиальной и экстракардиальной патологии в исследуемых группах выявлено не было. Испытуемым первой группы проводились дозированные физические нагрузки в виде дозированной ходьбы. Определение тренировочной нагрузки начиналось с выявления пороговой мощности. Для

этого больным обеих групп проводилась ступенчатая непрерывно возрастающая велоэргометрическая проба. Физические тренировки проводились натошак (или через два часа после еды), и длились 40–60 мин и более. Выполнялись по следующему плану: 5–10-минутная разминка с упражнениями для крупных суставов, тренирующие нагрузки (20–35 мин) с периодическим коротким (1,5–2 мин) отдыхом или снижением интенсивности мышечных усилий и 5–10 мин дыхательная гимнастика с элементами полного расслабления. Дыхание во время всей тренировки свободное. Интенсивность тренировки увеличивалась плавно, так как к ее выполнению сердечно-сосудистая система должна быть достаточно хорошо подготовлена. Занятия проводились 4 раза в неделю в течении 3 мес. Через 3 мес нами было проведено контрольное ХМ-ЭКГ и ВЭМ и получены следующие результаты. У пациентов первой группы общее количество наджелудочковых экстрасистол в среднем снизилось на 26% по сравнению с контрольной группой, выявлено повышение физической работоспособности со 113 Вт до 154 Вт по данным велоэргометрии. У пациентов контрольной группы среднее количество наджелудочковых экстрасистол осталось на прежнем уровне, достоверных изменений не зарегистрировано, не было выявлено увеличения работоспособности, сохранялось ощущение перебоев в работе сердца.

Выводы. Физическая нагрузка в виде дозированной ходьбы у пациентов с наджелудочковой экстрасистолой может рассматриваться как мощный лечебный и оздоровительный фактор.

290 ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Шкловский Б. Л., Ойроткина О. Ш., Серебренников В. Н., Бакиев В. И

ФГКУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ”, Красногорск, Россия

Цель: оценивая результаты информирования больных с сочетанной патологией (ишемическая болезнь сердца [ИБС] в сочетании с сахарным диабетом 2 типа [СД2]) обозначить проблемы в проведении терапевтического обучения таких пациентов.

Материал и методы. Рандомизировано 319 пациентов: 1 группа (n=165, средний возраст $56,8 \pm 6,8$ лет) – больные ИБС, перенесшие интервенционные вмешательства на коронарных артериях, с сопутствующим СД2 прошли обучение в школе для больных с сочетанными заболеваниями, 2 группа (n=154, средний возраст $56,4 \pm 8,5$ лет) – пациенты, не участвующие в образовательной программе. Всем больным было проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование. Срок проспективного наблюдения составил 36 мес. Образование пациентов проводилось по разработанной нами комплексной программе (12 занятий).

Результаты. Осведомленность о наличии сочетанного заболевания (СЗ) и информированность о факторах риска возросли и оставались высокой ($>90,0\%$, $p<0,05$ для всех) на протяжении всего периода наблюдения. Госпитализация по неотложным показаниям снизилась с $57,6\%$ до $41,7\%$ через 12 мес. ($p<0,05$) и недостоверно возросла до $43,8\%$ через 36 мес. ($p>0,05$). Самостоятельный контроль уровня глюкозы и артериального давления увеличился с $59,4\%$ (до начала обучения) до $98,2\%$ и $96,3\%$ через 12 мес. и 36 мес. соответственно. ($p<0,001$). Уровень гликированного гемоглобина достоверно ($p<0,001$ для всех периодов наблюдения) снизился с $7,3\%$ до $6,8\%$ и $6,2\%$ через 12 мес. и 36 мес. соответственно после обучения. Приверженность к лечению увеличилась с $52,1\%$ до $94,5\%$ и $96,3\%$ соответственно ($p<0,001$). Побочные эффекты медикаментов уменьшились с $32,7\%$ (перед началом

обучения) до $11,0\%$ через 12 мес., и увеличились до $15,6\%$ через 36 мес., но достоверно ($p<0,001$) оставались ниже, чем до начала обучения. В результате проведенного обучения обозначились следующие проблемы, которые необходимо решать в каждом конкретном случае индивидуально: достижение согласия между врачом и пациентом; сроки обучения пациентов (занятия или месяцы); оценка качества процесса преподавания по параметрам: гармонии, уместности, индивидуального подхода, обратной связи, закрепления полученных знаний, помощи в выполнении рекомендаций; создание эффективной программы обучения (структурированность, насыщенность, адаптированность к основному и сопутствующему заболеваниям); современный научно методический уровень обучения пациентов; методы образования (индивидуальный, групповой); повторное обучение через 12 мес на базе поликлинических филиалов стационара.

Выводы. Обучение больных ИБС, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных артериях, с сопутствующим СД2 в школе пациентов с сочетанными заболеваниями приводит к увеличению осведомленности и информированности о факторах риска развития СЗ, уменьшению госпитализации по поводу осложнений сердечнососудистых заболеваний и СД2 в 1,4 раза, снижению побочных эффектов медикаментозной терапии, увеличению приверженности к терапии и улучшению качества жизни пациентов. Решение обозначенных проблем будет способствовать улучшению качества обучения пациентов и положительно влиять на его отдаленный и ближайший прогноз.

291 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ ВЕДЕНИЯ НА ОСНОВНЫЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ.

Шкловский Б. Л., Ойроткина О. Ш., Серебренников В. Н., Бакиев В. И.

ФГКУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого” МО РФ, Красногорск, Россия

Цель: оценить влияние комплексной системы ведения на основные конечные точки больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД2), перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах в условиях крупного медицинского объединения.

Материал и методы. Изучена медицинская документация 854 больных, рандомизирован 551 пациент (1 группа [n= 281] больные ИБС в сочетании с СД2, 2 группа [n=270] пациенты только с ИБС), которым было проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование (в т. ч. скинтиграфия миокарда с ^{99}Tc -технетрилом, коронарография), выполнено изучение характера интервенционного вмешательства (коронарного шунтирования [КШ], стентирования), качества реабилитационных мероприятий после интервенционных вмешательств и динамического 36 мес. наблюдения в филиалах объединения. Изучены первичная (через 12 мес.) и вторичная (через 36 мес.) конечные точки: летальность, развитие инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), проведение повторных интервенционных вмешательств.

Результаты. В общей структуре всех прикрепленных больных терапевтического профиля к филиалу стационара доля пациентов с сочетанием ИБС и СД2 составила 26,1%. Гемодинамический значимый стеноз левой коронарной артерии достоверно чаще определялся у больных 1 группы (39,4% против 27,3% (95% ДИ, $p<0,0001$). Сравнение результатов по конечным точкам через 12 и 36 мес. наблюдения показало что, что летальность к третьему году наблюдения увеличилась 4,1% против 5,5% ($p=0,03$), развитие ИМ и МИ достоверно уменьшилось: 7,8% против 5,5% ($p<0,0000$) и 4,1% против 3,1% ($p=0,003$) соответственно; в 1 группе увеличилось число

КШ 5,2% против 6,3% ($p=0,046$) и уменьшилось число стентирований 3,0% против 2,7% ($p=0,3178$). Отмечалось улучшение компенсации СД2: снижение глюкозы крови натощак с 7,5 ммоль/л до 6,4 ммоль/л ($p<0,0001$) через 12 мес. и до 5,9 ммоль/л через 36 мес. наблюдения ($p<0,0001$); снижение гликированного гемоглобина достоверно с 7,3% до 6,8% и 6,2% через 12 мес. и 36 мес. соответственно ($p<0,001$ для всех периодов наблюдения), которые положительно коррелировали со снижением числа сердечно-сосудистых осложнений в 1 группе (развитие ИМ и МИ).

Выводы: 1. Сочетание ИБС с СД2 встречается в 26,1% случаев у лиц старше 50 лет. 2. Наличие неопределенной клинической симптоматики требует проведение активного скрининга сопутствующих заболеваний (СД2) у пациента с ИБС. 3. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий и динамического наблюдения терапевта, кардиолога, эндокринолога и при необходимости кардиохирурга позволяет, снизить процент развития ИМ, МИ, декомпенсации сахарного диабета и улучшить качество жизни пациентов с сопутствующей патологией.

292 С-ПЕПТИД ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шкловский Б. Л., Ойоткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В. И.

ФГКУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого” МО РФ, Красногорск, Россия

Цель: выявление наличия взаимосвязи уровня С-пептида с инсулинорезистентностью (ИР), дислипидемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Обследовано 134 больных СД2 (74,6% мужчин, 25,4% женщин, средний возраст $57,1 \pm 10,6$ лет). Таблетированная сахароснижающая терапия при необходимости дополнялась инсулинотерапией. Лабораторное обследование включало определение уровней иммунореактивного инсулина (ИРИ), С-пептида, липидного профиля, гликированного гемоглобина (HbA1c), расчет индекса инсулинорезистентности (ИР) по формуле HOMA α и Саго, модифицированного коэффициента СрG (С-пептид, нмоль/л $\times$ глюкоза натощак, ммоль/л). В зависимости от уровня С-пептида (норма 0,16–1,1 нмоль/л) пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – 56 человек (С-пептид $>1,0$ нмоль/л), 2-я – 48 человек (С-пептид $<1,0$ нмоль/л) и 3-я – 30 человек (С-пептид $<1,0$ нмоль/л, получающих инсулинотерапию).

Результаты. В 1-й группе индекс массы тела (ИМТ), окружность талии/окружность бедер (ОТ/ОБ) были выше, чем во 2-й и 3-й группах (32,1 кг/м², 1,0; 29,4 кг/м², 0,98; 27,2 кг/м², 0,95 соответственно). Медиана индекса HOMA α значимо выше в 1-й группе, чем во 2-й группе (5,29 усл. ед. против 3,17 усл. ед., соответственно, $p<0,001$). Коэффициент СрG был значимо выше в 1-й группе, чем во 2-й и 3-й группах (12,53; 7,22 и 5,16 соответственно, $p<0,05$ для всех). Была показана достоверная положительная корреляция уровня С-пептида с ИМТ ($p<0,001$), ОТ ($p<0,001$), уровнем триглицеридов (ТГ) ($p<0,001$), а также коэффициента СрG с ИМТ ($p<0,001$), ОТ ($p<0,001$). Анализ частоты встречаемости метаболического синдрома (МС) и ССЗ у обследованных показал, что у пациентов 1-й группы в 98,2% обнаруживаются практически все компоненты МС. Тогда как во 2-й и 3-й группах их частота составляет 64,6% и 63,3% соответственно. Самым распространенным признаком МС во всех группах оказалась АГ. Частота встречаемости АГ и ИБС в 1-й группе выше, чем во 2-й группе (92,8 и 85,4%, 44,6 и 39,6% соответственно).

Выводы: 1. Уровень С-пептида и коэффициент СрG более точно выявляют наличие ИР, достоверно коррелируют с числом компонентов МС. 2. Повышенный уровень С-пептида

является важным предиктором риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС в сочетании с СД2 или наличием метаболического синдрома. 3. Можно рекомендовать исследование уровня С-пептида в обязательном порядке у больных с ИБС с сопутствующим МС и СД2 для раннего прогнозирования возможного риска осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и определения нуждющихся в превентивных мерах или активном лечении.

293 РОЛЬ И МЕСТО СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Шкловский Б. Л., Ойоткинова О. Ш., Крашутский В. В., Бакшеев В. И.

ФГКУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого” МО РФ, Красногорск, Россия

Цель: оценить роль и значение сцинтиграфии миокарда в ранней диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 31 больных ИБС в сочетании с СД2. В качестве скринингового метода применяли перфузионную сцинтиграфию миокарда с ^{99m}Tc-технетрилом (ТСГ) в покое и фармакологической пробой с 0,5 мг нитроглицерина. Через 2–5 сут. после сцинтиграфии выполнялась коронарография (КГ).

Результаты. Поражение коронарных артерий при ТСГ выявлено у 14 (77,8%) пациентов из 18 с немой ишемией миокарда; по данным КГ у них же однососудистое поражение определялось у 5 человек, двухсосудистое – у 4; у 9 больных изменений при КГ выявлено не было.

При атипичном болевом синдроме в грудной клетке (дискомфорт за грудиной) поражение коронарных сосудов при ТСГ было определено у 9 (69,2%) из 13 пациентов. На КГ стенозирующий атеросклероз выявлялся у 8 (61,5%) больных, у 5 пациентов (38,5%) изменений либо выявлено не было ($n=2$), либо определялось гемодинамически не значимое ($<70\%$) поражение одного сосуда ($n=3$).

При ТСГ выявлялись участки дискинезии миокарда, нарушение систолической и диастолической функции ЛЖ, снижение перфузии зон соответствующих коронарным артериям, синдром обкрадывания (выявлен у 5-и пациентов).

Отрицательный результат КГ при наличии ишемических изменений, выявленных на сцинтиграфии миокарда, может свидетельствовать о поражении коронарных артерий мелкого калибра, о наличии диабетической кардиомиопатии и эндотелиальной дисфункции. Авторами предложен алгоритм ведения больного СД2 с подозрением на наличие ИБС.

Выводы: 1. Нагрузочная перфузионная сцинтиграфия с ^{99m}Tc-технетрилом у больных с СД2 является скрининговым методом ранней диагностики ИБС и позволяет определить дефекты перфузии миокарда, оценить его функцию, дисфункцию коронарных сосудов мелкого калибра, необходимость в проведении коронарографии. 2. Метод сцинтиграфии, можно рекомендовать в региональных кардиологических центрах в качестве скринингового метода, что позволит снизить нагрузку на коронарографические лаборатории при улучшении качества обследования пациентов ИБС в сочетании СД2.

294 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Шлягер Е. В., Горячева А. А.

ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрава России, Смоленск, Россия

Сердечно-сосудистая патология занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности населения в экономически развитых странах. Артериальная гипертензия (АГ) по-прежнему остается самым распространенным и социально значимым заболеванием, определяющим структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Согласно данным статистики, около 42 млн человек в России страдают АГ, из них только половина пациентов получают терапию, а лечатся адекватно лишь 20% больных.

Несмотря на большое количество популяционных исследований, проведенных в России за последние годы по изучению распространенности АГ, целенаправленного изучения факторов риска и распространенности сердечно-сосудистой патологии у лиц, принимавших участие в боевых действиях, не проводилась. При этом данная категория населения является довольно многочисленной и очень ответственной в социальном отношении.

Цель: проанализировать распространенность сердечно-сосудистой патологии и факторов риска среди участников боевых действий в отдаленном периоде.

Материал и методы: в процессе ретроспективного медико-статистического анализа изучены данные 223 истории болезни пациентов, принимавших участие в локальных военных конфликтах в Афганистане (155 человек) и Чечне (68 человек), проходивших курс реабилитации в ОГУЗ “Смоленский областной клинический госпиталь для ветеранов войн”. Обследованные пациенты находились в условиях боевой обстановки от 1,5 мес. до 2 лет (в среднем $12,75 \pm 4,325$ месяцев). Средний возраст участников войны в Афганистане составил $53,82 \pm 5,647$ года, контртеррористических операций и военных действий на территории Чечни — $33,54 \pm 6,642$ года.

Результаты: при анализе состояния здоровья наблюдалась полиморбидность, в среднем на одного пациента приходилось по 6 заболеваний. В структуре заболеваемости, наряду с болезнями костно-мышечной и нервной системы, превалировала патология органов кровообращения, которая была выявлена у 138 обследованных (62%). В клинической симптоматике преобладала головная боль — у 87% больных, нарушения сна — 48%, снижение оперативной памяти — у 23%. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы ИБС диагностирована у 36 человек (26%); артериальная гипертензия (АГ) 1 степени — у 35 человек (25%); АГ 2 степени — у 60 больных (43%), АГ 3 степени — у 8 пациентов (6%). При анализе факторов риска перечисленных заболеваний было выявлено, что 57% больных — курящие люди, употребление алкоголя отрицали только 19% человек, 75% считали, что они не злоупотребляют спиртными напитками и только 6% признали факт злоупотребления алкоголем; избыточную массу тела имели 18% обследованных.

Выводы: ведущей терапевтической патологией у участников боевых действий являются заболевания сердечно-сосудистой системы, среди которых наиболее значимы артериальная гипертензия и ИБС.

295 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шуклина К. А., Резван В. В., Карпова О. Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, Москва, Россия

Цель: исследование клинической картины хронической сердечной недостаточности (ХСН) и диагностической значимости мозгового натрийуретического пептида (МНП) как лабораторного маркера. Представляется актуальной возможно более ранняя диагностика и начало лечения ХСН, т. к. оно часто начинается с опозданием, что приводит к длитель-

ной декомпенсации, выраженному снижению качества жизни пациентов и ухудшению ответа на терапию.

Материал и методы. Для пилотного исследования отобрано 22 пациента в возрасте 51–89 лет, с диагнозом ХСН, подтвержденным по уровню BNP плазмы (более 400 пг/мл) либо по данным ЭХО-КГ (фракция выброса менее 40%). Состояние кровообращения пациентов оценено по Шкале Оценки Клинического Состояния (ШОКС). Пациенты разделены на группы по уровню МНП: менее 100 пг/мл; 101–400 пг/мл; более 401 пг/мл. Критерием оценки взаимосвязи выбран коэффициент корреляции между суммой баллов ШОКС, функциональным классом ХСН по ШОКС и уровнем МНП плазмы крови. Полученные числовые значения показателей обработаны в электронных таблицах Microsoft Excel 2010.

Результаты. При анализе корреляционной зависимости между уровнем МНП и индексом ШОКС в общей выборке получен коэффициент 0,61; между уровнем МНП и функциональным классом ХСН по ШОКС — 0,56. Высокие величины коэффициента корреляции в общей группе свидетельствуют о наличии прямой зависимости между данными показателями. При ранжировании пациентов аналогичные взаимосвязи в первой группе 0,84 и 0,68; во второй — 0,04 и –0,10; в третьей — 0,62 и 0,57 соответственно.

Выводы. Выявленная зависимость в общей группе не столь велика, что может быть объяснено как малым объемом выборки, так и высокой амплитудой вариации уровня МНП (от 16,3 до 3060 пг/мл). В группе с низким уровнем МНП (ниже диагностического порога), видна прямая зависимость — при низком уровне мозгового натрийуретического пептида крови выраженность симптомов ХСН более низкая, что определяет МНП как эффективный отрицательный лабораторный маркер. В группе с уровнем МНП, не позволяющим сделать заключение о диагнозе, взаимосвязь между выраженностью клинических проявлений и величиной МНП не прослеживается. Что также, возможно, объяснимо малым объемом исследуемой группы. В группе с высоким уровнем МНП крови существует прямая положительная взаимосвязь выраженной клинической симптоматики ХСН и высокого уровня МНП. Однако с учетом вариабельности МНП (от 432 пг/мл до 3060 пг/мл), можно предположить повышение прогностической значимости высоких значений МНП крови при исследовании большей группы пациентов. Таким образом, определяется возможность использования МНП для дифференциации клинических проявлений ХСН, однако крайне необходимо более глубокое исследование данного вопроса.

296 ОЦЕНКА РОЛИ И ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РАННЕЕ РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ НАПРЯЖЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Захарова А. И., Шарова Н. В., Улятовский В. А., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Малышева О. С., Кутелев Г. Г.

ФГКВ ОУ ВПО “Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова” МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Профессиональная деятельность (ПД), связанная с длительным психоэмоциональным перенапряжением и стрессовыми воздействиями ассоциирована с более неблагоприятным течением артериальной гипертензии (АГ). Работа, предъявляющая высокие психологические требования, повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) почти в 2,7 раза. При этом исследований, изучающих причины раннего развития и прогрессирования ИБС на фоне напряженной ПД, крайне недостаточно.

Цель: выявить наиболее информативные факторы (предикторы), определяющие скорость формирования ИБС,

а также разработать модели прогноза времени развития и клинического течения ИБС у мужчин среднего возраста с гипертонической болезнью (ГБ) и высокой напряжённостью ПД.

Материал и методы. В соответствии с требованиями национальных и международных рекомендаций проведено комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 216 больных ГБ I–\$5II стадии в возрасте 50,2±5,3 лет с высоким уровнем напряжённости ПД. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью ППП “Statistica 6.0”. Для принадлежности к одному из дифференцируемых состояний (классов) использовали достоверно установленный вариант клинического течения ИБС (отсутствие ИБС, стенокардия напряжения (СН) 1–2ФК, инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе). Оценку влияния исследуемых факторов и решение прогностических задач проводили с помощью многомерного пошагового регрессионного и дискриминантного анализа.

Результаты. Наиболее значимыми факторами, достоверно ($p<0,05$) определяющими скорость формирования и прогрессирования ИБС, являлись нелипидные факторы риска атеросклероза, степень АГ, кризовое течение ГБ, дислипидемия, курение, эффективность предшествующей медикаментозной и немедикаментозной АГТ. В дальнейшем, путём вычисления канонических линейных дискриминантных функций, была разработана достоверная ($p<0,05$) и высокоинформативная диагностическая модель развития клинических вариантов ИБС. Точность диагностики по рассчитанным решающим правилам для пациентов без ИБС характеризовалась достоверностью 94%, пациентов со СН 1ФК 65%, пациентов со СН 2ФК 82%, а для пациентов с ИМ в анамнезе – 83%.

Обсуждение. У мужчин среднего возраста с высокой напряжённостью ПД часто наблюдается неблагоприятное течение ГБ с ранним появлением ассоциированной с коронарным атеросклерозом патологии. Резервы по увеличению эффективности лечебно-профилактической помощи в первую очередь следует искать в повышении приверженности к лечению и качества коррекции факторов сердечно-сосудистого риска. Разработка высокоинформативных прогностических моделей позволит более дифференцировано подходить к оценке прогноза развития осложнений ГБ и индивидуального сердечно-сосудистого риска у таких пациентов.

297 ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ И РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ НАПРЯЖЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Захарова А. И., Шарова Н. В., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Малышева О. С., Кутелев Г. Г.

ФГКВ ОУ ВПО “Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова” МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Около 40% людей в России умирают в активном трудоспособном возрасте, при этом особенно высокий уровень смертности отмечается среди мужчин. Вклад гипертонической болезни (ГБ) в смертность лиц среднего возраста от всех ССЗ составляет свыше 40%, а в смертность от мозгового инсульта – достигает 80%. Высокая напряжённость профессиональной деятельности (ПД) оказывает отрицательное влияние на выраженность стандартных факторов риска и модифицирует образ жизни (МОЖ).

Цель: изучить особенности скорости формирования признаков поражения органов-мишеней (ПОМ) при ГБ и время появления ассоциированных клинических состояний (АКС) у мужчин среднего возраста с различным уровнем напряжённости ПД.

Материал и методы. В соответствии с требованиями национальных и международных рекомендаций проведено комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное

обследование 102 пациента с ГБ III стадии в возрасте 49,5±5,4 лет. На основании характера ПД были сформированы 3 группы сравнения. Первую («начальники») и вторую («педагоги») группы составили соответственно 30 и 54 специалиста преимущественно умственного труда с высокой напряжённостью ПД. В третью группу («контроль») вошли 18 работников преимущественно физического труда. Достоверных различий в возрасте и длительности ГБ у пациентов выделенных групп не отмечалось. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью ППП “Statistica 6.0”.

Результаты. Был выявлен ряд существенных различий исследуемых величин в выделенных группах. Признаки ПОМ (в основном гипертрофия левого желудочка), также как и проявления цереброваскулярной болезни (ЦВБ) в группах “начальники” и “педагоги” регистрировались достоверно ($p<0,05$) раньше чем в группе “контроля”. При этом группа “педагоги” характеризовалась достоверно ($p<0,05$) более поздним дебютом ишемической болезни сердца (ИБС) по сравнению с другими пациентами. При этом существенных различий в эффективности предшествующей антигипертензивной терапии выявлено не было.

Обсуждение. Высокий уровень напряжённости ПД приводит к изменению физической и умственной работоспособности, ограничивает функциональные возможности адаптации сердечно-сосудистой системы в процессе прогрессирования ГБ. Это приводит к достоверно более раннему появлению признаков ПОМ и началу ассоциированной с коронарным и церебральным атеросклерозом патологии (ИБС, ЦВБ), а также к более высокой частоте ОИМ и кризового течения ГБ у мужчин с высокой напряжённостью ПД. Следует отметить, что больные ГБ, включённые в исследование, в целом характеризовались недостаточной приверженностью к лечению и эффективностью мероприятий по МОЖ.

298 ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН С ВЫСОКОЙ НАПРЯЖЁННОСТЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Алаичев А. Е., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Ткаченко К. Н., Малышева О. С., Филиппович К. А.

ФГКВ ОУ ВПО “Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова” МОТ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Охват терапией мужчин, страдающих гипертонической болезнью (ГБ), в России составляет около 42%, а регулярно получают медикаментозную антигипертензивную терапию (АГТ) только 18% мужчин. Кроме того, в течение первого года лечения почти 65% пациентов прекращают принимать назначенные препараты, а 8% больных самостоятельно изменяют лечение.

Цель: выявить наиболее информативные факторы (предикторы), определяющие эффективность контроля АД и разработать модель прогнозирования результатов медикаментозной АГТ у мужчин среднего возраста с ГБ и высокой напряжённостью профессиональной деятельности (ПД).

Материал и методы. В соответствии с требованиями национальных и международных рекомендаций проведено комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 216 специалистов преимущественно умственного труда с высокой напряжённостью ПД с ГБ I–\$5II стадии в возрасте 50,2±5,3 лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью ППП “Statistica 6.0”. Для принадлежности к одному из дифференцируемых состояний (классов) использовали достоверно установленный вариант эффективности медикаментозной АГТ (отсутствие контроля АД, нестойкий и стойкий контроль АД). Оценку влияния

исследуемых факторов и построение прогностической модели проводили с помощью дискриминантного анализа.

Результаты. На первом этапе были выявлены достоверные ($p < 0,05$) предикторы эффективности контроля АД. В число наиболее информативных признаков вошли уровень приверженности к лечению, объём АГТ и кратность приёма препаратов, инфаркт миокарда и/или операция реваскуляризации миокарда в анамнезе, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия и степень напряжённости ПД. На втором этапе, путём вычисления канонических линейных дискриминантных функций, была разработана достоверная ($p < 0,05$) и высокоинформативная диагностическая модель эффективности медикаментозной АГТ. Точность диагностики по рассчитанным решающим правилам при отсутствии контроля АД характеризовалась 98% достоверностью, при нестойком контроле АД — 96%, а при стойком контроле АД — 83%.

Обсуждение. На эффективность АГТ оказывают влияние многочисленные факторы, в том числе непосредственно связанные с лечением (сложная схема приема и большое число препаратов). Мужчины, чья ПД связана с высоким уровнем профессионального напряжения, как правило, начинают эффективно лечиться только после развития осложнений ГБ. Этот факт ещё раз указывает на необходимость формирования устойчивой приверженности к лечению на ранних этапах заболевания. Разработанные высокоинформативные прогностические модели позволят индивидуализировать характер и объём лечебно-профилактической помощи таким пациентам.

299 ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СТЕПЕНЬ РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Каченко К. Н., Малышева О. С., Могильная В. И., Кутелев Г. Г.

ФГКВБОУ ВПО “Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова” МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России. ССЗ, начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Больные часто умирают внезапно, не получив надлежащей медицинской помощи. Поэтому проведение активной кардиоваскулярной профилактики в ежедневной клинической практике — важнейшее условие снижения смертности в трудоспособном возрасте.

Цель: изучить влияние особенностей профессиональной деятельности (ПД) на выраженность риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений у мужчин среднего возраста с гипертонической болезнью (ГБ) без ассоциированных с ней клинических состояний (АКС).

Материал и методы. В соответствии с требованиями национальных и международных рекомендаций проведено комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 177 мужчин с ГБ I–\$5I стадии в возрасте $48,6 \pm 5,4$ лет. Наличие АКС было исключено у всех пациентов, вошедших в исследование. На основании характера ПД были сформированы 3 группы сравнения. Первую («начальники») и вторую («педагоги») группы составили соответственно 34 и 83 специалиста преимущественно умственного труда с высокой напряжённостью ПД. В третью группу («контроль») вошли 60 работников преимущественно физического труда. Достоверных различий в возрасте пациентов выделенных групп не отмечалось. Риск фатальных сердечно-сосудистых событий в течение ближайших 10 лет оценивали по модели SCORE. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью ППП “Statistica 6.0”.

Результаты. Были выявлены достоверные ($p < 0,05$) различия средних значений индекса SCORE во всех выделенных группах. В группе “начальники” величина этого показателя была наибольшей ($6,5 \pm 3,8\%$), в группе “педагоги” имела промежуточное значение ($3,6 \pm 2,1\%$), а в группе “контроль” — наименьшей ($2,5 \pm 1,5\%$). При этом особенно показательными являлись достоверные ($p < 0,05$) различия в количестве пациентов с высоким и очень высоким риском смерти. Так в первой группе их доля составила 63%, во второй 32%, а в третьей только 10%.

Обсуждение. ПД, во многом определяет состояние здоровья человека, в том числе и особенности функционирования ССЗ. Высокая напряжённость умственного труда, по-видимому, оказывает модифицирующее влияние на выраженность стандартных факторов риска и образ жизни мужчин. Анализ данных исследований, послуживших основанием для создания шкалы SCORE, показывает, что совокупный риск фатальных и нефатальных событий у мужчин ещё примерно в 3 раза выше. Всё это указывает на необходимость особенно жёсткой и агрессивной лечебно-профилактической помощи пациентам, чья работа связана преимущественно с умственным трудом и высокой напряжённостью ПД, особенно у руководящего состава.

300 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Шуленин К. С., Улятовский В. А., Свистов А. С., Черкашин Д. В., Яловец А. А., Аланичев А. Е., Бовтюшко П. В., Шахнович П. Г., Пастухов А. В.

ФГКВБОУ ВПО “Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова” МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить состояние микроциркуляторного русла у пациентов в зависимости от степени атеросклеротического поражения коронарного русла.

Материал и методы. В исследование включены 93 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), которые были разделены на 3 группы: в 1 вошли 13 больных с гемодинамически значимым поражением одной магистральной коронарной артерии (КА), 2 группу составили 31 пациент с поражением двух КА, а 3 группу — 49 пациентов с поражением трех магистральных КА. Для оценки состояния микроциркуляторного русла (МЦР), всем пациентам проводилась оценка скоростных показателей потока крови МЦР методом лазерной доплеровской флоуметрии по стандартной методике. Определялись средний показатель микроциркуляции (ПМср), уровень максимального постишемического кровотока (ПМмакс), время восстановления периферического кровотока и резерв капиллярного кровотока (РКК).

Результаты. ПМср был достоверно ($p < 0,05$) меньше у пациентов с трехсосудистым поражением КА. ПМмакс после проведения окклюзионной пробы был достоверно ($p < 0,001$) больше у пациентов с одно- и двухсосудистым поражением — 11,01 и 9,95 перф. ед. соответственно. РКК был значимо ($p < 0,01$) ниже у пациентов с двух- и трёхсосудистым поражением КА. Время восстановления периферического кровотока существенно не различалось. В выделенных подгруппах преобладали дисрегуляторные типы микроциркуляции. Спастический тип достоверно ($p < 0,05$) чаще встречался у пациентов с поражением 1 КА (58,4%), застойно-стазический в 35,4% в подгруппе больных с поражением 3 КА ($p < 0,05$). Таким образом, у больных с атеросклеротическим поражением КА чаще наблюдаются дисрегуляторные типы микрогемодинамики: спастический и застойно-стазический.

Обсуждение. У больных ИБС с двух- и трехсосудистым поражением КА наблюдаются наибольшие нарушения МЦР, проявляющиеся ремоделированием терминального звена микроциркуляции и расстройствами микрогемодинамики

по спастическому и застойно-стазическому типам. Вариант нарушения микроциркуляции целесообразно использовать для улучшения прогнозирования и вторичной профилактики осложнений ИБС (хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда).

301 РОЛЬ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА В ГЕНЕЗЕ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шуленин К. С., Яловец А. А., Пастухов А. В., Улятовский В. А., Свистов А. С., Черкашин Д. В., Воронин С. В.
ФГКВОУ ВПО "Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Все нарушения сердечного ритма (НСР) и проводимости являются симптомами различных патологических процессов протекающих в сердечной мышце, которые имеют различное значение как в тактике лечения, так и в отдаленных прогнозах для каждого больного. Ведущее место среди всех заболеваний, приводящих к возникновению пароксизмов мерцательной аритмии (МА), занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Цель: определить роль транзиторной ишемии миокарда (ТИМ) в генезе аритмических событий для повышения эффективности лечения и профилактики НСР.

Материал и методы. Нами было обследовано 67 больных ИБС со стенокардией напряжения I–III ФК и пароксизмальной формой МА в анамнезе. В исследование не включались больные со стенокардией напряжения IV ФК и нестабильной стенокардией, с недавно перенесенным (менее 3 месяцев назад) инфарктом миокарда, с III и IV ФК хронической сердечной недостаточности, а также с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы с дыхательной недостаточностью, с другими заболеваниями, препятствующими выполнению нагрузочных проб. Для оценки роли ТИМ в генезе НСР всем пациентам выполнялось суточное мониторирование ЭКГ и велоэргометрия. При анализе результатов обследования оценивались: ишемические изменения электрокардиограммы и аритмические события.

Результаты. Частота достоверных ишемических изменений ЭКГ на фоне нагрузки при холтеровском мониторировании ЭКГ и велоэргометрии была сопоставима и составила в среднем $57 \pm 6\%$. Пароксизмы фибрилляции предсердий были зарегистрированы только в 3 случаях при выполнении нагрузочной пробы и 14 случаях при суточном мониторировании ЭКГ.

Обсуждение. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать выводы о том, что ИБС несомненно является этиопатогенетическим фактором пароксизмальной МА, однако ТИМ не всегда является ведущим проаритмогенным фактором. Для повышения эффективности терапии и профилактики пароксизмальной МА требуется комплексное обследование больных с учетом всех возможных причин возникновения НСР.

302 АЛГОРИТМ СТАТУСМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Шуленин К. С., Бовтюшко П. В., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Шахнович П. Г., Малышева О. С., Трофимова О. В., Козьявин Н. А.

ФГКВОУ ВПО "Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать информативность традиционных систем оценки суммарного сердечно-сосудистого риска и метода статусметрии в изолированной выборке лиц мужского пола без клинических проявлений атеросклероза на протяжении десятилетнего периода наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 207 мужчин, средний

возраст которых исходно составил 45,6 лет. Каждый пациент проходил углубленное медицинское обследование не реже двух раз в год. В качестве специальных методов использованы: оценка толщины комплекса "интима-медиа" общей сонной (ОСА) и бедренной артерий (ОБА), оценка функции эндотелия в пробе с реактивной гиперемией, определение окисленных (модифицированных) ЛПНП и антител к ним, а также циркулирующих иммунных комплексов "липопротеин-анти-тело".

Результаты. Показано, что реализация риска в то или иное сердечно-сосудистое событие в подгруппе мужчин, классифицированных Фрамингемской моделью и моделью SCORE неверно, определяется другим набором переменных. Наиболее значимыми из них являются маркеры метаболического синдрома (индекс массы тела и уровень гликемии), азотистого обмена (сывороточный уровень креатинина и мочевины), уровень триглицеридов, некоторые показатели периферической крови, толщина комплекса "интима-медиа" и количество атеросклеротических бляшек в ОСА и ОБА, тогда как градации больших модифицируемых факторов риска, включенных в эти системы стратификации риска (АД, липиды) соответствуют их нормальным или целевым значениям. Увеличение статусметрического риска сопровождалось односторонними изменениями со стороны сосудов мышечно-эластического типа — утолщением интимы-медии и ростом атеросклеротических бляшек, эндотелиальной дисфункцией, повышением АД и уровня липидов, ростом концентрации холестерина-содержащих циркулирующих аутоиммунных комплексов, а также определенными изменениями показателей углеводного и пуринового обмена. В отличие от принятых систем стратификации риска, статусметрический алгоритм значимо чаще относил исследуемых субъектов к категории высокого риска и значимо реже — к категории низкого риска, величина статусметрического риска значимо меньше зависела от возраста, особенно в подгруппе лиц, не достигших 50 лет. При этом оценка величины статусметрического риска в динамике позволяла повысить чувствительность метода до 90–95%.

Обсуждение. Современные системы стратификации 10-летнего риска развития клинических проявлений атеросклероза несут достоверную информацию о его величине только с позиций оценки группового (популяционного) риска. Таким образом, выявление высокого статусметрического риска является основанием для перевода пациента из когорты низкого (среднего) по модели SCORE риска в когорту высокого риска.

303 ЭВОЛЮЦИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА АРТЕРИЙ МЫШЕЧНО-ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА И СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Шуленин К. С., Бовтюшко П. В., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Шахнович П. Г., Сухорослова И. Е., Малышева О. С., Козьявин Н. А., Трофимова О. В.

ФГКВОУ ВПО "Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить толщину комплекса "интима-медиа" (ТИМ) общей сонной (ОСА) и бедренной артерий (ОБА) у мужчин молодого и среднего возраста, не имеющих клинических признаков атеросклероза, на протяжении десятилетнего периода наблюдения и изучить ее взаимосвязь с традиционными факторами риска (ФР) и клиническими осложнениями атеросклероза.

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования состояния здоровья 207 мужчин, находящихся на диспансерном динамическом наблюдении в течение 10 лет. Возраст пациентов составлял от 22 до 59 лет, средний возраст по данным первичного обследования — 45,6 лет. Каждый пациент проходил углубленное медицинское обследование. В качестве специального метода использовалось ультразвуковое исследование (УЗИ) ОСА и ОБА, которое выполнялось всем обследованным не реже 2 раз в год. Факт

субклинического атеросклероза устанавливался лишь в том случае, если средняя величина ТИМ была равна или превышала ее среднее значение в 75-м перцентиле с коррекцией по возрасту и полу и/или при выявлении атеросклеротических бляшек (АБ) от 1 и более не менее чем двукратно при УЗИ обследовании с интервалом в 1 года.

Результаты. Возрастная эволюция сосудистого русла артерий мышечно-эластического типа характеризовалась увеличением толщины комплекса “интима-медиа” ОСА и ОБА в среднем на 0,01 мм в год или на 0,10 мм с каждым прожитым десятилетием. Утолщение комплекса “интима-медиа” более верхнего предела возрастной нормы (75-й перцентиль) выявлялось у 35% мужчин. В возрасте от 22 до 39 лет данный признак субклинического атеросклероза присутствовал в 12% случаев. В то же время, у трети мужчин от 60 до 69 лет этот признак отсутствовал. Наиболее значимыми помимо возраста факторами, влияющими на толщину комплекса “интима-медиа” (в порядке убывания) являлись уровень САД и ОХС. В то же время, более чем на 60% дисперсия данного признака не была связана с “большими” ФР. Частота выявления атеросклеротических бляшек в ОСА и ОБА имела сильную линейную зависимость от возраста, увеличиваясь на 20–25% с каждым прожитым десятилетием вплоть до 59-летнего возраста ($r = 0,71$, $p < 0,0001$). Наиболее значимыми, помимо возраста, показателями, влияющими на количество АБ, являлись сывороточный уровень ТГ, ЛПВП и ЛПНП. В то же время, все эти ФР объясняли дисперсию анализируемого признака не более чем на 25%.

Обсуждение. Маркеры субклинического атеросклероза являются независимыми ФР развития ИБС и сердечно-сосудистых катастроф у мужчин молодого и среднего возраста, не имеющих клинических признаков атеросклероза.

304 ПЭТ С ^{18}F -ФДГ И ОФЭКТ С $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -ТЕХНЕТРИЛОМ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Шурупова И. В., Бокерия Л. А., Асланиди И. П., Трифонова Т. А., Деревянко Е. П., Катунина Т. А.

ФГБУ “Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева” РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить точность прогноза улучшения сократимости ЛЖ после реваскуляризации на основании предоперационных данных, полученных при ОФЭКТ- $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн и ПЭТ с ^{18}F -ФДГ миокарда.

Материал и методы. Проанализированы данные 25 больных с ИБС в возрасте от 48 до 69 лет (средний возраст $58,1 \pm 12,3$ года). Перенесенный инфаркт миокарда отмечался у всех (100%) больных, сердечная недостаточность — у 12 пациентов, у 7/12 — III функциональный класс по NYHA. В среднем по группе фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила $44,7 \pm 7,1\%$ (от 39 до 52%). Были использованы данные однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда с $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -технетрилом (ОФЭКТ- $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн) в покое и позитронно-эмиссионной томографии миокарда с ^{18}F -фтордезоксиглюкозой (ПЭТ- ^{18}F -ФДГ). Визуальную оценку перфузии и метаболизма проводили по срезам желудочка, полуколичественную — по 20-ти сегментным полярным диаграммам. Определялись зоны перфузионно-метаболического (ПМ) соответствия (уровень включения ^{18}F -ФДГ и $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн не различался более чем на 10%) и ПМ несоответствия (включение ^{18}F -ФДГ $> 50\%$ от максимума и превышало включение $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн более чем на 10%). ПМ несоответствие расценивалось как признак гибернированного миокарда (ГМ), ПМ соответствие — отсутствие ГМ. Расчет ФВ ЛЖ проводился по данным синхронизированной ОФЭКТ- $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн с использованием программы “QGS”. Для оценки динамики ФВ повторное перфузионное ЭКГ-синхронизированное исследование миокарда выполнено в среднем через 127 ± 56 дней после реваскуляризации.

Результаты: исходно в покое снижение перфузии выявлено в 167 сегментах ЛЖ, в 66/167 (39%) из них определялось ПМ несоответствие, в 101 — ПМ соответствие. Жизнеспособный миокард в 3 и более сегментах ($\geq 15\%$ площади желудочка) диагностирован у 11/25 пациентов (1-я группа), < 3 сегментов — у 14/25 пациентов (2-я группа). Общая ФВ ЛЖ возросла на 7% и более у 8/11 пациентов 1-й группы (положительное прогностическое значение 73%) и только у 1/14 пациентов 2-й группы (отрицательное прогностическое значение 93%). Чувствительность и специфичность методики, основанной на выявлении ГМ при ПЭТ- ^{18}F -ФДГ и ОФЭКТ- $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн, в прогнозе улучшения ФВ ЛЖ составила 89% и 81% соответственно.

Выводы: 1. Программное сопоставление данных перфузии и метаболизма, полученных при ОФЭКТ- $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -тн и ПЭТ- ^{18}F -ФДГ, позволяет выявлять зоны гибернированного миокарда у больных с ишемической дисфункцией ЛЖ. 2. Наличие ГМ площадью более 15% ЛЖ (≥ 3 сегментов) позволяет прогнозировать увеличение ФВ ЛЖ после реваскуляризации.

305 ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Щеглова Ю. М., Андреева Н. В., Комарова И. С., Желнов В. В.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние возрастного фактора на развитие ишемической митральной регургитации (ИМР) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 124 пациента (93 мужчины и 31 женщина), госпитализированных в блок кардиореанимации отделения неотложной кардиологии с диагнозом острого ИМ в первые 24 часа от начала заболевания. Пациенты были разделены на две возрастные группы: до 60 лет — “средняя” возрастная группа, 60 лет и старше — “старшая” возрастная группа. Средний возраст пациентов в “средней” группе составил $45,4 \pm 6,8$ лет, в “старшей” — $71,3 \pm 6,1$ года. Группы пациентов были сравнимы по клиническим характеристикам (предшествующая инфаркту ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, локализация ИМ и частота развития его осложнений).

Диагноз острого ИМ основывался на критериях, рекомендуемых группой экспертов ВОЗ (1970 г) и на универсальном определении инфаркта миокарда, подготовленном объединенной рабочей группой Европейского Кардиологического общества, Американской Коллегии Кардиологов, Американской Ассоциации Сердца и Всемирной Федерации Сердца (2007). Выраженность СН в остром периоде ИМ оценивали по классификации Killip.

Пациенты включались в исследование на основании следующих критериев: наличие острого ИМ с Q зубцом, ишемической митральной регургитации, интактных створок митрального клапана (МК), хорд и папиллярных мышц.

Критерии невключения в исследование: врожденная или приобретенная патология МК, увеличенный размер левого предсердия, перенесенный ранее ИМ, аортальная регургитация, неудовлетворительная ЭхоКГ визуализация.

Всем пациентам на 2-е сутки ИМ проводилось ЭхоКГ обследование с определением количественных показателей ИМР (площадь регургитационного отверстия, регургитационный объем, фракция регургитации) с применением метода цветового доплеровского картирования площади проксимальной изоскоростной поверхности сходящегося потока регургитации (PISA-метод) и метода количественной доплер-ЭхоКГ (Q-DE-метод).

Результаты. Полученные данные не выявили достоверных различий количественных показателей ИМР в обследуемых группах пациентов: среднее значение площади регургитационного отверстия в “средней” группе составило $0,15 \pm 0,07$ см² против $0,14 \pm 0,05$ см² ($p > 0,05$) в “старшей”, средний регургитационный объем в “средней” группе — $15,39 \pm 7,6$ мл против

15.09±7.9 мл ($p>0.05$) в “старшей”, фракция регургитации — 20.14±9.9% против 20.30±10.4% ($p>0.05$).

При изучении показателей, характеризующих систолическую функцию левого желудочка (конечный систолический и диастолический объемы, фракция выброса левого желудочка, индекс локальной сократимости), также не выявлено достоверных различий между группами. Однако следует отметить, что изучение диастолической функции левого желудочка выявило достоверно большую частоту случаев нарушенной релаксации в “старшей” возрастной группе, чем в “средней” возрастной группе (80% против 51.8%, $p=0.006$). Частота выявления других типов диастолической дисфункции у пациентов обеих групп статистически значимых различий не имела.

Вывод. У пациентов с ИМ до 60 лет и старше статистически значимых различий показателей ИМР не выявлено, т. е., возрастной фактор не влияет на развитие ИМР у пациентов с острым ИМ.

306 УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Эфрос Л. А.

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель: провести сравнительный анализ в группе инвалидов по уровню образования в зависимости от клинико-функциональных, социально-демографических показателей и выживаемости.

Материал и методы. Исследование выполнено на основе данных регистра больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование в Челябинском межобластном кардиохирургическом центре с 2000 по 2009 годы ($n=1450$), которые прошли освидетельствование в системе медико-социальной экспертизы (ФГУ “Главного бюро медико-социальной экспертизы по Челябинской области»). Средний возраст больных на момент операции составил 54,8±7,6 лет. В зависимости от уровня образования все включенные в исследование пациенты были разделены на 4 группы — с начальным и начальным профессиональным (451 человек, 31,1%), средним (289 человек, 19,9%), средним профессиональным и неполным высшим (408 человек, 28,1%) и высшим образованием (302 человека, 20,8%). Выживаемость рассчитана по методу Kaplan-Meier.

Результаты. Значимых различий по гендерному признаку у пациентов с различным уровнем образования не было ($p=0,4$). Среди пациентов с начальным и начальным профессиональным образованием доля пациентов, которым была определена инвалидность до операции коронарного шунтирования составила 62,3%, среди пациентов со средним образованием 62,6%; среди пациентов со средним профессиональным и неполным высшим — 53,7% и среди пациентов с высшим образованием 48,3%. При анализе структуры больных впервые ставших инвалидами, высшее образование наблюдается у 51,7% лиц по сравнению с пациентами с начальным образованием (37,7%). Однако при сравнении больных с начальным образованием преобладала доля лиц, получивших инвалидность до операции (62,3% и 37,7% соответственно). Наиболее часто III группу инвалидности имели пациенты с высшим образованием (61,5%); в группе с относительно низким уровнем образования чаще регистрировалась II группа инвалидности. Больные с относительно низким уровнем образования занимались умственным трудом в 1,8%, в то время как среди лиц с высшим образованием доля таких пациентов составила 88,1% ($p<0.001$). Доля работающих после операции, несмотря на наличие группы инвалидности, составила 27,7%, 26,3%, 27,9% и 33,8% соответственно. Выявлены статистически достоверные различия ($p<0,0001$) в характере труда между группами с разным уровнем образования. Оценка

выживаемости показала отсутствие достоверных различий по выживаемости между показателями всех 4 групп пациентов ($p=0,38$), в то же время была отмечена тенденция к более высокой выживаемости пациентов с “высоким” уровнем образования по сравнению с группой больных с относительно “низким” уровнем образования ($p=0,07$).

Вывод. Уровень образования достоверно взаимосвязан с различиями в характере труда, уровне инвалидности до и после операции. Возврат к труду чаще среди пациентов с высшим образованием. Достоверных различий в клинических особенностях течения болезни до операции среди пациентов с разным уровнем образования не выявлено.

307 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРУЮ ФАЗУ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Юневич Д. С., Аксентьев С. Б., Рычалина Е. Ю.*

ГБУ РО “Областная клиническая больница”, Рязань; *ГБУ РО “Городская клиническая больница № 11”, Рязань, Россия

Цель: выявить особенности и сравнить эффективность и безопасность тромболитической терапии (ТЛТ) альтеплазой и пулолазой при инфаркте миокарда (ИМ) у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В исследование включены 64 пациента, проходившие лечение в стационарах города с диагнозом ИМ. Диагноз выставлен в соответствии с рекомендациями ВНОК (2009). Группа А (32 чел.) получала ТЛТ альтеплазой 100 мг в течение 90 мин. Группа В (32 чел.) — ТЛТ пулолазой 6 млн ЕД по схеме “болюс+инфузия” в течение 60 мин. Средний возраст пациентов группы А 69,2±3,8 лет, пациентов группы В 70,8±4,7 лет. Количество лиц старческого возраста (75 лет и старше) составляли в двух группах соответственно: 5 чел. (15,63%) и 6 чел. (18,75%). У 18 пациентов (56,25%) группы А имел место острый ИМ, а у 14 — повторный (43,75%), в группе В острый и повторный ИМ выявлены в 23 (71,88%) и 9 (28,12%) случаях. Передняя локализация ИМ встречалась в группе А в 21 случае (65,63%), в группе В — в 25 (78,13%). Для оценки эффективности ТЛТ степень купирования болевого синдрома, динамика подъема сегмента ST ЭКГ (до ТЛТ и на 180 мин), наличие реперфузионных аритмий. Безопасность ТЛТ оценивалась по частоте и выраженности осложнений: нарушений ритма — ФЖ, ЖТ и АВ-блокады 3 степени (в том числе и реперфузионных); формированию острой аневризмы сердца, ее разрыву и гемотампонаде; геморрагических осложнений — геморрагического инсульта и требующих гемотрансфузии кровотечений; а также — уровню общей летальности на 28 суток ИМ.

Результаты. Временные параметры в группе А были следующими: время “симптом-игла” составило в среднем 156±24,4 мин, время “дверь-игла” — 46,7±12,8 мин. В группе В аналогичные параметры составили 172±34,2 мин и 52,8±17,4 мин соответственно ($p<0,05$). Реперфузионные аритмии встречались в группе А: в 23 (71,88%), в том числе “тяжелые” — в 8 (25,0%) случаях; в группе В: в 20 (62,5%), $p<0,05$, “тяжелые” — в 10 (31,25%, $p>0,05$) случаях. Количество реперфузионных аритмий пациентов 75 лет и старше значительно меньше в обеих группах. В процессе проведения ТЛТ купировать болевой синдром полностью удалось в группе А у 29 чел. (90,63%), в группе В у 27 чел. (84,38%), причем $p>0,05$. К 180 мин ТЛТ снижение подъема сегмента ST ЭКГ отмечалось в группах А и В в 27 (84,38%) и 26 (81,25%, $p>0,05$). Формирование острой аневризмы сердца в группе альтеплазы отмечено в 5 (15,63%), разрыв ее — в 2 (6,25%) случаях, в группе пулолазы — в 3 (9,38%, $p>0,05$) и 1 (3,13%, $p>0,05$) случаях. Геморрагические инсульты встречались по 1 разу (3,13%) в обеих группах. Кровотечения отмечены в 2 случаях (6,25%) в группе А, а в группе В их не зафиксировано. Уровень общей летальности к 28 дню ИМ составил 7 случаев (21,88%) и 5 случаев (15,63, $p>0,05$) в группах А и В, соответственно.

Выводы. При проведении ТЛТ альтеплазой у больных ИМ пожилого и старческого возраста отмечаются несколько более высокие показатели эффективности более низкие показатели безопасности по сравнению с ТЛТ пуролазой. Однако, указанные различия по большинству критериев оценки недостоверны и нуждаются в дополнительном анализе.

308 ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЫПОЛНЕНИЕ СТАНДАРТОВ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Юрьева С. В., Сердечная Е. В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель: проанализировать распространенность факторов риска (ФР) развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и оценить выполнение стандартов ведения больных во врачебной практике.

Материал и методы. Проведен анализ 634 амбулаторных карт, пациентов обслуживаемых в амбулаторно-поликлинических условиях г. Архангельска. Оценивали риск тромбоэмболических осложнений с использованием шкал CHADS2 и CHA2DS2-VASc и анализировали проводимую анти тромботическую терапию (АТТ).

Результаты. Из 634 пациентов 377 (59,5%) были женщины. 221 (34,9%) пациент имели возраст от 65 до 74 лет; 245 (38,6%) пациентов имели возраст 75 лет и старше. Наиболее частым ФР развития ТЭО были: артериальная гипертензия — у 609 (96,1%) пациентов, сердечная недостаточность — у 609 (96,1%) пациентов. Сосудистые заболевания имели 419 (66,1%) пациентов, сахарный диабет — 126 (19,9%) пациентов, перенесенный инсульт в анамнезе был у 112 (17,7%) пациентов.

В изучаемой популяции преобладали больные с высоким риском ТЭО: 604 (95,2%) по шкале CHADS2 и 628 (99%) по шкале CHA2DS2-VASc. Умеренный риск ТЭО был определен по шкале CHADS2 у 28 (4,4%) больных и 5 (0,8%) больных по шкале CHA2DS2-VASc, а низкий риск у 2 (0,3%) и 1 (0,1%) пациентов соответственно по шкале CHADS2 и по шкале CHA2DS2-VASc.

Пациентам с высоким риском развития ТЭО по шкале CHADS2 и шкале CHA2DS2-VASc был назначен варфарин 181 (30%) пациенту и 190 (30,3%) пациентам соответственно, аспирин — 239 (39,6%) пациентам и 245 (39%) пациентам соответственно. Не получали АТТ 184 (30,4%) больных по шкале CHADS2 и 193 (30,7%) — CHA2DS2-VASc.

Вывод. В реальной клинической практике у больных высокого риска ТЭО недостаточно часто назначаются пероральные антикоагулянты. Использование шкалы CHA2DS2-VASc, по сравнению со шкалой CHADS2, приводит к достоверному увеличению доли лиц с высоким риском ТЭО за счёт уменьшения доли лиц с умеренным риском.

309 ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Якимова А. В., Кратнов А. Е., Добровская Т. Д., Ражева О. К.

ГБОУ ВПО Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

В ряде исследований выявлена связь между наличием метаболического синдрома и смертностью от сердечно-сосудистых причин. Существуют данные, что у пациентов с метаболическим синдромом имеется изменение вариабельности ритма сердца, снижение которой является прогностическим маркером смерти при ишемической болезни сердца. При этом окончательно не определено, изменения какой активности (симпатической или парасимпатической) являются определяющими в дисфункции вегетативной нервной системы при метаболическом синдроме.

Цель: изучение показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) во временной области за 24 часа записи электрокардиограммы (ЭКГ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Обследован 131 мужчина в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст $46,5 \pm 6,5$ лет) без ишемической болезни сердца (ИБС). Для исключения ИБС выполнялась ЭКГ, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. С целью диагностики метаболического синдрома использовались критерии экспертов Международной федерации диабета при участии Американского национального института сердца, легких и крови, Американской ассоциации сердца, Мировой федерации сердца, Международного общества по атеросклерозу, Международного общества по изучению ожирения (2009 г.). МС выявлен у 68 (51,9%) пациентов, центральный (абдоминальный) тип ожирения (окружность талии более 94 см) наблюдался у 102 (77,8%) мужчин. Анализ ВРС во временной области за 24 часа записи ЭКГ проводился с помощью программы "Astrocard® HOLTERSYSTEM-2F Elite" (ЗАО "Медитек", Москва).

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у пациентов с МС наблюдались достоверно более низкие показатели среднего стандартного отклонения интервалов $R-R$ в 5-минутных отрезках ($61 [48; 78] < 72 [60; 85]$ мс; $p = 0,01$), мощности в диапазоне низких частот ($1235 [762; 1836] < 1635 [1047; 2403]$ мс²; $p = 0,02$) и очень низких частот ($2100 [1404; 3001] < 2725 [1795; 4053]$ мс²; $p = 0,01$). Поскольку существует мнение, что мощность в диапазоне низких частот может служить показателем выраженности симпатических влияний на синусовый узел, снижение данного показателя свидетельствует об уменьшении симпатических воздействий на сердце. По мнению многих зарубежных авторов, мощность в диапазоне очень низких частот также характеризует активность симпатического отдела вегетативной нервной системы. При изучении изменения показателей ВРС в зависимости от критериев МС, обнаружено, что с уменьшением мощности в диапазоне низких частот было связано абдоминальное ожирение. У мужчин с окружностью талии более 94 см мощность в диапазоне низких частот была достоверно ниже ($1341 [762; 2014] < 1863 [1257; 2736]$ мс²; $p = 0,03$).

Заключение. Наличие метаболического синдрома сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы со снижением симпатических влияний на сердце. Выявленные изменения вегетативной регуляции ассоциированы с наличием у пациентов абдоминального ожирения.

310 ПРЕСТАРИУМ А® ПОВЫШАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Яковлева А. С., Миролюбова О. А., Вахрушева Ю. В.

ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск; ГБУЗ АО "Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич", Архангельск, Россия

Цель: проанализировать влияние использования ингибитора АПФ периндоприла (Престариума А®) в раннем послеоперационном периоде на толерантность к физической нагрузке (ТФН) и динамику маркера сердечной недостаточности (СН) NT-proBNP у пациентов, перенесших АКШ на работающем сердце (АКШ без ИК).

Материал и методы. Включены 30 пациентов (76,7% мужчин), возраст $57,9 \pm 4,7$ г., перенесших АКШ без ИК. У 25 (83,3%) было многососудистое поражение коронарного русла. Методом ИФА до операции, через 48 час. и 7 дней после АКШ без ИК были измерены сывороточные уровни NT-proBNP. Эхокардиография выполнялась до операции и через 7 дней после. До операции и перед выпиской проводился тест 6-минутной ходьбы. После операции погибла 1 пациентка от ОНМК. Начиная со 2 суток после вмешательства, все пациенты были случайным образом рандомизированы в 2 группы лечения: 13 пациентам был назначен Престариум А® с титро-

ванием дозы по уровню АД, 16 человек принимали другой иАПФ. Исследование выполнено при грантовой поддержке фирмы Servier.

Результаты. Наблюдалась значимая динамика уровня NT-proBNP в раннем послеоперационном периоде (Ме 99,11 (59,00; 283,35) пг/мл в точке 48 ч. vs. Ме 61,95 (41,96; 71,46) пг/мл в точке 7 дней после АКШ без ИК) по сравнению с дооперационными уровнями (Ме 47,20 (34,42; 59,17) пг/мл), тест Фридмана $p < 0,001$. Произошло улучшение исходной фракции изгнания (ФИ): $0,57 \pm 0,08$ vs. $0,63 \pm 0,06\%$ — увеличение на 5,5%, 95% ДИ 7,6–3,4% ($p < 0,001$). Пациенты, принимавшие Престариум А®, не отличались по динамике NT-proBNP ($p = 0,105$) и ФИ ($p = 0,808$) после операции по сравнению с пациентами, которым был назначен другой иАПФ. Распределение по функциональным классам (ФК) СН было следующим: 1–4 (13,3%), 2–14 (46,7%), 3–8 (26,7%), 4–4 (13,3%) — до операции, 1–3 (10,3%), 2–16 (55,2%), 3–12 пациентов (41,4%) — после АКШ без ИК ($\chi^2 = 10,16$; $p = 0,254$), но случаи 4 ФК после операции отсутствовали. На всей группе исследуемых не выявлено значимого изменения дистанции 6 минутной ходьбы: $326,5 \pm 114,6$ м до операции vs. $329,7 \pm 82,1$ м в конце госпитального периода, $p = 0,853$. Однако оказалось, что прием Престариум А® улучшил ТФН перед выпиской из стационара ($p = 0,033$), чего не наблюдалось при использовании другого иАПФ: $310,2 \pm 131,7$ м до операции vs. $353,5 \pm 78,1$ м после АКШ в группе Престариума А® и $339,7 \pm 101,0$ м до операции vs. $310,3 \pm 82,5$ м после — в группе сравнения.

Выводы. Использование иАПФ Престариума А® в раннем периоде после АКШ без ИК оказало значимое положительное влияние на динамику толерантности к физической нагрузке, является целесообразным дальнейшее наблюдение за пациентами для оценки долгосрочных эффектов Престариума А® на течение СН у этой категории пациентов.

311 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА КАК ПРЕДИКТОР ОТДАЛЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ: ДАННЫЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Якубов А. А., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Туров А. Н., Байрамова С. А., Шабанов В. В., Стенин И. Г., Елесин Д. А., Лосик Д. В., Стрельников А. Г., Камиев Р. Т., Покушалов Е. А.

ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е. Н. Мешалкина» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Рецидивы фибрилляции предсердий (ФП) в первые месяцы после радиочастотной аблации встречается довольно часто. Однако, предыдущие исследования, в которых использовался «прерывистый мониторинг» сердечного ритма (ЭКГ, ХМЭКГ) не продемонстрировали значимой корреляции с ответом на проводимую терапию.

Цель: оценка процента ФП с помощью имплантируемого аппарата длительного мониторингирования сердечного ритма (ИМК) в течение первых месяцев послеоперационного периода и выявление взаимосвязи процента ФП в раннем послеоперационном периоде с поздними рецидивами ФП.

Материал и методы. В данное ретроспективное исследование было включено 642 пациента с симптоматической ФП, резистентной к антиаритмической терапии (17% пациентов с персистирующей формой ФП). Всем пациентам была выполнена радиочастотная изоляция устьев легочных вен с одномоментной имплантацией ИМК для оценки процента ФП (AF burden) в течение 12 месяцев после оперативного вмешательства. Отсутствие ФП («респондеры») определялось при проценте ФП $< 0,5\%$ по данным ИМК в течение каждого месяца послеоперационного периода. ROC анализ использовался для определения значения процента ФП в первые месяцы послеоперационного периода, который являлся бы предиктором поздних рецидивов. Чувствительность равная 90% использовалась как целевое значение.

Результаты. После первой процедуры аблации, 417 (65%) из 642 пациентов были респондерами (ФП% $\leq 0,5\%$) за период наблюдения 12 месяцев (362 (68%) из 532 пациентов в группе с пароксизмальной формой ФП и 55 (47%) из 110 пациентов в группе с персистирующей формой ФП). Через 2 месяца после операции по данным ROC анализа чувствительность для процента ФП равному 4,5% по данным ИМК составила 90%, специфичность — 85%. Значение процента ФП по данным ИМК во время «слепого», выявляющего пациентов с риском поздних рецидивов ФП составило 4,5%, что соответствует 65,9 часа (2,75 дней) ФП в течение первых 2 месяцев после оперативного вмешательства. По данным многофакторного анализа, процент ФП $< 4,5\%$ в течение первых 2 месяцев после операции был достоверно значимым ($p < 0,001$) и соотношение шансов (Odds Ratio) респондеров и нереспондеров составило 39,8 (95% ДИ, 19,1–82,9).

Выводы. Процент ФП по данным непрерывного мониторингирования сердечного ритма в течение первых месяцев после оперативного вмешательства («слепого периода») может являться предиктором эффективности радиочастотной аблации за период наблюдения 12 месяцев. Процент ФП $> 4,5\%$ по данным ИМК в течение 2 месяцев после оперативного вмешательства является мощным предиктором рецидива ФП в отдаленных сроках.

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНАРНЫХ ЗАСЕДАНИЙ	3
ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ СИСТЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) <i>Ревишвили А. Ш.</i>	3
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СЕРДЦА <i>Синицын В. Е., Мершина Е. А., Архипова И. М.</i>	4
СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ VS. СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА .	7
ТЕЗИСЫ ИНОСТРАННЫХ АВТОРОВ	10
ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Авилова М. В., Космачева Е. Д.</i>	17
ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Авчухова Л. С., Саламатина Л. В., Урванцева И. А., Руденко А. В.</i>	17
ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО И СМЕШАННОГО ТИПА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Агафонова Т. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Баталова А. А.</i>	17
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ <i>Агеенкова О. А., Зиновьева О. В.</i>	18
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ <i>Агеенкова О. А., Пурыгина М. А., Зиновьева О. В., Лешкевич А. С.</i>	18
ФИКСИРОВАННАЯ И СВОБОДНАЯ КОМБИНАЦИЯ ИНГИБИТОРА АПФ И АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Агеенкова О. А., Романова Е. В., Пурыгина М. А., Зиновьева О. В., Лешкевич А. С.</i>	19
ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Аймагамбетова А. О.</i>	19
ОЦЕНКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Акимова Е. В., Смазнова О. В.</i>	19
ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ <i>Акимова Е. В., Загородных Е. Ю.</i>	20
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ СРЕДНИХ НОЖЕК МОЗЖЕЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНЫХ ТЕСТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Акимова Н. С., Шварц Ю. Г., Мартынович Т. В., Персавили Д. Г., Михель Н. Д.</i>	20
ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ХСН, С ПАРАМЕТРАМИ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Акимова Н. С., Шварц Ю. Г., Мартынович Т. В., Персавили Д. Г., Михель Н. Д.</i>	20
ГОРМОНЫ ПЕРИФЕРИИ И ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: В ПОГОНЕ ЗА ИДЕАЛОМ <i>Александров А. А., Шацкая О. А., Кухаренко С. С., Ядрихинская М. Н., Ильин А. В.</i>	21
ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ <i>Александров А. В., Северина О. Г., Черкашина И. В., Оросс И. В., Ясырова О. А.</i>	21
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ <i>Алехина И. Ю., Александров А. В., Курбанова Р. Д., Бенедицкая Е. В., Александрова Н. В.</i>	22
ВРЕМЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Андреева И. А., Саламатина Л. В., Милованова Е. В., Урванцева И. А.</i>	22
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Аникин В. В., Николаева Т. О.</i>	22

ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Анфалова Л. К.¹, Горячева А. А.²</i>	23
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ <i>Артемьева Е. Г., Фролова Е. В.</i>	23
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЁГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ <i>Афанасьев А. Я., Мерзликин Л. А., Смирнов В. В.</i>	24
К ХАРАКТЕРИСТИКЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ <i>Багаутдинова Л. И., Дударев М. В., Мельников А. В.</i>	24
АБЛАЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЦИДИВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА ПОДКОЖНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ <i>Байрамова С. А., Романов А. Б., Лосик Д. В., Артеменко С. Н., Туров А. Н., Шелудько А. В., Широкова Н. В., Покушалов Е. А.</i>	24
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ С ЧАСТОТОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Баканач Е. В., Баканач С. В., Храмова Н. А.</i>	25
РОЛЬ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Бакумов П. А., Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р.</i>	25
ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ МОДИФИКАЦИИ <i>Бакумов П. А., Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р.</i>	26
ИННОВАЦИОННЫЙ ПРЕПАРАТ “КАРДОСТЕН” В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Бакумов П. А., Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р.</i>	26
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ МОДИФИКАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ <i>Бакумов П. А., Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р.</i>	26
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ <i>Бек Н. С.</i>	27
ВЛИЯНИЕ ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>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.</i>	27
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОНБРЕЗА БРИЗХАЛЕР (ИНДАКАТЕРОЛ) У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ И СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ <i>Беренштейн Н. В., Лохина Т. В., Киреева М. В.</i>	28
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ КОРДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ <i>Беренштейн Н. В., Лохина Т. В.</i>	28
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Блинова В. В., Скворцов Ю. И., Бурлака А. П., Гришаева И. В.</i>	28
СОСТОЯНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕКСИКОРОМ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Болдырева Ю. А., Михин В. П., Чернятина М. А., Визиренко Н. А.</i>	29
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИНА-1 У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ <i>Бочкарева О. И., Тарасов А. А., Резникова Е. А.</i>	29
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (НЦД) И МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА <i>Бояркина Л. Ю.</i>	30
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Брагина А. Е., Мурашко Н. А., Подзолков В. И.</i>	30
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОПЕНИНОВОГО ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Брежнева Е. Б.¹, Долгих С. В.², Верник Г. В.², Любова А. В.¹</i>	30
АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ КАРДИОПАТИЕЙ <i>Брек В. В., Кучеренко О. Д.</i>	31

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В ПРОСПЕКТИВНОМ ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ <i>Бритов А. Н.¹, Елисева Н. А.¹, Деев А. Д.¹, Мирошник Е. В.², Сибирева В. В.³, Дроздецкий С. И.⁴, Инарокова А. М.⁵, Нечаева Г. И.⁶</i>	31
ПРОВЕРКА УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ ПРОБИОТИЧЕСКИХ БАКТЕРИЙ V.BIFIDUM № 1 И L.PLANTARUM 8P-A3 К ЖЕЛУДОЧНОМУ СОКУ И ЖЕЛЧНЫМ КИСЛОТАМ <i>Бродский И. Б.</i>	32
ОЦЕНКА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ФИЗИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ЛИЦ <i>Брыч В. Э., Татаринова А. Ю.</i>	32
ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Будаговская З. М., Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.</i>	32
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ДЛЯ ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Будаговская З. М., Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.</i>	33
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ <i>Бусалаева Е. И., Васильева Н. П., Опалинская И. В.*</i>	33
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Бушмелев А. С., Гагаев А. В., Гагаева И. В., Васягин Е. В.</i>	33
ПАРАМЕТРЫ ВЕНЕЧНОГО СИНУСА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Быкова С. С., Маленков А. В., Либис Р. А.</i>	34
МИКРОВОЛЬТНАЯ АЛЬТЕРНАЦИЯ Т-ЗУБЦА, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ЖИЗНЕОПАСНЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Вайханская Т. Г., Фролов А. В., Гуль Л. М., Мельникова О. П., Воробьев А. П., Курушко Т. В., Сидоренко И. В.</i>	34
РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ: ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ Т-ЗУБЦА И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Вайханская Т. Г., Сидоренко И. В., Курушко Т. В., Коптюх Т. М., Гуль Л. М.</i>	35
СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ КАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Василец Л. М., Григориади Н. Е.* , Корягина Н. А., Ратанова Е. А.</i>	35
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИБРОЗА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРМАНЕНТНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Василец Л. М., Григориади Н. Е.* , Корягина Н. А., Ратанова Е. А.</i>	35
РАЗНОХАРАКТЕРНЫЕ СДВИГИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА НА ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Васильев А. П., Стрельцова Н. Н.</i>	36
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Ватутин Н. Т., Христинченко М. А., Кетинг Е. В., Адаричев В. В.</i>	36
СОСТОЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛОМ ИЛИ ЛИЗИНОПРИЛОМ <i>Визиренко Н. А., Болдырева Ю. А., Гладченко М. П., Соколенко Н. И., Чернятина М. А.</i>	37
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Волобуев А. Н., Петров Е. С.</i>	37
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ МЫШЕЧНОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СО СТОЙКИМ ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ <i>Вялых Н. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.</i>	37
ПРЕДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА СТЕНТОВ БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЯЖЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ <i>Габинский Я. Л., Гофман Е. А., Перминов М. Г., Кузнецова Н. В.</i>	38
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Габинский Я. Л., Аверкиев А. Д., Бабич Н. Н.</i>	38
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО АНТИАГРЕГАНТА ТИКАГРЕЛОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Габинский Я. Л., Фрейдлина М. С., Золотарева Е. В.</i>	39
ИЗУЧЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МАШИНИСТОВ И ПОМОЩНИКОВ МАШИНИСТОВ <i>Газизов Р. М.¹, Ацель Е. А.¹, Ильина Г. М.², Нургатина Э. Р.², Щедова Е. А.²</i>	39

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Газизов Р. М., Айцель Е. А., Климова Н. А., Бейлина Н. И., Сайфутдинова Т. В.</i>	40
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ <i>Гакова Е. И., Акимова Е. В., Кузнецов В. А.</i>	40
ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ТЕХНОЛОГИЕЙ ХСТРЕЙН <i>Галимская В. А., Олейников В. Э.</i>	40
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТРУДОСПОСОБНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ <i>Гальцова О. А., Романенко В. В.</i>	41
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Ганеева А. В., Маянская С. Д.</i>	41
ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК ИНСУЛЬТА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL») <i>Гафаров В. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Гафарова А. В.^{1,2}</i>	41
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL») <i>Гафаров В. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Гафарова А. В.^{1,2}</i>	42
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ОДНОГО ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (эпидемиологическое и генетическое исследование по программе ВОЗ “MONICA”, подпрограмма “MONICA-психосоциальная”) <i>Гафаров В. В.^{1,2}, Воевода М. И.^{2,3}, Громова Е. А.^{1,2}, Максимов В. Н.^{2,3}, Юдин Н. С.³, Мишакова Т. М.³, Гагулин И. В.^{1,2}</i>	42
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА <i>Гонтаренко С. В., Морозова Т. Е.</i>	43
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА <i>Горохова Т. А., Дубова Н. В., Зайцева Н. В., Токарева Л. Г., Заикина М. В., Болонина Л. М.</i>	43
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Горшков И. П., Волынкина А. П., Золотев В. И.</i>	44
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ <i>Горячева А. А.¹, Коваленко Т. В.², Барсуков А. В.²</i>	44
РОЛЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ АУТОАНТИТЕЛ К БЕЛКАМ КАРДИОМИОЦИТОВ В СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ МИОКАРДА И ТЯЖЕСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Гришаев С. Л., Гладышева Э. В., Свистов А. С., Кириченко П. Ю.</i>	44
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ <i>Гришаев С. Л., Исмаилов А. А., Сухов В. Ю., Свистов А. С.</i>	45
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ <i>Громнацкий Н. И., Громнацкая Н. Н.*</i>	45
ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Губич Т. С., Суджаева С. Г., Казаева Н. А., Суджаева О. А.</i>	46
ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ПРИНИМАЮЩИХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОР НЕБИВОЛОЛ <i>Гурова А. Ю., Морозова Т. Е., Цветкова О. А.</i>	46
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Гусаковская Л. И., Олейников В. Э., Борисова Н. А.</i>	47
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Давыдова М. В., Замяткина О. В., Шарова В. Г., Жилева Ю. А.</i>	47
ПОДГОТОВКА К УРОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ ГЛАЗАМИ КАРДИОЛОГА <i>Давыдова С. С., Комиссаренко И. А.</i>	47

ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ <i>Дружилов М. А., Отмахов В. В., Бетелева Ю. Е., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.</i>	48
ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ДРУГИЕ СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ <i>Дружилов М. А., Отмахов В. В., Бетелева Ю. Е., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.</i>	48
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Дурнецова О. С., Морозова Т. Е.</i>	49
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Душина А. Г., Либис Р. А., Морозова О. Л.</i>	49
ЭЛЕКТРОННАЯ ПЛАТФОРМА CMS LIME SURVEY, КАК ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА СКРИНИНГА И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ <i>Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Русиди А. В., Гасанлы О. Р., Черкасов И. А.</i>	50
ПИЩЕВЫЕ РИСКИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ г. СТАВРОПОЛЯ: АСПЕКТЫ СКРИНИНГА, ВЕРИФИКАЦИИ И КОРРЕКЦИИ <i>Евсеева М. Е., Мищенко Е. А., Русиди А. В., Галькова И. Ю., Тамбиева Ф. Р.</i>	50
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО НАРУШЕНИЯ РИТМА У БЕРЕМЕННОЙ <i>Евсина О. В., Селиверстова Д. В., Фомина В. А., Глазкова Е. А.</i>	51
ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Елесин Д. А., Романов А. Б., Лосик Д. В., Байрамова С. А., Шабанов В. В., Стенин И. Г., Артеменко С. Н., Покушалов Е. А.</i> ..	51
ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ К КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ <i>Есина Е. Ю., Зуйкова А. А.</i>	51
ПРЕХОДЯЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У СТУДЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Есина Е. Ю., Зуйкова А. А.</i>	52
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА <i>Ефимова Л. П.</i>	52
ПРОФИЛАКТИКА В ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Ефимова Л. П.</i>	53
ВЛИЯНИЕ СИМВАКАРДА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Жилыева Ю. А., Михин В. П.</i>	53
ВЛИЯНИЕ СИМВАКАРДА НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Жилыева Ю. А., Михин В. П., Харченко А. В., Катаргина Л. Н.</i>	53
МОЗГОВОЙ КРОВОТОК И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Забелина И. В., Хлебодаров Ф. Е.</i>	54
МОНИТОРИРОВАНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА <i>Зайцева В. П., Нанчикеева М. Л.</i>	54
ОЦЕНКА СИНДРОМА ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН <i>Закирова А. Н., Шепель Р. Н.</i>	55
ТОЛЩИНА СЛОЯ ИНТИМА-МЕДИА И ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТЕНОЗОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Залетова Т. С., Федорова Т. А., Богданов А. Р., Дербенева С. А.</i>	55
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНОГО ОБМЕНА И СКОРОСТИ ОКИСЛЕНИЯ МАКРОНУТРИЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ <i>Залетова Т. С.</i>	56
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Захарьян Е. А.</i>	56
ИЗМЕНЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО КАРДИОМОНИТОРИРОВАНИЯ <i>Зверева С. И., Еремина Е. Ю., Рябова Е. А.</i>	56
СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА И ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Зиньковская Т. М., Завражных Л. А.</i>	57

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ ИНФАРКТА МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Зотова О. В.</i>	57
ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ ОРГАНИЗМА К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Иванова Е. С.¹, Уянаева А. И.²</i>	58
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА <i>Иванов А. П., Эльгардт И. А., Сдобнякова Н. С., Климова Е. В., Клюквин Д. В.</i>	58
ЗАВИСИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА <i>Исакова Д. Н., Дороднева Е. Ф., Евлочко Н. В., Кандава О. С.</i>	59
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА <i>Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.</i>	59
ПРЕДИКТОРЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ <i>Искендеров Б. Г., Сисина О. Н.</i>	59
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ <i>Кабиева С. М., Косарева А. П., Смагулова Г. Н., Абильдина Н. Т., Кошкарбаева Б. С., Корнеева Е. А.</i>	60
ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Казаева Н. А., Суджаева С. Г., Губич Т. С., Суджаева О. А., Белоус Т. М.</i>	60
ВЛИЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Казаева Н. А., Суджаева С. Г., Губич Т. С., Суджаева О. А.</i>	61
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМОЙ В ХОДЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Каменева О. А., Искендеров Б. Г., Иванчукова М. Г.</i>	61
ПРЕДИКТОРЫ СТАБИЛЬНОСТИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА <i>Каменева О. А., Иванчукова М. Г., Искендеров Б. Г.</i>	62
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩИХ УСТРОЙСТВ В СОЧЕТАНИИ С АОРТОКОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ И ИЗОЛИРОВАННОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНШЕМИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИССИНХРОНИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Камиев Р. Т., Романов А. Б., Стенин И. Г., Шабанов В. В., Елесин Д. А., Стрельников А. Г., Чернявский А. М., Покушалов Е. А.</i>	62
ПРИМЕНЕНИЕ АКОРТЫ ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Караева Е. В., Колесникова И. Ю., Коричкина Л. Н.</i>	63
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТРОМБОФИЛИИ И АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И., Жукушева Ш. Т., Капакова М. А.</i>	63
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Каражанова Л. К., Чиныбаева Л. А., Капакова М. А.</i>	63
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПО ВЕЛИЧИНЕ β -АДРЕНОРЕЦЕПЦИИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ <i>Каражанова Л. К., Аймагамбетова А. О., Чиныбаева А. А.</i>	64
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Каражанова Л. К., Жукушева Ш. Т., Капакова М. А., Есимбекова Э. И.</i>	64
ВЫРАЖЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА <i>Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н.</i>	64
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Каулина Е. М.</i>	65
ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ <i>Каюмова М. М., Гафаров В. В.</i>	65

АКТИВНАЯ АСПИРАЦИЯ КОРОНАРНЫХ ТРОМБОВ <i>Кинаш В. И., Пеньковцев В. А., Урванцева И. А.</i>	65
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ <i>Клестер Е. Б., Лычев В. Г., Бессонова А. С., Клестер К. В.</i>	66
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Кожокарь К. Г.¹, Урванцева И. А.², Горьков А. И.²</i>	66
ВОЗМОЖНОСТИ АКТИВАТОРА КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ <i>Сизова Ж. М., Козлова Н. В., Захарова В. Л.</i>	66
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ <i>Козлова О. С., Чичкова М. А.</i>	67
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Корженков Н. П., Осадчук М. А.</i>	67
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Корженков Н. П., Осадчук М. А.</i>	68
СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КАРЕЛИИ <i>Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю., Комарова Т. Ю., Мандельштам М. Ю., Константинов В. О. Васильев В. Б.</i>	68
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ШАХТЕРОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Коротенко О. Ю., Панев Н. И., Федосеева Н. В., Горячева О. В., Ердеева С. В.</i>	69
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭСТРАДИОЛА <i>Корягина Н. А., Василец Л. М., Петрищева А. В., Туев А. В.</i>	69
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Корягина Н. А., Василец Л. М., Петрищева А. В.</i>	70
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ <i>Кравченко А. Я., Семенова Е. А., Дмитриенко С. В.</i>	70
ФАКТОРЫ АНТИРИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Кратнов А. А., Силкина Е. Е., Кратнов А. Е.</i>	70
К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ДЕЛИРИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Кренева Е. Л.</i>	71
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Крюков Н. Н., Милевская И. В., Курпита А. Ю.</i>	71
МЕЖДУНАРОДНАЯ АНТИКУРИТЕЛЬНАЯ КАМПАНИЯ “БРОСЬ КУРИТЬ И ПОБЕДИ” В НОВОСИБИРСКЕ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ <i>Куделькина Н. А., Алексеева Н. В., Трошин С. В.</i>	72
ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ) <i>Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.</i>	72
ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ МАГНИЯ КРОВИ НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Куликова И. В., Перминов А. А., Чепурная Н. И.</i>	73
АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Кучеренко О. Д.</i>	73
ТЕ1 ИНДЕКС ПОЗВОЛЯЕТ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И С СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Ларина В. Н.¹, Барт Б. Я.¹, Дергунова Е. Н.², Алёхин М. Н.³</i>	73
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ <i>Лебедев П. А., Даушева А. Х.</i>	74

ФАКТОРЫ РИСКА И КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ <i>Лебедекова С. Е., Кривилевич Н. Б., Баеилова М. Т., Челтаченко О. Е., Рошупкин А. Н., Трусова О. Ю.</i>	74
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА КАК КРИТЕРИЙ НАРУШЕННОГО ЭНЕРГООБМЕНА <i>Лебедекова С. Е., Баеилова М. Т., Красиков С. И., Челтаченко О. Е., Трусова О. Ю.</i>	74
СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЯМИ СЕРДЦА <i>Лебедекова С. Е., Баеилова М. Т., Черных Л. П. *, Рошупкин А. Н.</i>	75
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗНАЧЕНИЯ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Левицкая Е. С., Батюшин М. М., Шавкута Г. В., Терентьев В. П.</i>	75
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИО-РЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ НА ПРОГНОЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА <i>Левицкая Е. С., Батюшин М. М., Шавкута Г. В.</i>	76
АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Леонова Е. А., Гостева О. В.</i>	76
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА <i>Ли Е. Д., Столярова Н. И., Борискина Т. В., Зарянкин А. Ю.</i>	76
ЦИРКУЛЯРНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В СОЧЕТАНИИ С ДЕНЕРВАЦИЕЙ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Лосик Д. В., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Стенин И. Г., Стрельников А. Г., Баранова В. В., Широкова Н. В., Покушалов Е. А.</i>	77
ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Лихтер Т. А., Каменева О. А.</i>	77
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА <i>Лохина Т. В., Казанцева Л. В., Лихтер Т. А., Ветрова И. П., Каменева О. А.</i>	77
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕМУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Лукина Ю. В.¹, Гинзбург М. Л.², Марцевич С. Ю.¹</i>	78
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ХСН С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ <i>Лычев В. Г., Клестер Е. Б., Игнатьев М. Е., Клестер К. В.</i>	78
ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ИБС И ИХ КЛИНИКО – ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ <i>Лямина Н. П., Разборова И. Б., Котельникова Е. В., Карпова Э. С., Липчанская Т. П.</i>	79
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ II–III СТЕПЕНИ <i>Максимов Д. Б., Искендеров Б. Г.</i>	79
ПРЕДИКТОРЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОЛУЧАВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ <i>Максимов Д. Б., Искендеров Б. Г.</i>	79
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Максютова А. Ф., Максютова С. С., Муталова Э. Г., Фрид С. А., Максютова Л. Ф., Кудрявцева И. В., Фаррахова Ф. И.</i>	80
ОЦЕНКА ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Максютова С. С., Максютова Л. Ф., Муталова Э. Г., Фрид С. А., Максютова А. Ф., Мустафин Х. М., Бакулина И. А., Кудрявцева И. В., Фаррахова Ф. И.</i>	80
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО РИСКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ ЭНАЛАПРИЛА С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ <i>Мальшева Е. В., Маянская С. Д., Абдрахманова А. И.</i>	81
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРТЕНИЛА (РОЗУВАСТАТИНА) У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА С ИБС И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ <i>Мальков К. Л.</i>	81
СОСТОЯНИЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Манасян А. Г., Липунова А. С., Ермолов С. Ю., Болдуева С. А., Сердюков С. В.</i>	81

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ТЕСТИРОВАНИЯ ПЕПТИДОВ-ИНГИБИТОРОВ ПРОПРОТЕИНКОНВЕРТАЗЫ PCSK9 – ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ НОВЫХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ <i>Мандельштам М. Ю., Поляков Д. С.</i>	82
ВОЗРАТНАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Мансурова Д. А., Каражанова Л. К.</i>	82
АНАЛИЗ РОЛИ КОМПОНЕНТОВ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ ДУГИ В ПРОИСХОЖДЕНИИ МЕДЛЕННЫХ КОЛЕБАНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ И ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Мартынов И. Д., Флейшман А. Н.</i>	83
СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ <i>Масленникова О. М., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д.</i>	83
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ <i>Матвиенко Е. Е., Семенкова Г. Г.</i>	83
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ЗАПЫЛЕННОСТИ <i>Мелентьев А. В., Вавилова В. А., Серебряков П. В.</i>	84
ЧАСТОТА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ <i>Мензоров М. В.¹, Шутлов А. М.¹, Парфенова Е. А.¹, Гришенский И. Ю.¹, Прокина О. Ф.¹, Голубчиков А. Ю.²</i>	84
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Мерзликин Л. А., Афанасьев А. Я., Смирнов В. В., Замятина О. В., Рыжова Т. В.</i>	85
БЛОКАДА ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИССА – ПАТОЛОГИЯ ИЛИ ВАРИАНТ НОРМЫ? <i>Мерзликин Л. А., Щеглова Ю. М.</i>	85
ОБЫЧНЫЙ ИМПУЛЬСНОВОЛНОВОЙ ДОППЛЕР В ОЦЕНКЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ <i>Мирзоян Е. С., Неласов Н. Ю., Бабаев М. В.</i>	86
УРОВНИ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДОБРОВОЛЬЦЕВ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Миролюбова О. А., Яковлева А. С., Вахрушева Ю. В., Хлопина И. А.</i>	86
РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СРЕДИ ЮНЫХ ХОККЕИСТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА <i>Митусова М. А.</i>	86
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Морозова Т. Е., Андрущишина Т. Б., Латыпова Е. Р.</i>	87
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА <i>Мравян С. Р., Петрухин В. А., Пронина В. П., Фёдорова С. И., Торшина З. В.</i>	87
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЭЛЕКТРИЧЕСКИМИ СИСТЕМАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РИТМ СЕРДЦА <i>Мравян С. Р., Петрухин В. А., Федорова С. И., Коваленко Т. С.</i>	88
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Муромкина А. В.</i>	88
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Мухарлямов Ф. Ю.¹, Иванова Е. С.²</i>	88
ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Иванова Е. С.¹, Мухарлямов Ф. Ю.², Разумов А. Н.²</i>	89
СОВРЕМЕННЫЕ КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ <i>Иванова Е. С.¹, Мухарлямов Ф. Ю.², Разумов А. Н.²</i>	89
ОЦЕНКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ <i>Назаркина М. Г., Котляров А. А., Чекашкина Е. Е.</i>	90
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Науменко Е. И., Князева С. В., Белкина Н. Р., Назарова И. С.</i>	90
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ <i>Науменко Е. И., Тумаева Т. С.</i>	91
ИНФАРКТ МИОКАРДА У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Науменко Е. И.</i>	91

ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИ ОПОСРЕДОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ <i>Науменко Е. И., Тумаева Т. С.</i>	91
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ <i>Немик Д. Б., Протопопов А. В., Матюшин Г. В., Агаева С. Р.</i>	92
ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КРЕМНИСТЫХ ВАНН <i>Никифорова Т. И.</i>	92
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН <i>Никифорова О. В., Габинский Я. Л.</i>	93
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТЕВОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС <i>Николаева Н. В.</i>	93
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ <i>Нилова С. А.</i>	94
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Обухова Т. В., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Берг М. Д.</i>	94
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ С СУТОЧНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Обухова Т. В., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Берг М. Д.</i>	94
ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Олейник Е. А., Баталина М. В., Либис Р. А.</i>	95
МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1–2 СТЕПЕНИ <i>Олейников В. Э., Сергацкая Н. В., Гусаковская Л. И.</i>	95
ДИНАМИКА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Орлова Н. В., Чукаева И. И., Карселадзе Н. Д., Сапожников С. А.</i>	96
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ <i>Осадчий В. А., Буканова Т. Ю.</i>	96
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МЕТИЛДОПОЙ НА СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Падыганова А. В., Чичерина Е. Н., Шишов А. А., Изергина К. В.</i>	96
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМРФИЗМ ПЛУТАТИОНТРАНСФЕРАЗ GSTT1 И GSTM1 И МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ MMP9 У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Панченко Е. А.¹, Невзорова В. А.¹, Тилик Т. В.¹, Исаева М. П.²</i>	97
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Пасечная Н. А.</i>	97
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Поварнищина С. С., Сушенцова Т. В., Пантюхина Н. В., Гарифуллина О. П.</i>	98
ИЗМЕНЕНИЕ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРДАРОНОМ <i>Подзолков В. И., Лория И. Ж., Тарзиманова А. И., Мохаммади Л. Н.</i>	98
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С РАЗМЕРОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Подзолков В. И., Мохаммади Л. Н., Тарзиманова А. И., Лория И. Ж.</i>	99
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ВЕНОЗНОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ <i>Полонская Я. В.¹, Каштанова Е. В.¹, Иванова М. В.¹, Рагино Ю. И.¹, Стахнёва Е. М.¹, Каменская О. В.², Чернявский А. М.²</i> ..	99
ВЛИЯНИЕ АГОМЕЛАТИНА НА СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО И ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Попонина Т. М.¹, Попонина Ю. С.^{1,2}, Гундерина К. И.¹, Марков В. А.^{1,2}</i>	99

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Портнова Е. В.</i>	100
РОЛЬ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В ПОВЫШЕНИИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Пурьгина М. А., Агеев О. А., Мизиренкова И. Д.</i>	100
ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ АРХИТЕКТониКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ <i>Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Черных Т. А., Жигжитова Е. Б., Геращенко Л. Ю.</i>	100
ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ <i>Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Зуева А. А., Жилина А. А.</i>	101
ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Пягай Н. Л., Иванова Е. С., Шалягин Ю. Д.</i>	101
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ <i>Распутина Л. В., Мостовой Ю. М.</i>	102
СОДЕРЖАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ <i>Резникова Е. А., Бочкарева О. И., Тарасов А. А.</i>	102
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ <i>Резниченко Т. А., Масленникова О. М., Фирсакова В. Ю.</i>	102
ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ <i>Репкина Т. В., Осипова И. В., Кулишова Т. В.</i>	103
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ <i>Репкина Т. В., Бабушкин И. Е., Касумов В. В.</i>	103
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСТЕНА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Рогачева О. А.</i>	104
ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Рогутский Б. С.¹, Пурьгина М. А.¹, Горячева А. А.²</i>	104
ВОЗМОЖНА ЛИ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ? <i>Романова Н. А., Поварова Т. В.</i>	105
ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА <i>Рудакова О. М., Болотнова Т. В., Кармацких О. Г.</i>	105
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ <i>Самарина О. В., Ковтун О. П., Трунова Ю. А.</i>	105
ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Сапачева М. Г., Даабуль К. С., Королева Т. В., Подзолков В. И.</i>	106
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРОГЕННЫХ И НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА <i>Сараев И. А., Сараева Ю. В., Боева А. Н.</i>	106
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ИЗОМЕРОВ АМЛОДИПИНА НА ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ АРТЕРИЙ И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Саушкина С. В., Искендеров Б. Г.</i>	107
АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Саушкина С. В., Искендеров Б. Г.</i>	107
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Семенова Г. Г., Козырева О. В.</i>	107
ОТНОШЕНИЕ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ <i>Семенова О. Н., Наумова Е. А.</i>	108
ПРИНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОГО РЕШЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Семенова О. Н., Наумова Е. А.</i>	108

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ <i>Сердюков Д. Ю., Гордиенко А. В., Стариенко Е. А., Шмелева В. М.*</i>	109
ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И ВЕРОЯТНОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Сердюков Д. Ю., Гордиенко А. В., Стариенко Е. А., Шмелева В. М.*</i>	109
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Серов В. А., Шевченко С. В., Серова Д. В., Бубнова Т. В., Пыльнова Т. Н.</i>	109
АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА <i>Скибчик В. А., Булак О. В.</i>	109
ИНДЕКС СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ – РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА <i>Смазнова О. В., Акимова Е. В.</i>	110
ОТНОШЕНИЕ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТЮМЕНИ 25–64 ЛЕТ <i>Смазнов В. Ю., Смазнова О. В., Акимов А. М., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.</i>	110
КОНТРОЛЬ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА ГЕНЕРАЦИИ ТРОМБИНА В БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЕ <i>Смирнова О. А.¹, Наместников Ю. А.¹, Матвиенко О. Ю.¹, Березовская Г. А.², Клокова Е. С.², Карпенко М. А.², Головина О. Г.¹, Папаян Л. П.¹</i>	111
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СТУПЕНЕЙ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ <i>Солдатенко М. В., Сморон А. В.</i>	111
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Солдатенко М. В., Соколов А. А.</i>	112
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Соловей С. П., Манак Н. А., Карпова И. С., Мацкевич С. А., Барбук О. А., Кошлатая О. В.</i>	112
ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ <i>Соловьева А. В.¹, Аксентьев С. Б.², Андреева Е. В.², Салтыкова И. И.²</i>	112
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Сонина Е. В., Мирошниченко И. В.¹</i>	113
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Ставенчук Т. В., Зафираки В. К., Скалецкий К. В., Космачева Е. Д.</i>	113
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ГАНГЛИОНАРНЫХ СПЛЕТЕНИЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И СЛОЖНЫХ ФРАКЦИОНИРОВАННЫХ ПРЕДСЕРДНЫХ ЭЛЕКТРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Стенин И. Г., Артеменко С. Н., Романов А. Б., Якубов А. А., Стрельников А. Г., Камиев Р. Т., Шабанов В. В., Покушалов Е. А.</i>	114
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЛЮС ЗГТ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМАХ <i>Столярова У. В., Хворостухина Н. Ф.</i>	114
КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ <i>Столярова У. В., Рогожина И. Е., Хворостухина Н. Ф.</i>	115
ЭПИКАРДИАЛЬНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В СОЧЕТАНИИ С АОРТО-КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Стрельников А. Г., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Елесин Д. А., Шабанов В. В., Стенин И. Г., Камиев Р. Т., Якубов А. А., Абашкин С. А., Покушалов Е. А.</i>	115
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ НАГРУЗКИ ПРИ СПИРОВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА <i>Суджаева О. А., Островский Ю. П.</i>	116
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА У ЧЕТЫРНАДЦАТИЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ <i>Сурова О. В., Киселева О. А., Ефимова Н. В.*</i>	116
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ПРОЦЕССЕ ГЕСТАЦИИ <i>Сушенцова Т. В., Бадриева Ю. Н., Тетелютина Ф. К.</i>	116
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ <i>Тарасов А. А., Резникова Е. А., Бочкарева О. И.</i>	117

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА БЕЗ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ <i>Тарасов А. А., Резникова Е. А., Бабаева А. Р.</i>	117
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Тетелютина Ф. К., Пащукова Е. А., Стародумов Д. Л., Сушенцова Т. В., Ильина Н. А.</i>	118
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Каражанова М. О., Токбулатова М. О.</i>	118
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ <i>Туркина К. В., Мазуров В. И., Жаркова О. А.</i>	119
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА И НООТРОПИЛА ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Турсунов Б. Ш., Маль Г. С.</i>	119
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) <i>Умникова М. В., Архипов М. В., Бадтиева В. А., Власов А. А.</i>	119
ШКАЛА SCORE В ПРАКТИКЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ <i>Федорова Г. И., Чернева Н. А., Чуфарова Г. В., Макеева Е. Р.</i>	120
ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Федоров С. В.</i>	120
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПОПУЛЯЦИИ РЯЗАНСКОГО РЕГИОНА (ИССЛЕДОВАНИЕ “МЕРИДИАН-РО») <i>Филиппов Е. В.</i>	121
ПРОБЛЕМЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Филипченко Е. М., Горбань В. В.</i>	121
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПРОБЛЕМА ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ <i>Филипченко Е. М.</i>	122
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ ДИНАМИЧЕСКОЙ КАПНОГРАФИИ <i>Фомина К. А., Абросимов В. Н.</i>	122
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Фролова Ю. В., Раскин В. В., Маликова М. С., Дземешкевич А. С., Подоляк Д. Г., Шапиева А. Н., Домбровская А. В.</i>	122
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОГЕННЫХ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ АРИТМИЙ, КАК ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЫ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ <i>Фролов В. М., Симоненко В. Б., Сушкова И. Э., Мартыненко Т. В.</i>	123
ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Фролов В. М.</i>	123
ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ <i>Хайретдинова Т. Б., Павлова М. К.</i>	124
ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ И ТОПИКИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Хованская М. Н.¹, Горячева А. А.¹, Черненко Е. А.², Сидорова И. В.²</i>	124
МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНЫЙ КРОВОТОК У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Цигулева О. А., Попова Л. В.*, Антонович Н. И.*</i>	124
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ <i>Чевлянская О. Н., Дударев М. В.</i>	125
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС В УСЛОВИЯХ КЛИМАТОБАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО КУРОРТА <i>Черкашина И. В., Никитин М. В., Коптягина Л. Г.</i>	125
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ НА ТЕМП СТАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.</i>	126
ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.</i>	126

ВЛИЯНИЕ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ФЕНОМЕН ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ	
Чиныбаева А. А.	127
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ	
Чистякова М. В., Говорин А. В., Гончарова Е. В., Радаева Е. В.	127
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	
Чистякова М. В., Говорин А. В., Гончарова Е. В., Радаева Е. В.	127
ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ И ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ	
Чудинова Л. Н.	128
ОСЛОЖНЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Чумак Е. Л. ^{1,2} , Сердечная Е. В. ²	128
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ	
Чумакова Е. А., Гапонова Н. И.	129
ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	
Чуприна С. Е., Попова Д. О., Елецкая О. В.	129
ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТИРУЕМОГО АППАРАТА ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ДЛЯ ДЕТЕКЦИИ РЕЦИДИВОВ АРИТМИИ И ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ РАННЕЙ ПОВТОРНОЙ АБЛАЦИИ ПО ПОВОДУ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	
Шабанов В. В., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Стенин И. Г., Елесин Д. А., Стрельников А. Г., Шелудько А. В., Покушалов Е. А.	130
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ С МАРКЕРАМИ СОСУДИСТОГО МИКРОВОСПАЛЕНИЯ И ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ	
Шаврин А. П.	130
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО В 2012 ГОДУ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Шалыгин Ю. Д., Иванова Е. С.	130
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	
Шандалин В. А., Гераскина Л. А., Фоякин А. В.	131
ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Шарафеев А. З., Рахматуллина Р. Н., Ким З. Ф., Абдрахманова А. И.	131
ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Шарафеев А. З., Рахматуллина Р. Н., Ким З. Ф., Абдрахманова А. И.	132
КОМОРБИДНОСТЬ И ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	
Шарафутдинова А. Ф. ¹ , Мензоров М. В. ² , Михайлова Е. В. ² , Парфёнова Е. А. ²	132
МЕТАБОЛИТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	
Шарова В. Г., Замяткина О. В., Давыдова М. В., Шатунов А. А., Харченко А. В.	132
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО ТРУДА	
Шелехова Ю. В., Храмова Н. А.	133
ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО ТРУДА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
Шелехова Ю. В., Храмова Н. А.	133
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РЧА УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН И РЧА АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ЭКС	
Шелудько А. В., Романов А. Б., Байрамова С. А., Широкова Н. В., Баранова В. В., Лосик Д. В., Панфилов С. В., Покушалов Е. А.	134
ДИНАМИКА ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	
Шепилова И. Б., Саламатина Л. В., Дацюк И. В., Новак Э. П., Урванцева И. А.	134
РЕАКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ	
Широких Ю. В., Кузнецов С. И., Ажми И.	134

ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ <i>Шкловский Б. Л., Ойноткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В. И.</i>	135
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ ВЕДЕНИЯ НА ОСНОВНЫЕ КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ. <i>Шкловский Б. Л., Ойноткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В. И.</i>	135
С-ПЕПТИД ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Шкловский Б. Л., Ойноткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В. И.</i>	136
РОЛЬ И МЕСТО СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ <i>Шкловский Б. Л., Ойноткинова О. Ш., Крашутский В. В., Бакшеев В. И.</i>	136
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ <i>Шлягер Е. В., Горячева А. А.</i>	136
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Шуклина К. А., Резван В. В., Карпова О. Ю.</i>	137
ОЦЕНКА РОЛИ И ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РАННЕЕ РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЫСОКИМ УРОВНЕМ НАПРЯЖЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Захарова А. И., Шарова Н. В., Улятовский В. А., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Малышева О. С., Кутелев Г. Г.</i>	137
ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ НАПРЯЖЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Захарова А. И., Шарова Н. В., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Малышева О. С., Кутелев Г. Г.</i>	138
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН С ВЫСОКОЙ НАПРЯЖЕННОСТЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Аланичев А. Е., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Ткаченко К. Н., Малышева О. С., Филиппович К. А.</i>	138
ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СТЕПЕНЬ РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Шуленин К. С., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Бовтюшко П. В., Чумаков А. В., Шахнович П. Г., Ткаченко К. Н., Малышева О. С., Мозильная В. И., Кутелев Г. Г.</i>	139
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА <i>Шуленин К. С., Улятовский В. А., Свистов А. С., Черкашин Д. В., Яловец А. А., Аланичев А. Е., Бовтюшко П. В., Шахнович П. Г., Пастухов А. В.</i>	139
РОЛЬ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА В ГЕНЕЗЕ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Шуленин К. С., Яловец А. А., Пастухов А. В., Улятовский В. А., Свистов А. С., Черкашин Д. В., Воронин С. В.</i>	140
АЛГОРИТМ СТАТУСМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Шуленин К. С., Бовтюшко П. В., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Шахнович П. Г., Малышева О. С., Трофимова О. В., Козьявин Н. А.</i>	140
ЭВОЛЮЦИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА АРТЕРИЙ МЫШЕЧНО-ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА И СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ <i>Шуленин К. С., Бовтюшко П. В., Свистов А. С., Филиппов В. Ю., Шахнович П. Г., Сухорослова И. Е., Малышева О. С., Козьявин Н. А., Трофимова О. В.</i>	140
ПЭТ С ¹⁸ F-ФДГ И ОФЭКТ С ^{99m} Tc-ТЕХНЕТРИЛОМ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Шурупова И. В., Бокерия Л. А., Асланиди И. П., Трифонова Т. А., Деревянко Е. П., Катунина Т. А.</i>	141
ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Щеглова Ю. М., Андреева Н. В., Комарова И. С., Желнов В. В.</i>	141
УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КЛИНИЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ В ГРУППЕ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Эфрос Л. А.</i>	142

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРУЮ ФАЗУ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТА <i>Юневич Д. С., Аксентьев С. Б., Рычалина Е. Ю. *</i>	142
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ВЫПОЛНЕНИЕ СТАНДАРТОВ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ <i>Юрьева С. В., Сердечная Е. В.</i>	143
ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Якимова А. В., Кратнов А. Е., Добровская Т. Д., Ражева О. К.</i>	143
ПРЕСТАРИУМ А® ПОВЫШАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ <i>Яковлева А. С., Миролубова О. А., Вахрушева Ю. В.</i>	143
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПЕРВЫЕ ТРИ МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА КАК ПРЕДИКТОР ОТДАЛЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ: ДАННЫЕ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА <i>Якубов А. А., Романов А. Б., Артеменко С. Н., Туров А. Н., Байрамова С. А., Шабанов В. В., Стенин И. Г., Елесин Д. А., Лосик Д. В., Стрельников А. Г., Камиев Р. Т., Покушалов Е. А.</i>	144

ГЕМОДИНАМИКА
ТРАНСПОРТ O₂
ДЫХАНИЕ
ТЕМПЕРАТУРА
АКТИВНОСТЬ МОЗГА
МЕТАБОЛИЗМ

СИМОНА 111

Система Неинвазивного Мониторинга

МОНИТОРИНГ ДОСТАВИТ ИСТИННОЕ НАСЛАЖДЕНИЕ!

ПРИМЕНЯЕТСЯ

- * Интенсивная терапия
- * Операционная
- * Кардиология
- * Неотложная помощь
- * Гемодиализ
- * Научные исследования
- * Спортивная медицина

СОСТОИТ

ИЗ 9-ТИ МОДУЛЕЙ:

1. РЕОкардиограф
2. Электрокардиограф
3. Неинвазивное АД
4. Пульсоксиметр
5. Механика вентиляции
6. Газы дыхания (CO₂ и O₂)
7. Температура тела (2)
8. Электроэнцефалограф
9. Метаболограф

ПОЗВОЛЯЕТ

- * Мониторировать гемодинамический и кислородный статус пациента в острых и хронических случаях
- * Дифференцировать причины недостаточности кровообращения и дыхания
- * Определять операционно-анестезиологический риск
- * Определять цель медикаментозной терапии
- * Оптимизировать титрование медикаментов
- * Определять индивидуальный ответ пациента на лечение
- * Успешно лечить резистентную гипертонию
- * Рано определять задержку жидкости в организме
- * Оптимизировать режим электрокардиостимулятора
- * Проводить статистический анализ (Excel)



СИМОНА
так хороша, что
хочется
обладать ею.
И это не интрижка,
а длительный
любовный роман.

ДИАГНОСТИРУЕТ

* Преднагрузку

гиповолемию
нормоволемию
гиперволемию

* Сократимость

(4 показателя)

* Оксию

респираторную
гемическую
транспортную
тканевую

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

использует отечественные и зарубежные патенты в области цифровых технологий и позволяет сохранять все данные мониторинга более 10 лет, распечатывать в формате A4 и показывать на 19-дюймовом экране **123 показателя** и их тренды и **17 номограмм**.

Все показатели отображаются относительно коридора индивидуальной нормы, которая зависит от возраста, пола, роста, веса и температуры пациента.

ВИРТУАЛЬНЫЙ РЕЖИМ

позволяет моделировать действие медикаментов на мониторируемые показатели. Этот режим эффективен также в процессе обучения, т.к. позволяет решать ситуационные задачи.

ДАЕТ СОВЕТЫ

по назначению и титрованию сердечно-сосудистых препаратов.



Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения



ЭФФЕКТИВНОСТЬ

- Эффективная защита от инсульта и системной эмболии¹
- Подходит для пациентов с сердечно-сосудистым риском¹
- Защита с первого дня лечения

БЕЗОПАСНОСТЬ

- Значительно ниже частота внутричерепных и фатальных кровотечений по сравнению с варфарином¹
- Общая частота кровотечений сопоставима с таковой при приеме варфарина¹
- Изучен у разных групп пациентов, более 75 000 пациентов в программах клинических исследований

ПРОСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ

- 1 таблетка 1 раз в сутки
- Фиксированная доза
- Не требует мониторинга свертывания крови, ограничений в диете

Более подробная информация на сайтах: www.xarelto.com и www.thrombosisadviser.com

КСАРЕЛТО®. Международное непатентованное название: ривароксабан. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка покрытая пленочной оболочкой содержит 15 или 20 мг ривароксабана микронизированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке. Клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепное кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения). Заболевания печени, протекающие с коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечения. Беременность и период грудного вскармливания. Детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность для пациентов данной возрастной группы не установлены). Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). Клинические данные о применении ривароксабана у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <15 мл/мин.) отсутствуют. Поэтому применение ривароксабана не рекомендуется для данной категории пациентов. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения. При лечении пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести (клиренс креатинина <50-30 мл/мин.), получающих одновременно препараты, повышающие уровень ривароксабана в плазме крови. При лечении пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <30-15 мл/мин.), поскольку концентрация ривароксабана в плазме крови у таких пациентов может значительно повышаться и вследствие этого они подвержены повышенному риску кровотечения. У пациентов, получающих лекарственные препараты, влияющие на гемостаз (например, НПВП, антиагреганты или другие антитромботические средства). Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, кетоконазолом) или ингибиторами протеазы ВИЧ (например, ритонавиром), поскольку концентрация ривароксабана в плазме при одновременном приеме с этими препаратами может повышаться до клинически значимого уровня, что увеличивает риск развития кровотечений. Пациенты с тяжелой почечной недостаточностью или повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протеазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь. Ксарелто® 15 и 20 мг следует применять во время еды. Рекомендованная доза составляет 20 мг 1 раз в день. Для пациентов с умеренным нарушением функции почек (клиренс креатинина <50-30 мл/мин.) рекомендованная доза составляет 15 мг 1 раз в день. Рекомендованная максимальная суточная доза составляет 20 мг. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Учитывая механизм действия, применение ривароксабана может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Часто отмечаются: анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), тахикардия, кровоизлияние в глаз желудочно-кишечное кровотечение (включая кровоизлияние десен и ректальные кровотечения), боли в области желудочно-кишечного тракта, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, лихорадка, периферические отеки, ухудшение общего самочувствия (включая слабость, астению), кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемию и кровотечение из ран), избыточная гематома при ушибе, повышение активности трансаминаз, боли в конечностях, головокружение, головная боль, кратковременный обморок, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и меноррагию), носовое кровотечение, зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), сыпь, экхимоз, гипотензия, гематома. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Безопасность и эффективность применения Ксарелто® у пациентов с искусственными клапанами сердца не изучались, следовательно, нет данных, подтверждающих, что применение Ксарелто® 20 мг (15 мг у пациентов с умеренным нарушением функции почек) обеспечивает достаточный антикоагулянтный эффект у данной категории пациентов. **Регистрационный номер:** ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 25.01.2012. **Производитель:** Байер Шеринг Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365 (10):883-891. *150 Лет Науки для лучшей жизни.

ЗАО «БАЙЕР»

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.

Тел.: +7 (495) 231 1200, факс: +7 (495) 231 1202

www.bayerhealthcare.ru



150 Years
Science For A Better Life®