МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ РФ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВСЕМИРНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ СЕРДЦА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ФГБУ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЕЛДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ
РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
ФОНД СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ

28 – 30 марта 2017 г.
Москва

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Специальный выпуск журнала
Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(март)

HOW DOES IVABRADINE EFFECT ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE?

Aydın F [1], Bektur S [1], Taşdelen Y [2], Kıvrak Y [3], Huseyinoglu A Aydin[1]
1-Eskisehir State Hospital, Department of Cardiology, Eskisehir, Turkey
2-Edremit State Hospital, Department of Pshychiatry, Balikesir, Turkey
3-Kafkas University, Faculty of Medicine, Department of Pshychiatry, Kars, Turkey

Aim: Erectile dysfunction (ED) is the inability or insufficiensy of penile erection that causes dissatisfaction during sexual intercourse. ED is seen in patients with heart failure (HF) ranging from %56-81 depending on the severity. Patients usually blame their cardiovascular medications for their ED. Ivabradine is used for antianginal effects and to improve exercise intolerance and decrease mortality in patients with HF. Most beta-blockers are known to cause ED but unlike beta-blockers the effect of ivabradine over ED has never been evaluated. We investigated the effect of ivabradine on ED in patients with HF.
Methods: Thirty-one patients with HF (all men) under optimal treatment for HF(except ivabradine) were recruited. Patients are evaluated with Internationally validated Sexual Health Inventory for Men (SHIM) questionnaire before the initiation of ivabradine and at 6th month of the treatment. SHIM scores previous to treatment and at 6 months were compared using Wilcoxon signed rank test. A p value <0,05 was accepted as statistically significant.
Results: At 6 months of follow-up the initiation of ivabradine, a significant increase in patients with normal libido was found ($P < 0.001$).
Conclusion: This is a novel study which evaluates the effect of ivabradine on human with HF. Ivabradine improved libido in patients with HF.

BALNEOTHERAPY AS AN ADJUNCTIVE TREATMENT IN LOWER BACK PAIN

Eppelbaum L., Gabinskiy V., Von Peters W.
Institute of Medicine and Rehabilitation, Atlanta, USA,
First National University, Idaho, USA, Russian-American University, Atlanta, USA

The Institute of Medicine and Rehabilitation uses a unique treatment methodology utilizing injection therapy combined with balneotherapy. Patients come to Atlanta for their evaluation and medial branch nerve block injection, are then sent to Warm Mineral Springs, Florida for a weeks balneotherapy, and then return to Atlanta for a second medial branch nerve block injection prior to returning home.

Balneotherapy is the use of natural medicinal waters therapeutically. It has been used at least from Roman Times through modern times in Russia, Europe and the United States.

Warm Mineral Springs has a very high concentration of mineral waters are sodium, magnesium, calcium and iron, in combination with acids to form chlorides, sulfates, sulfides and carbonates. Various other minerals occasionally present are arsenic, lithium, potassium, manganese, bromine, iodine, etc. Oxygen, nitrogen, carbonic acid and hydrogen sulfide gases along with argon and helium are also present.

Warm Mineral Springs' water has the highest mineral content of any warm springs in the world, higher than the more famous spas in Aix les Bains and Vichy in France, Baden Baden in Germany and Hot Springs in Arkansas.

The high mineral density of Warm Mineral Springs causes a high buoyancy, facilitating easy movement for those suffering various impairments, and allows them to partake in exercises such as strengthening, stretching, and aerobic activity.

Historically Balneotherapy has utilized in the treatment of low back pain. The Institute utilizes Warm Mineral Springs as a constituent of its proprietary methodology of treatment for chronic and intractable low back pain.

In studying the effects of the addition of Balneotherapy to the Institute's proprietary

injection treatment, the case notes of 1000 patients were statistically examined. It was found that the results of the use of Balneotherapy at Warm Mineral Springs as an adjunctive therapy is that 85% of the patients have achieved relief from their back pain for a minimum of 6 months.

Conclusion: The use of Balneotherapy as a therapy is indicated as an adjunctive therapy to achieve maximum results in the treatment of low back pain.

TAURINE FOR NUTRITION IN CHF

Gabinskiy V., Von Peters W., Gabinskaya L., Gabinskaya I., Gabinskiy R.
First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Taurine, a derivative of cysteine, is an amino acid and one of the few known naturally occurring sulfonic acids. It is necessary for cardiovascular function, and development, and occurs naturally in fish and meat.

In our study a group of 18 patients needing coronary bypass surgery ranging in age from 38 to 54 were treated with taurine. A drink consisting of 3 grams of taurine, 3 grams of carnitine, and 150 grams of CoQ10 was given to the participants to be taken twice daily, morning and evening, away from food.

At the end of the 90 day study, it was found that 95% of the participants had reduced left-sided ventricular volume during the diastole (the heart's resting phase). As an increased left-ventricular diastolic volume is the single greatest predictor of death in patients requiring bypass or stent placements, it indicates the role of taurine as vital component of the diet of these patients.

As the majority of symptomatic patients with CHF have been found to be mal-nourished, with a relative deficiency of taurine, increasing taurine would seem to be essential to therapeutic strategies to benefit patients with CHF.

BERBERINE IN INCREASING QUALITY OF LIFE IN CHF PATIENTS

Gabinskiy V., Von Peters W., Gabinskaya L., Gabinskaya I., Gabinskiy R.
First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Berberine is an active ingredient of the herb golden seal (hydrastis canadensis), and has been found to be able to dilate blood vessels. Berberine is antibacterial and anti-inflammatory, and contains immune enhancing properties.

For our study 23 participants were included who had diagnosed CHF and VPCs (Ventricular Premature Complexes) and/or non-sustained tachycardia. Each was undergoing conventional therapy consisting of digoxin, nitrates, diuretics, and angiotensin-converting enzyme inhibitors. In addition to the conventional therapy participants were additionally given berberine 2.0 grams per day.

Results over the period of the study showed that berberine resulted in an increased quality of life, with decreased VPCs over those simply undergoing standard conventional therapy.

THE MOST WIDESPREAD DAMAGES TO TARGET ORGANS DEPENDING ON THE DEGREE OF ARTERIAL HYPERTESION

Gayday E.S., Nay N.V., Zhumabekova I.K.
Karaganda State Medical University, Karaganda , Kazakhstan

The aim. Examine the frequency of occurrence damages to target organs depending on the degree of arterial hypertension.

Material and methods. 79 medical cards were analyzed. Average age is 58, 2 years. The patients were divided 2nd degree of arterial hypertension, 10 of them are men and 15 women, average length of the disease is 9 years. In the 3rd group were 31 patients with the 3rd degree of arterial hypertension, 11 of them are men and 20 are women, the average length of the disease is 14 years.into 3 groups depending on the degree of arterial hypertension. In the 1st group were 23 patients with arterial hypertension of 1st degree, 6 of them are men and 18 are women, the average length of the disease is 5 years. In the 2nd group were 25 patients with

Results. The analysis of medical cards was made to detect the damage of target organs in patients with arterial hypertension- hypertrophy of left ventricle, confirmed by electrocardiogram and\or ultrasound of heart - proteinuria confirmed by urinalysis, - hypertensive retinopathy, confirmed by the conclusion of the examination of the eye- atherosclerotic lesions of carotid arteries, confirmed by ultrasound investigation of the branches of brachiocephalic trunk.

Widespread of hypertrophy of left ventricle in 1st group is 4 patients (17%): proteinuria obtained in 1 patient (4%), while hypertensive retinopathy and atherosclerotic lesions of carotid arteries weren't obtained at all in 1st group. Among 18 patients (78%) there weren't any damage of target organ. In the 2nd group the frequency of occurrence of left ventricular hypertrophy increased in 4 times and became 68% (17 patients) 12 of them are women: proteinuria was obtained in 5 patients (20%), in 3 patients (12%) were obtained combination of left ventricular hypertrophy and proteinuria. Widespread of hypertensive retinopathy compose 8% (2 patients): lesion of carotid artery - 4% (1 patient). In 3rd group 3 patients (10%) have had left ventricular hypertrophy, others have had combined damage of target organs. They are: combination of left ventricular hypertrophy and proteinuria - 18 patients (59%), combination of left ventricular hypertrophy and retinopathy - 4 patients (13%), combination of left ventricular hypertrophy with proteinuria and retinopathy-3patients (9%), combination of hypertensive retinopathy and atherosclerotic lesion of carotid arteries - 3 patients (9%).

Conclusion. Analysis of the data determined the dependence of damage frequency to the target organs with the degree of arterial hypertension. The most common target organ upon arterial hypertension is heart- hypertrophy of left ventricle was obtained in all patients despite the degree of arterial hypertension, women have left ventricular hypertrophy more often. Hypertensive retinopathy and proteinuria found in patients with arterial hypertension of 2nd - 3rd degree and more average length of the disease. More rarely found patients with lesion of carotid arteries, usually it is combined with other damages of target organs.

THE EFFECTIVENESS OF HERBAL MEDICINE IN THE TREATMENT OF CHRONIC PYELONEPHRITIS

Karaganda State Medical University, Karaganda , Kazakhstan
Gayday E.S., Nay N.V., Zhumabekova I.K.

The aim. Evaluate the effectiveness of herbal medicine in the treatment of chronic pyelonephritis.

Materials and methods. The data of 86 patients was analyzed. The contingent of surveyed - 30 men and 56 women aged from 18 to 70 years with chronic pyelonephritis in the acute stage, the average age is 41.9 years. Patients were divided into 2 groups. The first group included 42 patients - received a course of antibiotic therapy for 10 days and an additional course in herbal medicine as a means of: Kanefron no. 2 tablets 3-4 times a day for a month, Phytolysinum by 1 teaspoon 3-4 times a day for a month, Phytosbor 150-200 ml. 3-4 times a day for a month. The second group included 44 patients - received a course of antibiotic therapy for 10 days.

Results. At patients of both groups through 10 and 20 days after an initiation of treatment estimated a clinical symptoms (existence or lack of pain in lumbar region, dysuria, fever), and also assessment of clinical - laboratory tests of blood and urine, existence or lack of a bacteriuria was carried out. Fever after 10 days was observed in 6 (16%) patients in group 1 and in 22 (50%)

of group 2, after 20 days it was not observed in either group. Dysuria in 1-st group decreased sharply by 10th day (from 79 to 33%) and after 20 days was observed in only 2 patients. On 10th day of treatment pain in the region of kidneys were observed in 6 (16%) patients of group 1 and in group 2 the number of patients with pain syndrome consisted of 17 (40%). After 20 days of pain in patients of group 1 was not actually observed, and in the second group was observed in 2 (5%) patients. Leukocytosis and increased ESR after 10 days preserved in 10 (24%) patients from 1st group, but after 20 days in group 1 there was not observed any patient. In group 2, on the 10th day leukocytosis and increased electron spin resonance observed in 14 (37%) patients, and after 20 days there was 1 (2%) patient with leukocytosis and increased electron spin resonance. Leukocyturia on 10th day was observed in 8 (20%) patients of the 1st group, after 20 days in group 1 was not observed. In the 2nd group after 20 days, leukocyturia was preserved in 16 (37%) patients, and after 20 days in 1(2%). Bacteriuria after 20 days was observed in 10 (33%) patients of the 1st group and 14 (47%) of group 2nd and after 20 days was not observed in either group.

Conclusion. The using of phytotherapy in complex treatment of patients with chronic pyelonephritis is shorten the duration of exacerbations.

In comparison with the control group patients, in patients that were taking herbal medicine the symptoms such as: fever, pain in the lumbar region, dysuria, bacteriuria and leukocyturia stopped more quickly.

OCCLUDER INSTALLATION IN THE LEFT ATRIAL APPENDAGE IN PREVENTING THROMBOTIC COMPLICATIONS: A CASE REPORT

Gurnitskaya M.V., Barkova Y.V., Bogatyreva M.D., Krasnov A.Y.
Regional clinical hospital, Stavropol

For quite a long time, a number of cardiovascular centres have been practicing the technique of occluder installation in the left atrial appendage, one of the most threatening areas of thrombosis in patients suffering from permanent atrial fibrillation. Eight interventions of this type have been conducted in the cardiovascular centre mentioned herein.

Aim: to share the experience of surgical prophylaxis of ischemic strokes in permanent atrial fibrillation.

Method: The criteria applied to all patients included permanent atrial fibrillation; ischemic stroke in the subacute stage; chronic cardiovascular insufficiency (not exceeding Stage IIA, New York classification); age ≤ 75 yrs; without cardiac thrombus (based on transoesophageal ultrasonographic data); mobility index not exceeding 4 points (modified Renkin scale); HAS-BLED index ≥ 2 points; risk of thrombosis (subject to the CHA2DS2-VASc scale) ≥ 4 points. The Watchman 24 occluder was installed in all cases. Angiographic complex Phillips.

Results: 7 out of 8 patients underwent surgery successfully. One clinical case stands out.

Patient K., 69 years, while being treated in neurological department was diagnosed with cardioembolic type of ischemic stroke located in the vascular supply of the vertebrobasilar system in the left hemisphere of cerebellum. On the 13th day, after the pronounced neurological symptoms all but disappeared, the Watchman 24 occluder was installed. A few hours later the patient's condition deteriorated sharply, with an increase in cerebral symptoms, no focal neurological manifestations, up to sopor, bulbar disorders, resistant arterial hypotension, and acute renal failure. A repeated computer tomography of the cerebrum revealed no new focus of stroke, while ultrasonography confirmed the occluder to be installed correctly. Due to the ineffective vasoconstrictor therapy and progression of renal failure, the patient's state was assessed as an anaphylactoid reaction, whereupon the 2 days pulse therapy was performed with prednisolone, 1000 mg/day. As a result, positive effect of treatment was obtained, but the patient remained in the intensive care unit during 2 weeks and after that in neurological department within two months. Despite active treatment and rehabilitation program, he was discharged from

the clinic with tracheostomy and nasogastral tube due to severe bulbar disorders. The patient was observed in our clinic for 1 year during which there was a sharp decrease in neurological symptoms, tracheosthomy was closed, and the nasogastral tube was removed.
Conclusion: thus remains unclear pathogenesis of the complications in this particular case. The possibility of such complications requires further analysis of these atypical occurs.

ASSOCIATION OF HEMODYNAMICAL INDICATORS WITH BNP GENES POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER REVASCULARIZATION

Kayumova N.K., Tulyaganova D.K., Davletchurin D.H., Radjabova D.I., Azizov Sh.I., Toshev B.B.
JSC "Republican specialized Scientific-practical medical center of Therapy and Medical rehabilitation", Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. The study of the relationship of echocardiographic, angiographic data polymorphisms and NPPB NPPA gene in patients with coronary heart disease (CHD), stable angina FC II-III.
Methods. The study included 96 CHD patients with stable angina FC II-III. The average age of patients was 56,8 ± 5,3 years. All patients underwent echocardiography, coronary angiography and research NPPA gene polymorphism and NPPB. The study of polymorphisms of genes was performed in the center of high-tech Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan in the biology lab. In 96 patients with CHD are taken samples for genotyping. For the study of single nucleotide mutation (SNP) genes and NPPA NPPB 48 polymorphisms were chosen. The material for DNA served as the venous blood from the cubital vein of 1 ml. For the collection, storage and transportation of blood using disposable plastic tubes 2.5 ml with anticoagulant (conservative) 0.5 ml. Polymerase chain reaction method: SNP genotyping, and sequencing was performed based on the published gene sequence NPPA Ensembl sequences.
Results of the study. As a result of genotyping of 96 samples of patients with ischemic heart disease, it was found that 40% of the samples showed no mutated alleles. 13 SNP was detected in the other samples. In the investigated group of patients 91 patients had homozygous CC genotype at rs5068 allele NPPA gene, found in 5 samples heterozygous CT genotype homozygous genotype TT is not detected in any sample. No statistically significant associations for the t-test was found between the two genotypes in relation to gender, body mass index, age ($p \geq 0,05$).
Evaluation NPPA gene influence and NPPB brain natriuretic peptide on the structure and function of the left ventricle according to echocardiography in patients with coronary heart disease found SNP association with hypertrophy of the left ventricle in coronary artery disease patients with hypertension at a thickness of ventricular septal more than 12 mm ($r = 0,43$, $p \leq 0.05$). In the study of coronary angiography data revealed the association of these genes with multiple vascular lesions (left main, LAD) - two or more ($r = 0,44$; $p \leq 0.05$).
Conclusions. Thus, in our study we set associative relationship NPPA genotypes and allelic gene SNP NPPB with echocardiographic and angiographic indicators that play an important role in the pathogenesis of coronary artery disease. These results open new perspectives for the understanding of the genetic mechanisms of development and progression of cardiovascular disease.

MENTAL CONFUSION IN ELDERLY PATIENT: HYPONATREMIA CASE REPORT

Internal Medicine Dr. Fatıma Nevay ERSAL GENÇ[1], Neurologist Dr. Veysi TABAK[2]
[1]Kumluca State Hospital, Internal Diseases Clinic, Antalya / TURKEY
[2]Kumluca State Hospital, Neurology Clinic, Antalya / TURKEY

Aim: Serum sodium is <137 mEq/L in about 7% of healthy elders. Hyponatremia symptoms vary depending on both Na level and acute and chronic development. When plasma sodium is 115-120 mEq/L, headache, muscle cramps, lethargy, seizure, coma and respiratory arrest may develop. Severity of the symptoms is correlated with the drop rate of serum sodium. Elders with severe chronic hyponatremia can compensate these changes in osmolality. As patients with chronic hyponatremia are adapted to changes in osmolality, serum sodium should be increased slowly in treatment.

Method:A male patient, aged 81, was brought to the emergency unit by his relatives, with dysarthria which had started about 1 hour ago. In medical record, about 2 minute contraction in the left half of the face (focal epileptic seizure?) was reported. His relatives reported headache, exhaustion, nausea, lack of appetite, sleepiness which were observed in the last week and gradually intensified. In the background, he was diagnosed with hypertension for a long time, was on a saltless diet and used ACEI-Hydrochlorotiazid as medication and thus, kept his blood pressure under control with this treatment

The patient's blood pressure was 100/70 mmHg and Pulse was 100/minute, rhythmic.

No fever. No infection findings while skin turgor and tonus were reduced and the tongue was dry. In neurologic examination, conscious was confused and speech was dysarthric. No laterization finding. Babinski was bilateral negative. Other system examinations were normal. Seizure did not repeat during monitoring. In laboratory tests, Blood Glucose: 119 mg/dl, Urea: 81 mg/dl, Creatinine: 1,8 mg/dl, Sodium: 118 mmol/L , Potassıum: 3,9 mmol/L Complete blood count and other biochemistry values were not significant. No pathologies were identified in brain tomography other than chronic ischemic changes and atrophy

Results: The patient was hospitalized considering hypovolemic, chronic hyponatremia. In treatment, isotonic sodiumchloride solution was applied because of hyponatremia in addition to volume deficit. Sodium level was checked every four hours. Sodium level was brought back to normal in 18 hours after replacement. Confusion and dysarthria improved, vital findings remained stable. Sodium level was normal in monitoring. The patient was discharged on the sıxth day of hospitalization

Disscusion: Careful anamnesis and physical examination are required to evaluate hyponatremia. It helps determining in the patient is hypo, hyper or euvolemic. In elders, renal induced volume deficits are generally caused by the use of diuretic. For example, in an elderly patient on a saltless diet, severe hyponatremia can develop with diuretic treatment (especially thiazide). Basing on our case, electrolyte imbalances, especially hyponatremia should certainly be considered in definitive diagnosis in elderly patients who apply to the emergency unit with lethargy and dysarthria. It is especially important as the current condition can be completely fixed by correcting the sodium level.

RUSSIAN PRIORITY IN THE STUDY OF ETIOLOGY AND PREVENTION hyperacidity gastrointestinal disease ANIMAL AND HUMAN from gastritis to cancer

Larionov BV
Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Goal. Determine the world's first work in this direction. It was an article BV Larionov, "The Effects of excess chlorides on the occurrence of hyperacidity states esophagitis, gastritis, duodenitis, enteritis, ulcerative colitis, peptic ulcer disease of the esophagus, stomach and duodenal ulcers, esophageal cancer, gastric cancer and colon cancer (biogeochemical odnoprichinnaya new paradigm)." Coll. scientific tr. and materials of the V International Symposium 26-28.05.2008. 3. T Kazan. 2008, 52-61.

Material and methods. Further, the group BV Larionov on Facebook "How to prevent caries, hypertension ..." were published quotes on the subject of books BV Larionov, "How to prolong your life? How to reduce the death rate in Russia? »Lap Lambert, 2014, 612 p.

Results. Later, the same group "How to prevent caries, ... hypertension was first shown that excessive salt intake / chloride causes gastrointestinal cancer of the oral cavity, nasopharynx, oropharynx, esophagus cancer, stomach cancer, duodeno cancer, small intestine and colon. URL: https://www.facebook.com/groups/679109632183158/search/?query=гиперацидный
Conclusion. Thus, we have the world's first proposed and justified a new biogeochemical odnoprichinnaya paradigm of etiology and prevention of hyperacidity disease of animals and humans. Excessive intake of salt / chloride leads to excessive release of HCl, and after an incubation period of HCl above a certain concentration becomes carcinogenic and leads to malignancy ulcers or formation of gastric cancer from the mouth to the rectum. Desirable grants for continuing research.

LONG-TERM RESULTS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER CORONARY ANGIOPLASTY

Radjabova D.I., Tulyaganova D.K., Sabirjanova Z.T., Toshev B.B., Azizov Sh.I.
JSC “Republican specialized Scientific-practical medical center of Therapy and Medical rehabilitation”, Tashkent, Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Purpose of the study. To study long-term results of treatment (percutaneous coronary intervention (PCI) or optimal medical therapy) and the quality of life in patients with coronary heart disease (CHD), stable angina FC II-III.
Methods. Total for the period examined 70 patients with CHD, including men - 66 (94.2%), women's 4 (5.7%). The average age of patients was 56,8 ± 5,3 years. The first group consisted of 46 patients who underwent PCI, the second group - 34 patients receiving optimal medical therapy (beta-blockers, ACE inhibitors, statins, antiplatelet agents). Quality of life assessment performed by the method of MOS SF-36. Monitoring of patients after PCI and stenting of the coronary arteries and the comparison group conducted in 1 year after the cardiac surgery treatment.
Results of the study. Repeated occurrence of myocardial infarction in patients two groups included in the study, were observed within one year after PCI. Return of angina after PCI performance during the year was observed in 2.86% of patients study group that did not occur in the comparison group ($p < 0.05$). Repeated hospitalization due to worsening of the general state, were observed in 5.71% of patients the study group, which was not in the comparison group. In the analysis of the data by factors characterizing the physical component of quality of life by questionnaire MOS SF -36 in patients with myocardial revascularization improved by 27,1% ($p < 0,05$), and in patients with optimal medical therapy by 25.6% ($p < 0,05$), and improved mental health in patients with myocardial revascularization at 32,1% ($p < 0,05$) and 30,5% ($p < 0,05$) in patients with optimal medical therapy. The data indicate a clear improvement of quality of life after myocardial revascularization in most patients is maintained in long-term follow -through year study. It is noteworthy that patients who underwent PCI had better quality of life scores on all scales of SF-36 compared with the comparison group and late postoperative periods. In the long-term period reduces the incidence of myocardial infarction, improves the "quality of life" of patients.
Conclusions. The study results of treatment (PCI or optimal medical therapy) revealed a significant improvement in quality of life indicators in all scales of SF-36, more in the group of patients with revascularization than with medical therapy.
Early diagnosis and functional assessment of myocardial allow timely determine the appropriate treatment strategy of patients and thereby improve the quality of life of patients.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ ТАКОЦУБО

Абдрахманова А.И.[1,2], Сайфуллина Г.Б. [2], Ослопова Ю.В.[1], Хасанова Р.Н. [1]
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия
ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань, Россия

Цель: предоставить анализ динамики показателей сцинтиграфии миокарда у пациентки с кардиомиопатией такоцубо.

Материалы и методы: Пациентке Б. 58 л. после обследования был выставлен основной диагноз: Такоцубо-кардиомиопатия. Одним из методов исследования, который позволил выставить диагноз была сцинтиграфия миокарда, которая проводилась на однодетекторной гамма-камере Millenium MPR (GE) через 1 час после внутривенного введения 500 МБк 99mTc-Технетрила в режиме ЭКГ-синхронизированной томографии. Анализ перфузии и функции левого желудочка проводился с помощью программы QPS/QGS с использованием 19-сегментарной модели ЛЖ по шкале с максимальным отклонением от нормы – 4 бала (отсутствие перфузии) и 5 баллов (дискинезия), соответственно.

Результаты: в ходе мониторинга состояния пациентки получены следующие показатели: 1) на 2-й день после развития приступа (пароксизм НЖТ с дискомфортом в груди, одышкой, головокружением) - в 6 из 7 сегментов верхушечной области степень нарушения перфузии составила 3 балла (выраженный дефект перфузии), в медиальных сегментах передней, передне- и нижне-боковой, нижней стенок (n=4) – 2 балла (умеренный дефект), площадь и объем поражения – 50% и 34%, соответственно; локальная сократимость характеризировалась акинезией (4 бала) и небольшой дискинезией всех сегментов (n=7) верхушечной области, умеренной и выраженной гипокинезией (2 и 3 балла) всех медиальных сегментов (n=6); конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ – 145 мл, фракция выброса (ФВ) ЛЖ – 30%; шарообразная конфигурация полости ЛЖ; 2) для ревизии диагноза в последующую госпитализацию исследование было проведено повторно через 2 месяца – небольшое нарушение перфузии (1 балл) сохраняется в области верхушки, в проекции апикального и медиального передних, медиального перегородочного сегментов (n=4), объем гипоперфузии уменьшился до 5%; локальная сократимость – умеренная гипокинезия верхушки, апикального нижнего, апикального, медиального и базального перегородочных сегментов (n=5); КДО – 87 мл, ФВ ЛЖ – 57%; восстановление физиологичной эллиптической формы ЛЖ; 3) через 5 месяцев – сохраняется небольшая гипоперфузия (1 балл) в передне-верхушечной и перегородочной областях (n=5); ухудшение локальной сократимости (выраженная гипокинезия) перегородочных, апикального нижнего сегмента (n=5); КДО – 78 мл, ФВ ЛЖ – 46%.

Заключение: метод сцинтиграфии миокарда в режиме ЭКГ-синхронизированной томографии, позволяя одновременно оценить перфузию и функцию ЛЖ, дает возможность более точно дифференцировать такое состояние как стресс-индуцированная кардиомиопатия. Являясь относительно простым и высоковоспроизводимым методом, позволяет получить полную и объективную информацию динамики состоянии миокарда в ходе мониторирования лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ) У МУЖЧИН ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Абдрахманова А.И.[1,2], Абдульянов И.В.[2,3], Горнаева Л.И.[2], Ослопова Ю.В.[1], Цибулькин Н.А.[3]
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия
ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань, Россия

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия

Цель: оценка состояния коронарных артерий (КА) у мужчин с безболевой ишемией миокарда (ББИМ) по данным коронароангиографии (КАГ), оценить выраженность поражения коронарных артерий, выявить наиболее уязвимые ветви КА для поражения атеросклерозом.
Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ББИМ, которым была проведена КАГ в период с января 2009 г. по декабрь 2015 г. Общее количество составило 85 пациентов в возрасте от 45 до 74 лет (средний возраст 60,1± 6,8 лет), из них 74 мужчина (87%) (средний возраст 60,2±6,8 лет). При визуальном анализе коронарограмм оценивались магистральные КА: ствол левой коронарной артерии (ЛКА), правая межжелудочковая артерия (ПМЖА), огибающая артерия (ОА), правая коронарная артерия (ПКА). Выявляли наличие множественных поражений и количество пораженных артерий.
Результаты: по результатам КАГ 9 (12,2 %) пациентов имели малоизмененные КА, 12 (16,2%) – одососудистое, 18 (24,3%) – двухсосудистое, 35 (47,3%) – множественные поражения КА. Наиболее часто поражающимися артериями стали ПМЖА и ПКА (81,1 % и 58,1 % соответственно) и ОА (56,7%). При анализе уровня поражения преобладают проксимальный и средний сегменты ПМЖА (71,6% и 56,6%), ПКА (32,5% и 55,8%), ОА (31% и 28,6%). Гемодинамически значимые стенозы встречались в ПМЖА (50%), в ПКА (46,5%), ОА (43%). В анализируемой группе пациентов наиболее часто поражающейся КА второго порядка стала: ветвь тупого края (ВТК) – ветвь ЛКА (30 %), в 54,5% случаев стеноз был критическим.
Заключение: По результатам КАГ подавляющее количество пациентов - мужчин с безболевой ишемией миокарда – 47,3 % имеют многососудистые поражения КА. ПМЖА и ПКА являются наиболее уязвимыми магистральными КА (81,1 % и 58,1 %). Высокий уровень критического стеноза встречается в ПМЖА (50 %), ПКА (46,5%), ОА (43%). Наиболее часто поражающейся КА второго порядка стала ВТК (30%), в 54,5% случаев стеноз критический.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОДНОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПО ДАННЫМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Абдужамалова Н.М, Терещенко А.С., Миронов В.М., Меркулов Е.В., Наумов В.Г.
ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Определить морфологические варианты атеросклеротических бляшек у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), при проведение внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ)
Материалы и методы. В исследование включено 34 больных ИБС, с диагностированным по данным коронарной ангиографии одососудистым поражением. Всем пациентам перед проведением ангиопластики для определения морфологии атеросклеротической бляшки (АСБ) выполнялось ВСУЗИ с функцией виртуальной гистологии (ВГ).
Результаты. На основании ВСУЗИ с ВГ в зависимости от морфологических особенностей были выделены следующие варианты АСБ: фиброатеромы (ФА) с хорошо визуализируемой фиброзной крышкой у 18 больных (53%; 1 группа), фиброатеромы с тонкой крышкой (ФАТК) у 9 пациентов (27%; 2 группа), кальцинированные АСБ в 3 случаях (9%; 3 группа) и у 4 больных (12%; 4 группа) фиброзные АСБ. По результатам множественного межгруппового сравнения выявлены статистически значимые различия в

процентном содержании некротического ядра (p=0,013), кальция (p=0,0013) и фиброзного компонента (0,017) в атеросклеротических бляшках. По содержанию фиброзно-жирового компонента АСБ не различались. В дальнейшем проводился попарный анализ групп, с применением критерия Манн-Уитни. Содержание процента некротического ядра менее всего было выражено в фиброзных АСБ (8±4%) в сравнении с ФА (30±12%, p=0,002), с ФАТК (33±12%, p=0,006), с кальцинированными АСБ (26±5%, p=0,006). При попарном сравнении групп по объему фиброзного компонента в АСБ выявлено, что в кальцинированных бляшках он менее выражен, чем в ФА (3±1% и 35±23% соответственно, p=0,01); достоверно больший процент фиброзного компонента наблюдался в фиброзных АСБ (70±33%) в отличии от ФА (35±23%,p=0,04), ФАТК (30±28% ,p=0,04), кальцинированных АСБ (3±1%, p=0,04).

Выводы. Таким образом, у больных с хронической ИБС наиболее часто встречаемым вариантом АСБ являются фиброатеромы с хорошо визуализируемой фиброзной крышкой. У 9 из 34 пациентов были выявлены структурно нестабильные АСБ (ФАТК), ассоциируемые с высоким риском разрыва.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СТАТИНОВ ПРИ ИИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турдикулова Ш.У., Исхаков Ш.А., Касымова Г.М., Турдикулова Ш.У., Шарипова А.А., , Убайдуллаева З.З.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Институт биоорганической химии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить некоторые противовоспалительные и гиполипидемические эффекты статинов с учетом полиморфизма генов при ишемической болезни сердца(ИБС).

Материал и методы. В течение 3-х месяцев наблюдали пациентов узбекской популяции с ИБС стабильной стенокардией напряжения(СН) I–III функциональных классов(ФК) с длительностью заболевания 5,5±0,6 лет(средний возраст 59,1±8,4 лет), получавших на фоне стандартного лечения статины: I группа(20) – аторвастатин и II группа(20) – розувастатин. Изучали С-реактивный белок(СРБ), фибриноген(Ф), общий холестерин(ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности(ХСЛПНП), ХС ЛП высокой плотности(ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), полиформизм генов АроЕ и HMGCR методом ПЦР(генотипирование образцов ДНК пациентов проводили оптимизированными параметрами real-time PCR).

Результаты. 24(60%) больных были с отягощенной наследственностью, Показатель индекса массы тела выше нормы чаще определялся у пациентов со СН III ФК и АГ выявлено у 100% этих больных. У больных с ИБС СН III ФК содержание ОХС, ТГ, ХСЛПВП и ХСЛПНП составило соответственно 7,2±0,6; 2,3±0,2; 1,15±0,14 и 3,7±0,26 ммоль/л, а у пациентов с ИБС СН I и II ФК: 6,6±0,29; 2,2±0,18; 1,2±0,11 и 3,0±0,28 ммоль/л. Трехмесячное лечение статинами оказало выраженное гиполипидемическое действие. Так, под влиянием аторвастатина содержание ОХС составило 5,0±0,20, ТГ - 1,61±0,13 и ХСЛПНП - 2,36±0,11 ммоль/л, а розувастатина, соответственно - 4,83±0,21; 1,55±0,12 и 2,3±0,18 ммоль/л. Оба препарата несколько повысили показатель ХСЛПВП. Содержание СРБ и Ф под действием аторвастатина уменьшилось с 7,5±2,2 до 5,4±1,1 и с 351,7±68,5 до 340,2±60,5, а под влиянием розувастатина эти показатели также уменьшились соответственно с 7,7±2,2 до 4,6±2,8 мг/л и с 352,5±63,1 до 336,5±61,5 мг/дл. Исследования полиморфных маркеров генов HMGCR и АроЕ показало, что локусы rs5063, rs632793 и rs198388 сформировали лучшую модель с максимальной точностью тестирования и последовательности перекрестной проверки. При выборе статина для конкретного пациента принимали во внимание и плейотропные эффекты статинов.

Изучение генов HMGCR и ApoE, участвующих в регуляции метаболизма липидов и статинов, для оценки клинического ответа статиновой терапии позволило подобрать адекватные и безопасные дозы аторвастатина и розувастатина для включенных в исследование больных ИБС узбекской популяции. При выборе статина для конкретного пациента обращали о внимание на плейотропные (нелипидные) эффекты статинов.

Заключение. Изучение генов HMGCR и ApoE, участвующих в регуляции метаболизма липидов и статинов, позволило подобрать адекватные дозы аторвастатина и розувастатина для включенных в исследование больных ИБС узбекской популяции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЫВОРОТКИ КРОВИ И СОСТОЯНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Авдеева К.С., Петелина Т.И., Гапон Л.И., Мусихина Н.А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: оценить взаимосвязь параметров эластических свойств сосудистой стенки с биохимическими показателями сыворотки крови и состоянием органов-мишеней у больных с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением (АГ и АО).

Дизайн и методы: В исследование было включено 130 человек (пациенты мужского и женского пола) в возрасте от 21 до 75 лет (средний возраст 47,17±8,6 лет), с АГ I и II степени и АО (ИМТ= 33,74±3,46 кг\м², ОТ=102,34±10,97см). Из обследуемых пациентов 1 группу составили 53 больных АГ без ожирения, 2 группу больных АГ с АО составили 77 пациентов. Обе группы были сопоставимы по возрасту, продолжительности артериальной гипертонии, офисному артериальному давлению.

Методы: Исследование эластических свойств сосудистой стенки проводили методом сфигмографии на аппарате Vasera VS-1000 Series (Fukuda Denishi, Япония), с оценкой показателей: PWV-R/L - скорость распространения пульсовой волны по артериям эластического типа справа или слева; CAVI- сердечно-лодыжечный васкулярный индекс; R-AI - индекс аугментации; ABI-R/L - лодыжечно-плечевой индекс. Для выявления характера поражения органов-мишеней, нами был проанализирован параметр - толщина комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий. Исследование толщины КИМ проводилось на аппарате GE “Vivid 4” с использованием мультичастотного секторного датчика (частота 2,5-5,0 Мгц). Из биохимических параметров сыворотки крови оценивались параметры липидного профиля – общий холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности, триглицериды (ОХС, ХСЛНП, ХСЛПВП, ТГ); перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты - церулоплазмин; воспалительных маркеров - высокочувствительный С-реактивный белок (вч- СРБ), гомоцистеин; параметров эндотелиальной дисфункции - эндотелин-1.

Результаты: При КИМ >0,9 мм во 2 группе пациентов достоверно выше показатели PWV- R (12,46±1,8 м\с и 13,02±2,0 м\с, $p<0,05$). Выявлены положительные взаимосвязи КИМ с PWV-R ($p=0,032$) и ТГ ($p=0,049$), ABI-R с ТГ ($p=0,032$) и ЛПНП ($p=0,03$). Методом Пирсона выявлена положительная взаимосвязь ТГ с CAVI ($p=0,033$), с PWV-R/L ($p=0,012$ и $p=0,013$, соответственно). При сравнении воспалительных маркеров с учетом поражения органов-мишеней выявлено: в подгруппе с КИМ более 0,9 мм. установлена прямая взаимосвязь R-AI с вч-СРБ ($p=0,048$), PWV-R с эндотелином-1 ($p=0,046$) и обратная ABI-R с гомоцистеином ($p=0,029$). При КИМ более 0,9 при 1 степени ожирения в 58% ($R^2=0,580$) высокий показатель CAVI и в 59,1% случаев высокий показатель R-AI напрямую зависит от показателя церулоплазмина ($p=0,000$, $p=0,001$, соответственно).

Выводы: Эластические свойства сосудистой стенки во взаимосвязи с биохимическими параметрами определяют состояние органов-мишеней и являются фактором риска цереброваскулярных осложнений.

ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Авезов Д.К., Нуритдинов Н.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).
Материал и методы. Обследованы 219 больных с I-III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 53,3±4,9 лет). Эхокардиографию (ЭхоКГ) с допплерографией проводили на аппарате SONOACEX6 (Корея).
Результаты. Анализ полученных результатов выявил следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ: из 219 больных ХСН нарушения релаксации определялись в 48,4% случаев, псевдонормализация – в 23,7%, рестриктивные изменения – в 15,1% случаев и нормальные показатели диастолической функции определены у 12,8% (28)больных. Больные в зависимости от выраженности диастолической дисфункции левого желудочка были распределены на 3 группы: I (n=106) – с нарушением релаксации, II (n=52) – с псевдонормальным типом, III (n=33) – с рестриктивным типом наполнения. Для оценки взаимосвязи нарушений сократительной функции левого желудочка и диастолической дисфункции левого желудочка 191 больной с ХСН были разделены на 2 группы: группу с сохраненной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса ≥50%) и группу со сниженной фракцией выброса (<40%). Анализ распространенности различных типов диастолической дисфункции левого желудочка показал, что тяжелые нарушения диастолической функции левого желудочка – псевдонормальный и рестриктивный тип достоверно чаще встречались в группе пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка. Анализ показателей диастолической функции показал незначимое снижение показателя максимальной скорости раннего наполнения левого желудочка (Е) по сравнению с контролем (P<0,05), увеличение максимальной скорости позднего наполнения предсердий (А) (P<0,05), уменьшение соотношения Е/А (P<0,01). Оценка показателей диастолической функции показало, что у больных ХСН могут наблюдаться нормальные значения Е/А при увеличенных значениях времени изоволюмического расслабления (IVRT) и времени замедления раннего диастолического наполнения (DT) левого желудочка, что должно учитываться при диагностике. Концентрический вариант ГЛЖ характеризуется снижением показателя активной релаксации при увеличении иММЛЖ и удлинением времени изоволюмического расслабления при утолщении стенок ЛЖ.
Заключение. У больных ХСН также выявлялись нарушения диастолической функции ЛЖ, в большей степени характеризующиеся нарушением релаксации ЛЖ, а с прогрессированием заболевания рестриктивного типа диастолической дисфункции ЛЖ.

РЕАКЦИЯ СИСТЕМНОЙ И КАРДИАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Агафонова Т.Ю., Баев В.М., Самсонова О.А., Дусакова Р.Ш.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель. Изучение реакции системной и кардиальной гемодинамики на холодовое воздействие у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.
Материалы и методы. Объект исследования – молодые женщины с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ). Предмет исследования – системная и кардиальная гемодинамика при холодовом воздействии. Тип исследования – динамический. Исследование проводилось во время планового профилактического медицинского осмотра, где исключали вторичные причины артериальной гипотензии. Критерием ИАГ считали уровень САД равный 98 мм рт.ст. и ниже. Нормальными значениями для САД был принят диапазон 120-129 мм рт.ст., для ДАД - 80-84 мм рт.ст. Согласно указанным критериям были сформированы две группы – тестовая (16 человек с ИАГ) и контрольная (11 человек с нормальным артериальным давлением). Тестовая и контрольная группы были однородны по возрасту, росту и весу. Холодовую пробу проводили путем погружения кисти правой руки в воду температурой +3 - +4^{0}С на 2 минуты. ЭхоКГ выполняли на ультразвуковой сканер SonoScape S6 (SONO SCAPE Co., Ltd. Китай, 2015 г.) в покое, в положении лежа, через 10 минут отдыха, повторное измерение проводили через 1 минуту окончания погружения конечности воду. Оценку различий в динамике оценивали по критерию Wilcoxon.
Результаты. Нами не обнаружено различий между группами в ЧСС, размерах левого желудочка, максимальных скоростях трансмитрального кровотока, а также в соотношении Ve/Va как в покое, так и после холодового воздействия. Однако мы выявили значительные и, в ряде случаев, разнонаправленные изменения системной и кардиальной гемодинамики внутри групп как результат воздействия холода. В обеих группах холодовая проба привела к урежению ЧСС, снижению САД в контрольной группе, а в тестовой – к повышению САД. Изменения кардиальной гемодинамики при холодовой нагрузке были выявлены только в тестовой группе, и характеризовались снижением максимальной скорости волны Е с 89,4 (81,4-95,6) см/сек до 83,4 (74,8-93,9) см/сек (p=0,03) и А с 32,4 (26,9-45,1) см/сек до 29,8 (22,3-34,5) см/сек (p=0,02). Зафиксирован в тестовой группе рост соотношения Ve/Va с 2,7 (1,8-3,3) до 2,9 (2,4-3,6), при p=0,049. В контрольной группе, несмотря на динамику параметров САД, ДАД и ЧСС, максимальные скорости трансмитрального потока при проведении пробы остались прежними.
Заключение. У молодых женщин с ИАГ нарушена адаптация к холодовым воздействиям, что выражается в развитии диастолической дисфункции левого желудочка и повышении АД. Стресс-индуцированная диастолическая дисфункция сердца является ранним диагностическим и прогностическим признаком кардиальных осложнений ИАГ у молодых женщин.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Агафонова Т.Ю., Баев В.М., Кудрявцева Е.Н., Самсонова О.А., Дусакова Р.Ш.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель. Изучить кардиальную гемодинамику в зависимости от состояния автономной нервной системы у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.
Материал и методы. Объект исследования – молодые женщины с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ). Предмет исследования –кардиальная гемодинамика и автономная нервная системы (АНС). Тип исследования – одномоментный. Критерии исключения: дисплазия соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врождённые

заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Исключения выполняли на основании анализа медицинской документации, опроса и физикального осмотра. Обследование проводилось в рамках планового медицинского осмотра по допуску к занятиям студентов, интернов, ординаторов и аспирантов. Место обследования – университетская поликлиника. Артериальное давление измеряли после 5 минутного отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя (предплечье на столе) с интервалом в 3 минуты с последующей определением среднего значения. Использовали тонометр A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2012). Критерием ИАГ считали уровень САД равный 99 мм рт.ст. и ниже. ЭхоКГ выполняли с помощью ультразвукового сканера SonoScape S6 (SONO SCAPE Co., Ltd. Китай, 2015 г.). Преобладание симпатического или парасимпатического отдела АНС в состоянии покоя определяли по вегетативному индексу (ВИ) Kérdö I.: ВИ=(1−d/p)*100. Где d – ДАД, p – пульс. Положительные значения ВИ, включая нулевые, трактовали как преобладание симпатического отдела АНС, отрицательные - как парасимпатического. Согласно указанным критериям были сформированы две группы – первая (симпатики, 114 человек) и вторая (парасимпатики, 28 человек).

Результаты. Выявлено, что в первой группе женщин передне-задний конечно-диастолический размер правого желудочка был меньше - 18,0(18,0-23,2) мм, чем во второй группе - 21,9(19,6-23,9) мм, при p=0,049. В первой группе зафиксирован меньший переднезадний конечный диастолический размер левого предсердия - 28,6(25,0-29,0) мм, чем во второй группе - 29,2(27,0-32,3) мм, при p=0,021. Установлено, что максимальная скорость кровотока на уровне пульмонального клапана в первой группе была выше - 83,5(75,0-98,0) см/сек, чем во второй группе - 77,2(68,1-86,3) см/сек, при p=0,014.

Заключение. Таким образом, у женщин с идиопатической артериальной гипотензией с уровнем САД 99 мм. рт. ст. и ниже, зафиксированы различия кардиальной гемодинамики в зависимости от преобладания симпатического или парасимпатического отдела автономной нервной системы.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Агафонова Т.Ю., Баев В.М., Соснин Д.Ю., Самсонова О.А., Дусакова Р.Ш., Падучева С.В.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель. Изучение структурно – функциональных особенностей миокарда, реологических и морфологических свойств крови у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материалы и методы. Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Предмет исследования – структурно-функциональные параметры сердца, объем циркулирующей крови (ОЦК), вязкость и морфология крови. Тип исследования – одномоментный. Обследование и исключение вторичных гипотензий проводилось в рамках планового медицинского профилактического осмотра студентов. АД измеряли автоматическим тонометром после 5-минутного отдыха, двукратно. Критерием ИАГ считали уровень САД равный 98 мм рт.ст. и ниже. Нормальным САД был принят диапазон 120-129 мм рт.ст., для ДАД - 80-84 мм рт. ст. Сформированы две группы – тестовая (31 человек с ИАГ) и контрольная (25 человек с нормальным артериальным давлением). Тестовая группа характеризовалась возрастом 19(19-21) лет, ростом - 163(159-167) см, ЧСС -70(62-80) в мин., ОЦК - 3,54(3,34-3,70) л. Различий по данным параметрам с контрольной группой не было. Женщины тестовой группы имели более низкий вес - 53(50-56) кг, чем в контрольной группе - 55(51-60) кг (p=0,03). ЭхоКГ выполняли в горизонтальном

положении после 15-минутного отдыха на сканере SonoScape S6. Вязкость крови исследовали на скоростях сдвига от 20 $с^{-1}$ до 200 $с^{-1}$ на ротационном вискозиметре АКР-2. Изучение количественных и морфологических показателей гемограммы проводили на гемоанализаторе Drew D3 и Vision Hema® Pro. Обследованные лица дали письменное согласие на участие в настоящем исследовании (протокол этического комитета ПГМУ № 13 от 25.11.2015г.). Статистический анализ проводился с помощью программы «Statistica 6.1». Сравнения двух групп использовали U-критерий Mann — Whitney.

Результаты. Женщины с ИАГ имели меньшую толщину стенок миокарда левого желудочка, преимущественно межжелудочковой перегородки Различий других параметров кардиальной гемодинамики не выявлено. Оценка вязкости крови и количественных параметров гемограмм не показала различий между изучаемыми группами. Сравнительный анализ морфологических характеристик эритроцитов показал при гипотензии достоверно более высокую частоту (23%) всех вариантов пойкилоцитоза, кроме шизоцитов. Это в 4,5 раза чаще, чем в контрольной группе -5%, при p=0,00.

Заключение. У молодых женщин с ИАГ при САД 97(92-98) мм рт.ст. зарегистрировано уменьшение толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, но не отмечено снижения минутного объема, что указывает на отсутствие кардиальной причины гипотензии. При ИАГ выявлено значительное увеличение числа пойкилоцитов, что способствует сохранению уровня вязкости крови и ОЦК, но с течением времени может привести к усугублению перфузионных нарушений.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Агафонова Т.Ю., Баев В.М., Самсонова О.А., Дусакова Р.Ш.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель. Оценка венозного кровотока при ортостатической нагрузке у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.

Материалы и методы. Объект исследования – молодые женщины с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ). Предмет исследования – венозный кровоток нижних конечностей при ортостатической нагрузке. Тип исследования – динамический. Обследование и исключение вторичных гипотензий проводилось в рамках планового медицинского осмотра по допуску к занятиям студентов, интернов, ординаторов и аспирантов. АД измеряли тонометром A&D UA-777 после 5 минутного отдыха. Критерием ИАГ считали уровень САД равный 98 мм рт.ст. и ниже. Нормальными значениями САД был принят диапазон 120-129 мм рт.ст., для ДАД - 80-84 мм рт.ст.. Согласно указанным критериям были сформированы две группы – тестовая (72 человека с ИАГ) и контрольная (37 человек с нормальным артериальным давлением). Женщины тестовой группы характеризовались более низким весом 50(48-52) кг, чем в контрольной группе 55(51-58) кг, при p=0,03. Различий между группами по возрасту, росту и частоте сердечных сокращений не обнаружено. Ультразвуковое исследование выполняли на правой большой поверхностной вене (БПВ) с помощью сканера SonoScapeS6 в покое, лежа после 15 минутного отдыха, и с момента ортостаза. Различие в динамике переменных зависимых групп - по критерию Wilcoxon, динамику долей - по критерию McNemar's. Достоверность учитывали при $p<0,05$.

Результаты. Исходно, перед пробой, венозные рефлюксы в покое у пациентов тестовой группы зарегистрированы в 4 случаях (6%), в контрольной группе – в 1 случае (3%). Состояние кровотока в обеих группах не различалось. При ортостазе у женщин тестовой группы отмечено увеличение частоты рефлюксов более чем в 2 раза – с 4(6%) до 10(14%)

случаев, при p=0,041. В контрольной группе не зафиксировано достоверной динамики частоты рефлюксов. Во время ортостаза в тестовой группе диаметр БПВ не изменился и составил 2,3(1,9-2,7) мм и 2,3(1,9-3,0) соответственно, при p=0,78. В контрольной группе мы зафиксировали его достоверное увеличение с 2,4 (1,8-3,0) мм до 2,5(1,9-3,4) мм, при p=0,036. Скорость кровотока БПВ в обеих группах при вертикализации снижается. Продолжительность имеющихся венозных рефлюксов в тестовой группе падает почти в 6 раз – с 3,5(2,3-4,0) см/сек до 0,6 (0,4-2,3) см/сек за счет ускорения скорости кровотока в месте рефлюкса с 5,6(2,6-8,7) см/сек до 7,4(4,1-15,1) см/сек при p=0,002. В контрольной группе зафиксировано увеличение продолжительности рефлюксов при падении скорости рефлюксного кровотока.

Заключение. Ортостатическая нагрузка у молодых женщин с ИАГ усугубляет венозную недостаточность, увеличивает частоту венозных рефлюксов более чем в 2 раза – до 14% случаев. Ортостаз при ИАГ не приводит к увеличению диаметра вены, но сокращает продолжительность венозных рефлюксов за счет ускорения скорости кровотока в месте рефлюкса.

ДЕЗАДАПАТАЦИЯ КАРДИАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Агафонова Т.Ю., Баев В.М., Самсонова О.А., Дусакова Р.Ш.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель. Оценка диастолической функции левого желудочка при психоэмоциональной нагрузке у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материалы и методы. Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Предмет исследования – кардиальная гемодинамика при психоэмоциональной нагрузке. Тип исследования – динамический. Критерии исключения: дисплазия соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врождённые заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Исключения выполняли на основании анализа медицинской документации, опроса и физикального осмотра. Обследование проводилось в рамках планового медицинского осмотра по допуску к занятиям студентов, интернов, ординаторов и аспирантов. Место обследования – университетская поликлиника. Артериальное давление измеряли после 5 минутного отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя (предплечье на столе) с интервалом в 3 минуты с последующей определением среднего значения. Использовали тонометр A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2012). Критерием ИАГ считали уровень САД равный 98 мм рт.ст. и ниже. Нормальными значениями для САД был принят диапазон 120-129 мм рт.ст., для ДАД - 80-84 мм рт.ст.. Согласно указанным критериям были сформированы две группы – тестовая (16 человек с ИАГ) и контрольная (10 человек с нормальным артериальным давлением). Психоэмоциональную нагрузку (ПЭН) в виде решения арифметических задач по методике E. Kraepelin проводили в положении лежа. ЭхоКГ выполняли сканер SonoScape S6 в горизонтальном положении в два этапа: в покое после 15-минутного отдыха и на 1-й минуте после окончания ПЭН. До и после пробы измеряли передне-задний конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), передне-задний конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ), максимальные скорости раннего (Ve) и позднего (Va) пиков трансмитрального кровотока в конце диастолы ЛЖ, рассчитывали соотношение Ve/Va. Обследованные лица дали письменное согласие на участие в

настоящем исследовании (протокол этического комитета ПГМУ № 13 от 25.11.2015). Сравнение параметров двух независимых групп оценивали по Mann-Whitney U-tes, для изучения параметров одной группы в динамике использовали критерий Wilcoxon.

Результаты. У женщин тестовой группы достоверных различий в динамике параметров ЭХО не было выявлено. Динамика КДР ЛЖ при ПЭП в тестовой группе составила от 39,8 (33,8-41,5) мм до 40,3 (38,0-42,6) мм; КСР ЛЖ от 26,4 (23,2-30,4) мм до 25,1 (21,5-28,8) мм; Ve от 89,5 (85,25-95,8) см/сек до 89,9 (80,2-98,6) см/сек; Va от 34,0 (25,1-42,0) см/сек до 28,1 (25,8-39,4) см/сек; Ve/Va от 2,6 (2,1-3,7) до 3,0 (2,1-3,8). У женщин контрольной группы зафиксировали достоверное снижение Va от 40,2 (31,7-46,6) см/сек до 30,6 (27,0-34,4) см/сек, при p=0,01; рост соотношения Ve/Va от 2,2 (1,5-2,6) до 2,7 (2,6-4,0), при p=0,01.

Заключение. У молодых женщин с ИАГ не происходит адаптации кардиальной гемодинамики к ПЭН, что выражается отсутствием значимого прироста максимальных скоростей трансмитрального кровотока на фоне гипотрофии сердца, которая исходно проявляется меньшими значениями КСР И КДР ЛЖ и увеличенным соотношением Ve/Va. Необходимо дальнейшее изучение проблемы резервных возможностей сердца при нагрузках при артериальной гипотензии у молодых женщин.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ, КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Агранович Н.В., Анопченко А.С., Кнышова С.А., Мацукатова В.С., Андреева Е.А.
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия

Цель исследования. Провести анализ показателей липидограммы у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) I-II степени, занимающихся и не занимающихся лечебной физической культурой (ЛФК).

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинических базах кафедры поликлинической терапии СтГМУ. Объектом исследования стали пожилые пациенты, находящиеся под наблюдением в городских поликлиниках №1, № 3 и №6 г. Ставрополя – всего 78 человек, давшие согласие на участие в регулярных занятиях ЛФК под врачебным контролем. 26,9% (21 человек) составили мужчины и 73,1% (57 человек) женщины.

В течение 12 месяцев пациенты, включенные в исследование, занимались физическими упражнениями по индивидуально разработанной программе с инструктором ЛФК по одному часу 3 раза в неделю. Через месяц от начала занятий нагрузка постепенно возрастала за счет увеличения количества повторений упражнений. Всем пациентам до начала проведения занятий и через 3, 6 и 12 месяцев выполнялись лабораторные исследования липидограммы.

Для оценки степени рациональной физической нагрузки и адаптации организма к ней в нашей работе были выбраны следующие показатели: холестерин (ХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ).

Результаты. Контрольное биохимическое тестирование проводилось утром натощак после отдыха в течение суток. При этом соблюдались примерно одинаковые условия внешней среды и проводимой медикаментозной терапии основного заболевания, которые могли бы повлиять на результаты исследования.

Проведенный анализ выявил стабильную динамику снижения показателей липидного спектра в крови пациентов, участвующих в группе ЛФК. Через 12 месяцев содержание ХС снизилось от 7,1±1,2 до 6,1±0,2 ммоль/л; ЛПНП – от 5,6±1,0 до 4,7±0,7 ммоль/л; ТГ – от

1,9±0,2 до 1,5±0,1 ммоль/л; КА – от 5,4±1,3 до 4,9±0,2. В группе пациентов, не занимающихся физическими нагрузками, показатели липидограммы существенно не изменились.

Полученные в нашей работе результаты, свидетельствуют о положительном влиянии на липидный обмен и удовлетворительной адаптации организма пожилых пациентов с АГ регулярных дозированных, индивидуально подобранных нагрузок.

Заключение. Проведенное исследование наглядно демонстрирует хорошую адаптацию организма пациентов пожилого возраста с АГ I- II степенью тяжести на регулярную дозированную индивидуально-подобранную физическую нагрузку. Оценка степени необходимой физической нагрузки, индивидуальный подбор и регулярность проведения физических занятий является одной из ключевых задач профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и продления активного долголетия пожилых людей.

1 ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Агранович Н.В., Кнышова С.А., Анопченко А.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра поликлинической терапии, Ставрополь, Россия

Целью нашего исследования являлось изучение распространенности хронической болезни почек (ХБП) в результате проведенной диспансеризации, выявлении основных факторов риска ХБП на ранних стадиях поражения почек.

Объект и методы исследования. Проанализированы результаты проведенного 1 этапа диспансеризации в городской поликлинике г. Ставрополя за 2016г. Для исследования выбраны 300 амбулаторных карт, обследованных в возрасте от 20 до 60 лет (118 мужчин, 192 женщин). Пациенты были разделены по возрасту на 4 группы, с шагом в 10 лет: 1-я группа 20-29 лет (15 человек), 2-я группа – 30-39 лет (91 человек), 3-я – 40-49 лет (101 человек), 4-я – 30-39 лет (93 человека). С целью исследования функции почек всем пациентам был проведен расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI. Хроническая болезнь почек диагностировалась при СКФ менее 60 мл/мин. (один из критериев ХБП)

Анализ статистической значимости различий качественных бинарных признаков проведен с помощью критерия χ^2. Статистическую значимость различий количественных признаков оценивали по критерию Манна-Уитни. Для оценки силы связи между признаками использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Уровень значимости различий принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Снижение скорости клубочковой фильтрации рСКФ CKD-EPI <60 мл/мин/1,73 м2 выявлена у 30 (9%) обследованных. При этом в 1-й возрастной группе ХБП выявлена у 1 (6,7%) обследованного, во 2-й группе – у 7 (7,7%) человек, в 3-й – у 9 (8,9%) человек, в 4-й группе – у 10 (10,8%) обследованных.

Анализ факторов риска возникновения ХБП обнаружил самую частую причину ХБП у обследованных – курение – у 10 человек (33,3%). Данный фактор риска (ФР) выявлен у 3 человек из 2-й возрастной группы, у 4 человек из 3-й группы и у 3-х – из 4-й группы. На втором месте по частоте встречаемости у 8 (26,7%) обследованных гиперхолестеринемия и избыточный вес (1 человек из 1-й группы, 3 человека из 2-й группы, 2 – из 3-й группы и 2 – из 4-й). Далее по частоте встречаемости выявлена артериальная гипертензия – у 6 (20%) обследованных: у 1 человека из 2-йгруппы, у 3 - из 3-й группы и у 2 – из 4-й группы. На четвертом месте – гипергликемия, которая выявлена у 2 (10%) обследованных 4-й группы ($p<0,05$).

Выводы: высокая доля лиц со снижением рСКФ CKD-EPI среди трудоспособного населения определяет необходимость уже на 1 этапе диспансеризации проводить расчет СКФ по формуле CKD-EPI и своевременно определять уже имеющиеся ФР ХБП.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАОЧНОСТЬЮ

Ажмуханбетова А.Ж., Даткаева Г.М., Адырбекова Г.С., Олжатаев С.К., Шилмурзаев Б.С.
Международный казахско-турецкий университет им Х.А.Ясави, Южно-Казахстанская областная клиническая больница, Шымкент , Казахстан

Актуальность. В настоящее время смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) занимает основное место среди причин общей смертности. Одной из основных причин смерти пациентов с ССЗ является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). В Казахстане распространенность ХСН среди взрослого населения составляет 4,5%.
Цель исследования. Выявление коморбидной патологии у больных ХСН в стационаре.
Материал и методы. На базе Южно-Казахстанской областной клинической больницы были проанализированы 62 медицинские карты стационарных больных с диагнозом ХСН III- IV ф.к., находившихся на стационарном лечении в ноябре- декабре 2015 г в отделении ХСН. Городские жители составили 13 человек, сельские – 49. У всех больных были собраны жалобы, анамнез болезни, объективные данные, общий анализ крови, мочи, глюкоза крови, холестерин, электролиты крови Na, K , мочевина , креатинин, данные ЭКГ, ЭхоКГ.
Результаты. Возраст больных составил от 35 до 84 лет(средний возраст 61 год). Мужчин- 36 (средний возраст – 60 лет), женщин – 26 (средний возраст – 62 года) . В анамнезе АГ диагностирована у 51 больного (82%) (28 мужчин и 23 женщины). Перенесенный инфаркт миокарда диагностирован у 14 больных (22,6%) (13 мужчин, 1 женщина). Ожирение отмечено у 22 больных (35,5%) гипергликемия у 17 (27.4%) , гиперхолестеринемия- 8 (12,9%), гипокалиемия -11(17,7%), гипонатриемия -9 (14,5%), анемия (Hb<13 дл у мужчин и Hb < 12дл у женщин) выявлена у 13 больных (21,0%), хроническая почечная недостаточность у 7 больных (11%). По данным ЭКГ гипертрофия левого желудочка выявлена у большинства больных. По данным ЭхоКГ фракция выброса менее 35% отмечена у 13 больных, что составило 21,0% больных. Самая низкая ФВ – 22% наблюдалась у больного 46 лет, перенесшего ИМ в 2014 году. Физическая нагрузка (ФН) с 6 минутной ходьбой показала низкую толерантность к ФН у мужчин 185м , у женщин 219м. Включение в программу лечения больных ХСН кардиоселективных В-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, диуретиков, антагониста альдостерона с низкомолекулярными антикоагулянтами способствовало улучшению качества жизни больных. В результате проведенного лечения состояние больных улучшилось, уменьшились одышка и сердцебиение, исчезли отеки на нижних конечностях.
Выводы. 1. Стационарное лечение ХСН способствовало улучшению качества жизни больных. 2. Учитывая коморбидную патологию нарушение функции почек, наличие гипергликемии, гиперхолестеринемии, ожирения, гипокалиемии, гипонатриемии у больных ХСН III ,IV ф.к., необходим динамический контроль лабораторных, биохимических исследований с целью коррекции проводимой терапии.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ БРАЧНОГО СТАТУСА

Акимова Е.В., Гакова Е.И., Сенаторова О.В., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение физической активности у мужчин и женщин открытой городской популяции в зависимости от брачного статуса.

Материал и методы. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского и женского пола в количестве 2000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% среди мужчин и 70,5% среди женщин. Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью». Брачный статус населения учитывался согласно критериям имеет/не имеет спутника жизни.

Результаты. В открытой городской популяции 17,7% мужчин и 17,4% женщин, имеющих спутника жизни, регулярно делали физическую зарядку, в то время как 17,5% мужчин и 20,0% женщин данной категории пытались ее делать безуспешно. Минимальное количество мужчин и женщин – 1,1% и 0,7%, имеющих спутника жизни, указали, что, по мнению врачей, физическая зарядка им противопоказана. По другим параметрам на вопрос: «делаете ли Вы физзарядку (кроме производственной)?», ответ «мне это не нужно» дали существенно большее количество мужчин, имеющих спутника жизни, по сравнению с женщинами данной категории (14,4% – 3,0%, $p<0,001$). Ответ «я должен бы делать физзарядку, но не делаю», напротив, был получен у статистически значимо большего числа женщин, имеющих спутника жизни, по сравнению с такими мужчинами (58,9% – 49,3%, $p<0,01$). Среди лиц, не имеющих спутника жизни, в целом сохранялись те же тенденции, кроме вопроса о регулярности физической зарядки, где положительные ответы мужчин превалировали над положительными ответами у женщин, однако эти различия оказались были статистически незначимыми. Существенные различия в гендерном аспекте среди лиц, не имеющих спутника жизни, имели место по двум параметрам в отношении физической зарядки: «мне это не нужно» – мужчины 17,6%, женщины 4,9%, $p<0,001$; «пытался, но безуспешно» – мужчины 12,0%, женщины 23,4%, $p<0,01$.

Заключение. Следовательно, в открытой городской популяции независимо от семейного статуса наибольшую приверженность к здоровому образу жизни имели женщины, однако реализация регулярных физических упражнений была недостаточной независимо от пола и наиболее выраженной среди лиц, не имеющих спутника жизни.

ДЕПРЕССИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ И ВЗАИМОСВЯЗИ

Акимова Е.В., Фролова Е.Ю.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель: установить взаимосвязи распространенности метаболического синдрома (МС) с высоким уровнем депрессии в открытой популяции у мужчин 25-64 лет г. Тюмени.

Материал и методы. Исследование проводилось на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков среди лиц мужского пола 25-64 лет одного из административных округов г. Тюмени. Размер выборки составил 1000 человек (по 250 человек в четырех десятилетиях жизни), отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% (850 участников). В рамках кардиологического скрининга были изучены

ассоциации распространенности МС с высоким уровнем депрессии, которая изучалась с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Для оценки МС использованы критерии метаболического синдрома IDF (2005) – абдоминальное ожирение (АО): окружность талии (ОТ) ≥ 94 см для мужчин европейской расы плюс 2 из следующих критериев: содержание триглицеридов (ТГ) ≥ 1,7 ммоль/л, содержание холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) < 1,0 ммоль/л + гиполипидемическая терапия, артериальное давление (АД) ≥ 130/85 мм рт. ст. или предшествующая антигипертензивная терапия, гликемия ≥ 5,6 ммоль/л или наличие сахарного диабета (СД) типа 2.

Результаты исследования. Распространенность депрессии у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири составила (стандартизованный по возрасту показатель): 4,6% – высокий уровень, 19,0% – средний уровень. С увеличением возраста отмечался рост высокого уровня депрессии, который достигал своего абсолютного максимума в группе 55-64 лет. В открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города 25-64 лет и в старшей возрастной категории 55-64 лет высокий уровень депрессии выявлялся существенно чаще у лиц с наличием метаболического синдрома. Установлена ассоциация высокого уровня депрессии с комбинацией компонентов МС: сочетание абдоминального ожирения, гипертриглицеридемии и гипохолестеринемии липопротеидов высокой плотности. Относительный риск развития в открытой популяции такого кластера МС у мужчин в возрастной категории 25-54 лет возрастал в 13,13 раз.

Заключение. Следовательно, эпидемиологические критерии психосоциальных факторов риска, в частности, депрессии, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, необходимо использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подлежащих углублённому обследованию и диспансеризации.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ АССОЦИАЦИИ С РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности высоких уровней депрессии и враждебности, как психосоциальных факторов риска (ПСФ) сердечно-сосудистых заболеваний, их ассоциаций с ишемической болезнью сердца (ИБС) в открытой популяции у мужчин 25-64 лет.

Материал и методы. Для проведения одномоментного эпидемиологического исследования репрезентативная выборка из избирательных списков населения г. Тюмени среди лиц мужского пола была сформирована методом случайных чисел в количестве 1000 человек, отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% (850 участников). Изучение ПСФ – высоких уровней депрессии (Д) и враждебности (ВР) – проводилось путем самозаполнения жестко стандартизованной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Ассоциация высоких

уровней ПСФ с ИБС оценивалась с помощью расчета отношений шансов (ОШ) и их 95% доверительных интервалов (ДИ).

Результаты исследования. В открытой популяции 25-64 лет г. Тюмени установлена высокая распространенность ПСФ – депрессии (23,6%), враждебности (70,0%). Высокие градации факторов психоэмоционального напряжения – Д (4,6%) и ВР (46,4%)– с возрастом увеличиваются, достигая абсолютного максимума в старшей возрастной группе 55-64 лет. У лиц с наличием ИБС высокие уровни факторов психоэмоционального напряжения встречаются чаще, чем у лиц без ИБС – депрессии (ОШ 21,07), враждебности (ОШ 2,71). Статистически значимые различия получены также при определении относительного риска развития ОИБС при высоких уровнях ПСФ – депрессии (ОШ 39,84), враждебности (ОШ 4,65).

Заключение. Эпидемиологические критерии ПСФ, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, рекомендуется использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с наличием ИБС, подлежащих углублённому обследованию и диспансеризации.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ, АССОЦИАЦИИ С СОЦИАЛЬНЫМ ГРАДИЕНТОМ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Акимов А.М.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Установить ассоциации уровней социальной поддержки с социальным градиентом и распространенностью ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчин открытой городской популяции.

Методы исследования. Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ 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 каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0%. Для определения социальной поддержки – индекса близких контактов (ICC) и индекса социальных связей (SNI) применялся тест Бекман-Сим. Социальный градиент оценивался: по уровню образования, профессиональной принадлежности и брачному статусу. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях (вопросник ВОЗ на выявление стенокардии напряжение и кодирование электрокардиограмм по Миннесотскому коду). Выделяли ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям, «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС).

Полученные результаты. В зависимости от социального градиента в открытой популяции 25-64 лет г. Тюмени низкий индекс близких контактов был установлен у лиц, не имеющих постоянного спутника жизни (63,4%), не зависел от уровня образования и характера труда. Низкий индекс социальных связей был установлен в группах лиц со средним уровнем образования (21,3%), пенсионеров и неработающих (26,0%), не зависел от наличия/отсутствия спутника жизни. Распространенность ИБС у мужчин г. Тюмени составила 12,4%, с преобладанием распространенности безболевой формы ИБС по строгим эпидемиологическим критериям и распространенности «возможной» ишемии миокарда по нестрогим критериям. Анализ показал, что в открытой популяции г. Тюмени у мужчин 25-64 лет с наличием определенных форм ИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям преобладает низкий уровень социальной поддержки, преимущественно за счет низкого индекса социальных связей. Были получены

статистически значимые различия по ассоциациям низких уровней социальной поддержки и распространенности ИБС (низкий ICC – 44,9% и 44,0%, низкий SNI – 25,4%).

Заключение. При создании информационно-образовательных технологий по профилактике ССЗ для взрослого населения города приоритетная ориентация должна быть направлена на потребности групп «социального риска». Эпидемиологические критерии психосоциальных факторов, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, необходимо использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с ИБС, подлежащих углублённому обследованию и диспансеризации.

ИНДЕКС СОЦИАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ И ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ВЗАИМОСВЯЗИ

Акимов А.М., Гакова Е.И., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель. Установить ассоциации уровней социальной поддержки и стресса на рабочем месте у мужчин открытой городской популяции.

Методы исследования. Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ 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 каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0%. Факторы хронического социального стресса (стресс на работе) определялись по анкете ВОЗ-МОНИКА «Знание и отношение к своему здоровью». Индекс социальных связей (SNI) определялся по тесту Бекман-Сим. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты по отношению к своему здоровью, вопросы анкеты сопровождались перечнем фиксированных ответов.

Полученные результаты. На вопрос «Изменилась ли Ваша специальность в течение последних 12-ти месяцев?» у мужчин с высоким SNI достоверно реже встречался положительный ответ «да» (с низким SNI: 25,7 – 42,9%, $p<0,01$; со средним SNI 25,7 – 42,9%, $p<0,01$; со средне-высоким SNI: 25,7 – 41,4%, $p<0,01$) и достоверно чаще – отрицательный ответ «нет» (с низким SNI: 74,3 – 57,1%, $p<0,01$; со средним SNI 74,3 – 57,1%, $p<0,01$; со средне-высоким SNI: 74,3 – 58,6%, $p<0,01$). Мужчинам с высоким уровнем SNI существенно чаще нравилась их работа, сравнительно с количеством таких мужчин в группах с низким и средним SNI (63,4 – 43,5%, $p<0,01$ и 63,4 – 47,6%, $p<0,01$ соответственно). Ответственность на работе в течение последних 12-ти месяцев достоверно реже понизилась у мужчин со средним и средне-высоким уровнями SNI сравнительно с группой лиц с низким уровнем SNI (6,6 – 12,9%, $p<0,05$ и 4,2 – 12,9%, $p<0,001$, соответственно).

Заключение. В условиях хронического социального стресса при низком уровне социальной поддержки (низкий уровень социальных связей) выявлено более частое изменение специальности, негативное отношение к своей работе, снижение ответственности на рабочем месте в течение последних 12-ти месяцев и более низкая ее оценка.

УРОВНИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ВЗАИМОСВЯЗИ

Акимов А.М.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

Цель. Установить взаимосвязи уровней социальной поддержки и факторов хранического социального стресса у мужчин открытой городской популяции 25-64 лет.
Методы исследования. Для проведения кардиологического скрининга 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 каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0%. В рамках скрининга с использованием сплошного опросного метода путём самозаполнения стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная проводился анализ взаимосвязей психосоциальных факторов риска (ПСФ) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Для определения составляющих уровней социальной поддержки – индекса социальных связей (SNI) и индекса близких контактов (ICC) использовался тест Бекман-Сим, для определения стресса на рабочем месте – тест «Знание и отношение к своему здоровью».
Полученные результаты. На вопрос «Изменилась ли Ваша специальность в течение последних 12-ти месяцев?» у мужчин с высоким SNI достоверно реже встречался положительный ответ «да» (с низким SNI: 25,7 – 42,9%, $p<0,01$; со средним SNI 25,7 – 42,9%, $p<0,01$; со средне-высоким SNI: 25,7 – 41,4%, $p<0,01$) и достоверно чаще – отрицательный ответ «нет» (с низким SNI: 74,3 – 57,1%, $p<0,01$; со средним SNI 74,3 – 57,1%, $p<0,01$; со средне-высоким SNI: 74,3 – 58,6%, $p<0,01$). Мужчинам с высоким уровнем SNI существенно чаще нравилась их работа, сравнительно с количеством таких мужчин в группах с низким и средним SNI (63,4 – 43,5%, $p<0,01$ и 63,4 – 47,6%, $p<0,01$ соответственно). Ответственность на работе в течение последних 12-ти месяцев достоверно реже понизилась у мужчин со средним и средне-высоким уровнями SNI сравнительно с группой лиц с низким уровнем SNI (6,6 – 12,9%, $p<0,05$ и 4,2 – 12,9%, $p<0,001$, соответственно). На вопрос: «Изменилась ли Ваша специальность в течение последних 12-ти месяцев?» наибольшее количество положительных ответов было получено у лиц с низким и средним ICC, сравнительно с группой лиц с высоким ICC (42,8% – 25,2%, $p<0,01$; 44,2% – 25,2%, $p<0,001$, соответственно). Вместе с тем, отрицательный ответ на этот вопрос достоверно чаще имел место у мужчин с высоким ICC, сравнительно с мужчинами, имеющими низкий и средний ICC (74,8% – 57,2%, $p<0,001$; 74,8% – 55,8%, $p<0,001$, соответственно). Мужчины с высоким ICC существенно чаще отвечали, что им нравится их работа, сравнительно с количеством таких мужчин в группах с низким и средним ICC (60,5% – 46,4%, $p<0,01$; 60,5% – 50,7%, $p<0,05$, соответственно).
Заключение. У мужчин открытой городской популяции при низком уровне социальной поддержки выявлено более частое изменение специальности, негативное отношение к своей работе, снижение ответственности на рабочем месте в течение последних 12-ти месяцев и более низкая ее оценка, что необходимо использовать при формировании целенаправленных профилактических мероприятий в изучаемом регионе.

ЭФФЕКТ ТРИМЕТАЗИДИНА НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Александров П.В.[1], Перепеч Н.Б.[2]
[1] Центр сердечной медицины «Черная речка», Санкт-Петербург, Россия
[2] НКиОЦ «Кардиология» СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффект триметазидина (ТМЗ) на умственную работоспособность пациентов, проходящих реабилитацию после операции аортокоронарного шунтирования.
Материал и методы. В исследование было включено 125 пациентов (115 мужчин и 10 женщин, средний возраст 59,86±8,16 лет), поступивших на II этап кардиореабилитации после операции аортокоронарного шунтирования. Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу (ТМЗ 35 мг два раза в день, n=30) и контрольную группу (без ТМЗ, n=95). Все пациенты получали базовую терапию и стандартную программу реабилитации. Для оценки умственной работоспособности (УР) использовалась методика экспресс-диагностики работоспособности и функционального состояния человека М.П. Мороз, основанная на статистическом анализе латентных периодов простой зрительно-моторной реакции. Обследование проводилось в 1-е и 21-сутки пребывания в реабилитационном центре.
Результаты. Основные исходные клинико-демографические характеристики пациентов двух групп не отличались. Сниженная УР регистрировалась у 53,7% пациентов в контрольной группе и у 53,3% пациентов в основной группе. Результаты теста после курса реабилитации были выше в основной группе по сравнению с контрольной группой: 1,61±0,79 усл.ед. vs 1,31±0,68 усл.ед. ($p<0,05$). У 86,75% пациентов основной группы и у 76,8% пациентов контрольной группы результаты теста улучшились. Нормальная УР при выписке регистрировалась у 76,6% пациентов в основной группе и у 65,3% пациентов в контрольной группе.
Вывод. Применение триметазидина повышает умственную работоспособность пациентов, проходящих реабилитацию после операции аортокоронарного шунтирования.

СУБЪЕКТИВИЗМ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Александровский А.А., Лещанкина Н.Ю., Столярова В.В., Селезнева Н.М., Гераськин А.Е.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Россия

Цель. Изучить осведомленность региональных терапевтов в вопросах диагностики и лечения неотложных сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.
Материалы и методы. Тестирование проводилось на сертификационном цикле повышения квалификации терапевтов в первый и последний день занятий («вход» и «выход»). Вопросы взяты из модулей НМО, но отредактированы так, что телефонная подсказка из интернета «не работала». В исследование вошли 134 терапевта из городских и районных больниц Мордовии. Сравнивали 2 группы с интервалом 1 год: сентябрь 2015 и сентябрь 2016. Статистический критерий Колмогорова-Смирнова показал, что оба распределения относятся к одной генеральной совокупности.
Результаты. Итоговые результаты в обеих группах (средний балл, стаж, количество правильных ответов) различались несущественно. В 2015 г. группа в 57 человек (средний стаж 13 ± 3 г.) «на входе» дала 48 ± 5 % правильных ответов. Несмотря на объявленную аккредитацию, наличие проекта НМО Минздрава РФ, internist.ru, образовательного проекта РКО, электронной медицинской библиотеки и других информационных источников в 2016 г. вторая группа (39 терапевтов, средний стаж 20 ± 4 г.) показала такие же «скромные» цифры: 53 ± 4 % правильных ответа. На заключительном тестировании результаты значительно улучшились: средний балл в 1-й группе составил 4,5 ± 0,2

(правильных ответов 81 ± 2 %), во 2-й - 4,0 ± 0,2 (правильных ответов 83 ± 5 %, $p < 0,05$). Не отмечено достоверной количественной разницы в ответах между городскими и районными терапевтами, стаж работы также не был определяющим критерием. Хуже всего терапевты знали диагностику и лечение гипертонических кризов, желудочковых тахикардий, лучше всего – диагностику и лечение острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда. Привлекают внимание и количество безошибочных ответов. В октябре 2016 г. 100 % правильных ответов «на выходе» дали 14 врачей, 25 терапевтов все ж допустили 1-3 ошибки (10-30 % неверных ответов). Напрашивается сравнение с авиацией, где мотивация на благополучный полет предельно высока, но связь фатальных аварий с ошибкой экипажа остается значительной.

Заключение. К сожалению, несмотря на длительность врачебного стажа и различные курсы усовершенствования врачей, медицинские ошибки сохраняют свою «живучесть». Это связано с физиологическими, патофизиологическими и социологическими особенностями личности. Начавшаяся аккредитация исправит отмеченные недостатки, но не устранит их полностью, в связи с тем, что требуемый зачетный уровень составляют только 70 % безошибочных ответов. Тесты, предлагаемые в модулях НМО, нуждаются в редактировании, т.к. иногда они ошибочны, а в тексте и в библиографических указателях отсутствуют ссылки на юридические документы (ФЗ N 323-ФЗ, Стандарты и Порядки), они перегружены иностранной литературой, часто устаревшей, в ущерб отечественным источникам.

ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Александров М.В., Ушакова С.Е., Будникова Н.В., Раджабова Э.А., Лялина Е.В. Титова Н.С., Чернова Н.С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Инфаркт миокарда является одной из частых форм ишемической болезни сердца (ИБС). После выписки из стационара и проведения реабилитационных мероприятий значительная часть больных поступает под наблюдение участковых терапевтов территориальных поликлиник.

Цель. Целью проведенного исследования явился фармакоэкономический анализ применения лекарственных препаратов в амбулаторных условиях у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда.

Материал и методы. В исследование включены 80 пациентов поликлиник г. Иваново, наблюдающихся после перенесённого инфаркта миокарда в амбулаторных условиях, в возрасте от 40 до 89 лет (средний возраст – 66±4,7 года) – 42 мужчины (52,5 %) и 38 женщин (47,5 %). Из них 28 пациентов (35 %) перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда, остальные – мелкоочаговый. Осложнения в остром периоде имели 30 % больных:.

Проведен ABC/VEN-анализ назначения препаратов, использованных в поликлиниках г. Иваново, на основе ретроспективной оценки фактических затрат.

Результаты. По частоте применения на первом месте оказались дезагреганты (были назначены 56 % пациентов), затем – гиполипидемические препараты (52 %), β-адреноблокаторы (51 %), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) (40 %), пролонгированные нитраты (15 %), диуретики (8 %), блокаторы рецепторов к ангиотензину (10 %), антагонисты кальция (2 %). При анализе лекарственных средств группы А выявлено, что основной объём средств (80%) был израсходован на дезагреганты (клопидогрель, ацетилсалициловая кислота с гидроксидом магния и в кишечнорастворимой форме), статины (аторвастатин), ингибиторы ангиотензин превращающего ферманта (ИАПФ) (периндоприл), β-адреноблокаторы (бисопролол) и

диуретики (эплеренон). Из лекарственных препаратов группы В (15 % расходов) основные расходы были потрачены на розувастатин, эналаприл, карведилол, торасемид, рамиприл, валсартан и зофеноприл. Остальные затраты – группа С (5 %) - пришёлся на лерканидипин, лозартан, спиронолактон, метопролол, амлодипин и таблетированные формы ацетилсалициловой кислоты, не предусматривающие протекцию органов желудочно-кишечного тракта.

Заключение. Таким образом, основные затраты были потрачены на препараты, соответствующие требованиям современных рекомендаций по лечению больных, перенёсших инфаркт миокарда, и лечению сопутствующих заболеваний. Оптимизировать затраты на лечение можно выбором препаратов, сочетающих клиническую эффективность и приемлемую ценовую категорию. Например, использование рамиприла или периндоприла у пациентов, перенёсших инфаркт, более целесообразно, нежели эналаприла и зофеноприла (с точки зрения возможности улучшать прогноз у данной категории больных).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОКРАТНОГО БОЛЮСНОГО ВВЕДЕНИЯ 15 МГ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ТРОМБОЛИТИКА РЕКОМБИНАНТНОЙ НЕИММУНОГЕННОЙ СТАФИЛОКИНАЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алексеева Я.В., Вышлов Е.В., Марков В.А.
«Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность рекомбинантной неиммунногенной стафилокиназы (Фортелизина) при однократном болюсном введении 15 мг по сравнению с Тенектеплазой (Метализе), используемой в стандартной дозе согласно инструкции по применению, у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом ST (ИМпST).

Материалы и методы. В исследование включались пациенты с ИМпST в первые 6 часов от начала заболевания в период с 2014-2016гг с показаниями к тромболитической терапии (ТЛТ). Пациенты с кардиогенным шоком были исключены. Было включено 78 больных, которые были разделены на 2 группы: больным 1-й группы (n=26) вводилась рекомбинантная неиммунногенная стафилокиназа однократно болюсом 15 мг, больным 2-й группы (n=52) вводилась Тенектеплаза в дозе согласно инструкции. Пациентам обеих групп после ТЛТ выполнялась коронароангиография (КАГ) с чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ): при отсутствии косвенных признаков реперфузии миокарда через 90 минут - спасительное ЧКВ, при появлении признаков реперфузии миокарда – через 3-24 часа после ТЛТ. Анализировались основные клинико-анамнестические показатели на момент поступления, время от начала болевого синдрома до введения тромболитика, частота реперфузии коронарной артерии по данным ЭКГ через 90 минут после ТЛТ, степень восстановления коронарного кровотока по данным КАГ (классификация TIMI-1), частота геморрагических осложнений (классификации TIMI и GUSTO).

Результаты. По основным клинико-анамнестическим показателям группы статистически не различались. Среднее время ишемии миокарда между группами было сопоставимо. Частота коронарной реперфузии через 90 минут после ТЛТ по данным ЭКГ между группами достоверно не различалась: 73% (19 пациентов) и 61,5% (32 пациента) в группах рекомбинантной неиммунногенной стафилокиназы и Тенектеплазы соответственно. По результатам КАГ, частота реперфузии коронарной артерии (TIMI 2+3), между группами также не различалась и составила по 73% в обеих группах. Летальных исходов, больших кровотечений и аллергических реакций в группах не наблюдалось. В основном геморрагические осложнения были представлены минимальными кровотечениями, проявляющиеся микрогематурией, в основном на 2-е сутки после ТЛТ, также не

различались и составили в группе рекомбинантной неиммунногенной стафилокиназы и Тенектеплазы 30,7% (8 пациентов) против 32,6% (17 пациентов) соответственно.
Заключение. Однократное болюсное введение 15 мг рекомбинантной неиммунногенной стафилокиназы сравнимо по эффективности и безопасности с болюсным введением Тенектеплазы у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ РАСПРЕДЕЛЕННЫХ КАРДИОСИСТЕМ

Алтай Е. А., Касымбекова К. Б., Дутбайева Д. М., Кыздарбекова А. С., Койшыбаев Д. Н.
Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Разработка универсальных средств мониторинга и передачи данных в области кардиологии на основе распределенных систем хранения и обработки электрокардиограмм, обеспечивающих диагностическое качество.
Материал и методы. Рассмотрены основные задачи построения средств кардиомониторинга для обеспечения доступной удаленной экспресс- диагностики и мониторинга пациентов группы риска. Обоснована универсальная структура распределенной системы кардиомониторинга и передачи данных.
Результаты. Разработана универсальная структура распределенной системы мониторинга, ключевой особенностью которой является возможность непрерывного мониторинга и диагностики вне зависимости от местонахождения пациента и медицинского персонала. Разработан портативный прибор- регистратор ЭКГ для систем мониторинга, который, имея компактные габариты, обеспечивает диагностическое качество ЭКГ, использует алгоритмы адаптивной предварительной обработки, может применяться для регистрации как коротких записей, онлайн- мониторинг, так и регистрации длинных записей для диагностики с использованием методов ЭКГ высокого разрешения. Разработаны протоколы беспроводной передачи данных в диапазоне ISM (Industrial, Science, Medical) частот, что позволяет ускорить процесс диагностики пациентов группы риска.
Заключение. Применение предложенной в работе системы позволит обеспечить актуальный во времени мониторинг пациентов группы риска вне стационара, а также значительно расширить возможности удаленной диагностики за счет повышения качества ЭКГ сигнала и как следствие применения профессиональных методов ЭКГ- диагностики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАМИПРИЛА И ЛОЗАРТАНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Махкамова Д.Б., Шодиев Ж.Д., Азизов Ш.И., Тошев Б.Б.
АО «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить клиническую эффективность рамиприла и лозартана у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику со стентированием.
Материал и методы. Обследовано 30 больных, постинфарктным кардиосклерозом, осложненной ХСН, которые разделены на 2 группы: 1-ая - 15 больных, получавших на

фоне базисной терапии (б-блокаторы, спиронолактон, нитраты, аспирин, петлевые диуретики) ингибитор АПФ рамиприл (амприлан) в средней дозе 5-10 мг/сут; 2-ая - 15 больных, получавших на фоне базисной терапии антагонист рецепторов ангиотензина II – лозартан (Лориста) в средней дозе 50 мг/сут.). Всем пациентам, в начале и по окончании 6-месячного срока наблюдения, кроме общеклинического обследования, проводили 6-минутный тест ходьбы, эхокардиографию, количественное определение мозгового натрийуретического пептида (МНУП) крови. Всем пациентам была выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) со стентированием.

Результаты. Оба исследуемых препарата показали положительный клинический эффект. За время наблюдения, фракция выброса левого желудочка в группе рамиприла выросла в среднем на 9,6%, в группе лозартана на 7,0%. Дистанция, пройденная при 6-минутном тесте ходьбы, увеличилась в среднем на 25,1% при приеме рамиприла и на 14,8% в группе лозартана. В обеих группах отмечено увеличение уровня МНУП за время наблюдения, однако в группе рамиприла он имел лишь тенденцию к увеличению, тогда как в группе лозартана был статистически достоверным. Частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое артериальное давление при наметившейся тенденции к снижению достоверно не изменились в обеих группах. Степень выраженности клинических проявлений сердечной недостаточности достоверно уменьшилась среди больных обеих групп. Пройденная дистанция по данным нагрузочного теста с 6-минутной ходьбой среди больных, получавших рамиприл, возросла на 25,1%; среди больных, лечившихся лозартаном на 14,8%. К концу 3 месяца наблюдения фракция выброса левого желудочка в группе рамиприла повысилась на 9,6%, в группе лозартана на 3%.

Обе группы больных не имели существенных различий по исходным характеристикам. В группе рамиприла две трети пациентов в конце исследования перешли в I и II ФК ХСН. Степень выраженности клинических симптомов сердечной недостаточности (средний ФК ХСН) при повторном обследовании была достоверно меньшей в группе рамиприла по сравнению с больными, группы лозартана. Дистанция, пройденная за 6 минут нагрузочного теста, также была достоверно большей среди больных, лечившихся рамиприлом.

Заключение. У больных ХСН применение рамиприла и лозартана, сопровождается существенным уменьшением тяжести клинических симптомов ХСН, повышением сократительной способности миокарда левого желудочка, переносимости физических нагрузок. Содержание МНУП в плазме коррелирует с тяжестью клинических проявлений ХСН, выраженностью нарушений систолической функции левого желудочка, толерантности физической нагрузке. Рамиприл в сравнении с лозартаном оказывает более выраженный патогенетический эффект при ХСН, характеризующийся сдерживанием прогрессирующего нарастания плазменного уровня МНУП с течением времени.

РАЗВИТИЕ ПИЩЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ И ОТСУТСТВИЯ ОЖИРЕНИЯ

Андреева Е.А., Агранович Н.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»,
Ставрополь, Россия

Цель. Выявить развитие пищевых нарушений у пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от наличия или отсутствия ожирения (ОЖ).

Материалы и методы. Обследовано 187 пациентов с АГ с наличием (I группа) и отсутствием (II группа) ожирения. Средний возраст пациентов составил 39,2 ± 12,1 лет, стаж ожирения – 9,4 ± 1,3 года. Оценка типов пищевого поведения (ПП) проводилась с помощью голландского опросника DEBQ (1986), особенности пищевых привычек

изучались с помощью дневника питания. Проводилась оценка степени тяжести и типа ОЖ.

Результаты. По полученным результатам была выявилена связь наличия ОЖ с нарушениями в пищевом поведении. Так, наблюдалась обратная зависимость между ОЖ и ограничительным типом ПП, и прямая — с эмоциогенным. В то же время в I группе пациентов большинство — 71,4 % - отмечало наличие ограничительного типа ПП, тогда как во II группе без ожирения, ограничительный тип ПП зарегистрирован у 22,3 %. Весомого различия в частоте эмоциогенного и экстернального типов ПП не наблюдалось соответственно 14,8 и 10,2 %, и 77,4 и 83,2 %.

Заключение. Таким образом, было выявлено, что развитие пищевых нарушений ассоциированы с развитием ОЖ. В то же время высокая частота ограничительного типа ПП и низкая частота выявляемости нарушений, сопровождающихся перееданием (эмоциогенного, экстернального) при ожирении свидетельствует о субъективности оценки пациентами своего пищевого поведения и требует соответствующей коррекции.

ХАРАКТЕР ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Андреева Е.А., Агранович Н.В., Андреева Е.И., Анопченко А.С.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»,
Ставрополь, Россия

Цель. Определить характер пищевого поведения (ПП) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) с учетом гендерных различий.

Материал и методы. Обследовано 187 пациентов с комплексом кардиометаболических нарушений, соответствующих МС. Средний возраст составил 39,2 ± 12,1 лет. Больным проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), общего холестерина (ОХС), липопротеидов (ЛП), триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности (КА), измерение артериального давления (АД) офисным методом, а также определения глюкозы натощак и после соответствующей нагрузки. Все обследованные проходили анкетирование на выявление особенностей их пищевого поведения с использованием голландского опросника DBEQ (T. Van Strien, 1986).

Результаты. В результате обследования пациентов с МС выявлены гендерные различия в доминировании одного из этих трех типов пищевого поведения. Так, ограничительный тип ПП, основанный на бессистемных слишком строгих диетах, встречался в 4,4 раза чаще среди женщин и составил 51%, в то время как среди мужчин он составил 12,1%. Эмоциогенный тип ПП, в основе которого лежит «заедание» проблем на фоне эмоционального дискомфорта, преобладал у лиц мужского пола – 53,4%, что в 2,4 раза больше, чем у женщин – 17,6%. Экстернальное ПП – повышенная реакция на внешние стимулы (накрытый стол, рекламу пищевых продуктов) – почти в равной степени встречалась как у мужчин, так и у женщин, и составила 32,8% и 31,2% соответственно.

Заключение. Таким образом, те или иные признаки нарушения ПП выявлены у обоих полов. Так, у мужчин преобладает эмоциогенный тип ПП, у женщин – ограничительный. Эти данные указывают на необходимость разработки современных образовательных программ в формате Школ здорового питания с учетом гендерных особенностей и нарушений ПП.

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЗАИМОСВЯЗАНЫ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ АНТИГИПЕРЕТНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Андреева Г.Ф., Молчанова О. В., Деев А.Д., Горбунов В.М.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” МЗ РФ, Москва, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь эффективности антигипертензивной терапии и особенностей психологического статуса (ПС) больных с артериальной гипертензией (АГ).
Материалы и методы: Была проанализирована база данных, сформированная из нескольких исследований со сходным протоколом включающих результаты суточных мониторирований артериального давления (СМАД) 250 больных. После периода отмены препаратов больным проводилось СМАД, затем в течение 2-3 месяцев проводился курс терапии антигипертенивными препаратами в среднетерапевтических дозах (амлодипином, дилтиаземом, метопрололом, бетаксололом, эналаприлом, моксонидином, лизиноприлом). При необходимости добавлялся диуретик, однако эти данные не анализировались. До и после лечения больные заполняли психологический опросник СМОЛ (сокращенная версия “Minnesota Multiphase Personality Inventory”). Эффективность антигиперетнзивной терапии (ЭАТ) оценивалась как разность между показателями СМАД до и после лечения. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.
Результаты: Среднее систолическое АД (САД) составило 140.1±11.5; диастолическое АД (ДАД) - 89.2±9.8 (мм рт.ст.). Найдены следующие достоверные корреляционные связи (r) между выраженностью ЭАТ и показателями, характеризующими ПС ($p<0,05$): 1) отрицательные - с уровнем агрессивности, стремлениия к лидерству (показатели шкалы 6 – СМОЛ)($r=-0,18$, - $r=-0,15$ – для суточного и ночного САД соотвественно); 2) положительные - с уровнем оптимизма, жизненной активности (9 шкала СМОЛ) ($r=0,15$ – для ночного ДАД).
Выводы: высокие показатели, характеризующие уровень агрессивности больных с АГ могут нивелировать эффект антигипертензивной терапии, напротив высокий уровень оптимизма, энергичности, жизнерадостности повышают вероятность того, что антигипертензивная терапия может стать эффективной.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ НИЖНЕЗАДНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ

Андреичев Н. А., Андреичева Е. Н.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Изучить временные параметры электрического поля сердца при нижнезаднем (НЗ) инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии.
Материал и методы. Электрокардиотопография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца (ЭОС) и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания, в том числе при НЗ ИМ (5 чел.).
Результаты. У КГ и при ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (max) и минимумов (min) продолжительности (пр.) различных ф. периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов (з.) по ф. от min к max и, наоборот. По ЭП по з. R наблюдается резкое смещение max пр. ф. ПН>ПС влево и вверх на более высокие уровни регистрации (УР) по сравнению с КГ и другими локализациями ИМ. Изменено основное направление результирующего вектора (ОНРВ) – снизу-вверх и вперед. ОНРВ максимальных сил (МС) до max ф. ПН<ПП проходит по II-III УР, и оно значительно смещено вверх по сравнению с РВВ у КГ, ИМ других локализаций. Локализация max пр. ф. ПН<ПС смещена влево и вверх

относительно КГ, нижнего, циркулярного ИМ. По задней поверхности ОНРВ резко огибает зону поражения, направляясь вниз. Вектор начальных сил (НС) при НЗ ИМ мало отличаются от КГ - направление вправо вперед совпадает, а направление вниз изменено вверх, но, вследствие преобладания потенциалов передней стенки при выпадении потенциалов задней стенки левого желудочка (ЛЖ), происходит его ротация против часовой оси. Это приводит к регистрации зоны типа sr или rsr′ по верхним УР. Вектор МС направлен влево вперед и вверх, что в результате поражения задней стенки ЛЖ приводит к увеличению значений потенциалов по I-III УР спереди. По ЭН по з. S не отмечается существенной разницы в положении max ф. ПС<ПП, но резко снижена пр. з.S, что связано с ОНРВ и ротацией сердца против часовой оси. Возникновение нулевой зоны и зоны уменьшенной пр. з. вокруг нулевой зоны, наличие резкой смены типа зон, изменение направления огибающих составляющих приводит к тому, что max пр. по ЭН ф. ПС>ПП смещается вниз. Поражение нижней и задней стенки разобщает процесс возбуждения заднебазальной области ЛЖ. В результате изменения направления вектора НС по верхним УР и ротации сердца против часовой оси по 1 УР по 14-18 линии происходит исчезновение з.q. Вектор МС и конечных сил распространяется не как у КГ или при нижнем ИМ снизу вверх, а через базальные отделы свободной стенки ЛЖ, что и приводит к регистрации зоны типа sr или rsr′ в зависимости от изменения направления нарастания з. по ЭП. При НЗ ИМ по ЭН наблюдается большее смещение нулевой зоны, в меньшей степени зоны сниженного потенциала и уменьшенной пр. на верхние УР является наиболее типичным, хотя по 11 линии достоверное снижение потенциала доходит до IV УР.

Заключение. Определены особенности изменений пр. з. по ф. от min к max и, наоборот, при НЗ ИМ.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ НИЖНЕЗАДНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ

Андреичев Н. А., Андреичева Е. Н.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Изучить временные параметры электрического поля сердца при нижнезаднем (НЗ) инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии. **Материал и методы.** Электрокардиотопография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца (ЭОС) и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания, в том числе при НЗ ИМ (21 чел.). **Результаты.** У КГ и при ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (max) и минимумов (min) продолжительности (пр.) различных ф. периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов (з.) по ф. от min к max и наоборот. При количественном анализе временных параметров при НЗ ИМ получили ряд суммарных показателей: Sum maxR (ri>rd)+S - 5,20+2,00(s)=7,20, Sum R+maxQ (qd>ql) - 2,40+2,40=4,80, Sum maxS(QS)(d<l)+R - 3,70+1,73=5,43, Sum Rmax (ri<rd)+ - 4,00+1,40=5,40, Sum maxR (ri>rd)+S / sum R+maxQ (qd>ql) - 1,500, Sum maxS(qsd<sl)+R/ sum Rmax (ri<rd)+Q - 1,006. При анализе max пр. также как у КГ и при ИМ других локализаций обратили внимание на отношение двух показателей sum maxR (ri>rd)+S/sum R+maxQ (qd>ql) и sum maxS(qsd<sl)+R/sum Rmax (ri<rd)+Q при НЗ ИМ. Показатель sum maxR (ri>rd)+S/sum R+maxQ (qd>ql) (1,500) отличается от значения показателя у КГ (1,070-1,165) и от ИМ других локализаций (при ИМ передних локализаций - 1,121-1,200, при нижнем ИМ - 1,022, при циркулярном ИМ - 1,315) - он максимален при всех локализациях ИМ. В связи со значительным смещением max пр. по

з. R, составляющие этого показателя в большей степени характеризуют не эксцентричность пр. max свободной стенки левого желудочка (ЛЖ), а эксцентричность пр. max всего ЛЖ. Показатель sum maxR (ri>rd)+S/sum R+maxQ (qd>ql) в связи с локализацией зоны поражения (уменьшение пр. возбуждения нижней и задней стенки ЛЖ) увеличивается и характеризует увеличение пр. возбуждения передней стенки относительно нижней и задней стенки ЛЖ. Показатель sum maxS(qsd<sl)+R/sum Rmax (ri<rd)+Q (1,006) также отличается от значения показателя у КГ (1,183-1,236) и составляет при ИМ других локализаций: при ИМ передних локализаций - 0,799 (0,964)-1,068, при нижнем ИМ - 1,218, при циркулярном ИМ - 0,986; максимально приближаясь по значению к циркулярному ИМ. Если принять во внимание, что составляющие этого показателя по пр. в большей степени характеризуют эксцентричность пр. max всего ЛЖ, а наибольшие изменения связаны с уменьшением пр. з. S по передней стенке в большей степени и уменьшением пр. з. Q по задней стенке в меньшей степени в точках регистрации, то значение показателя уменьшается.

Заключение. Таким образом показатель sum maxR (ri>rd)+S/sum R+maxQ (qd>ql) при НЗ ИМ отличается от у КГ и ИМ других локализаций и он максимален при всех локализациях ИМ. Его увеличение характеризует увеличение пр. возбуждения передней стенки относительно нижней и задней стенки ЛЖ.

МОЛЕКУЛА АДГЕЗИИ ICAM-1 КАК МАРКЕР ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Антонов И.Б., Козлов К.Л., Линькова Н.С., Полякова В.О.
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта», Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить экспрессию молекулы ICAM-1 улюдей разного возраста в норме и при дилатационной кардиомиопатии (ДК), как в аутопсийном материале миокарда, так и в культуре кардиомиоцитов.

Материал и методы. Первая часть работы проведена на аутопсийном материале миокарда пациентов с ДК и без сердечно-сосудистой патологии, который был разделен на группы: 1 – люди среднего возраста (45-59 лет), 2 - люди пожилого возраста (60-74 года), 3 - люди старческого возраста (75-89 лет). Аутопсийный материал миокарда для группы сравнения был получен от людей, не имевших сердечно-сосудистой патологии. Ткань миокарда человека для выделения культур (диаметр 0,2 см, 4 фрагмента) была забрана от 3х пациентов среднего возраста с ДК при аутопсии сердца. Контролем служила культура нормальных кардиомиоцитов человека (линия Girardi Heart). Среда для культивирования кардиомиоцитов состояла из 86,5% EMEM, 10% FBS, 1% NEAA, 1,5% HEPES, 1% PES, L-глутамина. Все культуры пассировали до 10 пассажа. Для ИГХ исследования культуры забирали в 2 точках - на 3 и 10 пассаже. 3 пассаж расценивали, как «молодые», 10 – как «старые» культуры. Гистологический материал и культуры окрашивали иммуногистохимическим методом с применением моноклональных антител к ICAM-1 (Dako, 1:100). Для оценки результатов исследования в программе Видеотест-Морфология 5.2 использовали параметр площадь экспрессии.

Результаты. Экспрессия ICAM-1 в аутопсийном материале миокарда, полученного от людей среднего, пожилого и старческого возраста без патологии миокарда достоверно не различалась, тогда как в ткани миокарда больных ДК площадь экспрессии ICAM-1 была достоверно выше, чем в норме. У пациентов с ДК среднего возраста экспрессия ICAM-1 была в 44 раза больше нормы, у пациентов пожилого возраста - в 41 раз больше, а у пациентов старческого возраста с ДК - в 43,5 раза выше нормы. В культуре

кардиомиоцитов без патологии ни на 3, ни на 10 пассаже достоверных различий в экспрессии молекулы ICAM-1 выявлено не было. В «молодых» и «старых» культурах, полученных от пациентов с ДК, по сравнению с нормой площадь экспрессии ICAM-1 увеличилась в 3,7 и в 4,5 раза.

Заключение. Повышение сывороточной концентрации ICAM-1 считается показателем дисфункционального статуса сосудистого эндотелия и сосудистого воспаления при атеросклерозе. У пациентов с ДК экспрессия молекулы адгезии ICAM-1 также значительно повышается по сравнению с нормой, что может быть использовано для диагностики, оценки эффективности проводимого лечения и прогноза течения этой патологии миокарда. Таким образом, ICAM-1 может служить не только маркером атеросклероза, но и ДК.

ОТНОШЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРА КАК МАРКЕР РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Антонов И.Б., Линькова Н.С., Козлов К.Л., Пальцева Е.М.
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, г. Санкт-Петербург, Россия, Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

Цель. Оценить отношение экспрессии матриксных металлопротеиназ (MMP-2, MMP-9) к их ингибитору (TIMP-1) в аутопсийном материале миокарда людей разного возраста и в культуре кардиомиоцитов в норме и при дилатационной кардиомиопатии (ДК).

Материал и методы. Исследование проведено на аутопсийном материале миокарда пациентов с ДК и без сердечно-сосудистой патологии, который был разделен на группы: 1 – люди среднего возраста (45-59 лет), 2 - люди пожилого возраста (60-74 года), 3 - люди старческого возраста (75-89 лет). Нормальный аутопсийный материал миокарда был получен от людей, не имевших сердечно-сосудистой патологии. Ткань миокарда человека для выделения культур (диаметр 0,2 см, 4 фрагмента) была забрана от 3х пациентов среднего возраста с ДК при аутопсии сердца. Контролем служила культура нормальных кардиомиоцитов человека (линия Girardi Heart). Все культуры выращивали до 3 пассажа («молодые») и до 10 пассажа («старые»). Гистологический материал и культуры окрашивали иммуногистохимическим методом с применением моноклональных антител к MMP-2 (Dako, 1:75), MMP-9 (Dako, 1:100) и TIMP-1 (Dako, 1:50). Относительную площадь экспрессии молекул рассчитывали в программе Видеотест-Морфология 5.2. Далее рассчитывали отношение площади экспрессии MMP-2/TIMP-1 и MMP-9/TIMP-1 в ткани миокарда и в культурах клеток.

Результаты. Отношение MMP-2/TIMP-1 в аутопсийном материале миокарда при ДК составило 1,75 у людей среднего возраста, 2,82 - у людей пожилого и 3,62 - у людей старческого возраста. Отношение MMP-9/TIMP-1 было равно 3,27 у людей среднего возраста, 4,61 - у людей пожилого и 5,31 - у людей старческого возраста. В культурах миокарда отношение MMP-2/TIMP-1 в аутопсийном материале миокарда при ДК составило 1,94 в «молодых» культурах и 2,21 в «старых» культурах. Отношение MMP-9/TIMP-1 было равно 2,39 в «молодых» и 4,17 - в «старых» культурах миокарда.

Заключение. Отношение MMP-2/TIMP-1 и MMP-9/TIMP-1 увеличивается с возрастом в аутопсийном материале миокарда, полученном от людей разного возраста, и в «молодой» и «старой» культурах миокарда. Также можно заметить, что при ДК отношения MMP/TIMP-1 выше, чем в норме, что коррелирует с литературными данными, полученными ранее. Поскольку матриксные металлопротеиназы и их ингибиторы играют важную в ремоделировании межклеточного матрикса и их активность изменяется при

фиброзе ткани, можно предположить, что соотношение MMP/TIMP-1 будет служить маркером для оценки развития фиброза в ткани миокарда при ДК у лиц разного возраста.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ У ЖЕНЩИН

Аринтазина Р.А., Аймокенов Б.А., Беккужин А.Г., Габдрахманов К.С.
ЗКГМУ имени М. Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Цель. Определение показателей углеводного обмена, липидов и половых гормонов у женщин с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Исследование проводилось в амбулаторных условиях. В группу обследования вошли 30 пациентов с артериальной гипертензией 1 степени в сочетании с метаболическим синдромом, в возрасте от 35 до 49 лет. АГ классифицировали в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1999г. МС был установлен по критериям международной федерации диабета (IDF), 2005. Всем пациентам проводилось измерение артериального давления, антропометрическое исследование, в лаборатории INVITRO определены лабораторные показатели МС (уровень глюкозы и инсулина натощак, общий холестерин, триглицериды, липопротеидов высокой и низкой плотности и эстрадиола). Проводились ЭКГ, ЭхоКГ. В контрольную группу вошли 20 пациентов. Для статистической обработки материала использована программа STATISTICA, 10

Результаты. У лиц артериальной гипертензией с уровнем артериального давления в среднем: 145,8±3,5/92,5±3,3мм.рт.ст., имели абдоминального ожирения с объемом талии 87,4±5,4см. ИМТ - 31,5±1,26 кг/м^2, это соответствовало 1 степени ожирения. Между абдоминальным ожирением и с индексом массы тела установлена статистическая достоверность ($p<0,05$). Глюкоза крови увеличилась статистически достоверно в сравнении с группой контроля ($p<0,05$) с 4,50±0,33 до 5,60±0,87 ммоль/л. Инсулин крови увеличился по сравнению с группой контроля с 7,50±0,26 до 9,30±0,81мкМЕ/мл, хотя референсные значения инсулина составляет 24,90 мкМЕ/мл. Липидные показатели: уровень триглицерида увеличился до 1,77±0,87 ммоль/л в сравнении с контрольной группой (1,17±0,29), липопротеид высокой плотности уменьшился до 1,33±0,29 при этом в группе контроля – 1,61±0,10 ммоль/л, липопротеид низкой плотности – 4,73±3,08 ммоль/л. Известно, что функциональная способность инсулина активировать гемодинамику и повышать кровоток компенсаторно трансформируется в повышение АД (в условиях гипергликемии и триглицеридемии). Ожирение и низкая физическая активность играет роль в генезе физиологического депонирования в адипоцитах глюкозы в форме триглицеридов. Уровень эстрадиола у пациенток не имел к уменьшению 363±3,45 пмоль/л. По видимому это может быть связано с возрастными и региональными особенностями лабораторных показателей исследуемых. Внутрисердечная гемодинамика по данным ЭхоКГ изменялась за счет увеличения объемных показателей (КДО, КСО, УО) и фракция изгнания (ФИ) составила 55,0±1,5%. На ЭКГ выявлена гипертрофии левого желудочка, без признаков выраженных ишемии.

Заключение. Таким образом, при артериальной гипертензии с наличием метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста позволяет выявить структурно-функциональные изменения левого желудочка, несмотря на отсутствие влиянии гормональных нарушении. Клинико-биохимические показатели наших пациенток большей вероятностью обусловлены функциональной инсулинорезистентностью.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Арутюнян Л.В., Дроботя Н.В., Пироженко А.А., Торосян С.С.
Ростовский государственный медицинский университет, кафедра кардиологии, ревматологии и функциональной диагностики ФПК и ППС, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs) 704 T>C и 521 C>T гена AGT, 1166 A>C гена AGTR1 и 1675 G>A гена AGTR2, 825 C>T гена GNB3, 786 T>C и 894 G>T гена NOS3, их гетерозигот и мутаций-гомозигот, в развитии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В основу работы положены результаты комплексного клинического, инструментально-лабораторного исследования 63 больных АГ (мужчин - 23, женщин - 40). Средний возраст больных составил 55,7±1,4 лет, а средняя длительность АГ – 8,5±0,93 лет. Для определения частоты генотипов и аллелей генов, ассоциированных с ГЛЖ, больные были разделены на 2 группы (гр.): I гр. (n=45) – больные с ГЛЖ; II гр. (n=18) – больные без ГЛЖ.

В комплекс обязательного обследования было включено: **определение полиморфизма АГ на амплификаторе ДТ 96 (производство ДНК-технологии, Россия) на основании полимеразно-цепной реакции в режиме реального времени**, изучение SNPs 704 T>C и 521 C>T гена AGT, 1166 A>C гена AGTR1 и 1675 G>A гена AGTR2, 825 C>T гена GNB3, 786 T>C и 894 G>T гена NOS3. Ультразвуковое исследование сердца осуществляли на приборе «Acuson-128X» фирмы Acuson Corporation (США). Верхней границей нормальных значений толщины стенок ЛЖ считали 1,1 см; масса миокарда ЛЖ рассчитывались по формуле R. Devereux и N. Reichek, 1977, а индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) – по стандартной формуле. Критериями ГЛЖ в соответствии с европейскими и национальными рекомендациями считали ИММЛЖ > 115 г/м2 для мужчин и > 95 г/м2 для женщин.

Результаты. Пациенты с ГЛЖ были старше, имели большую длительность АГ, более высокие цифры систолического и диастолического артериального давления. В группе пациентов с ГЛЖ наблюдали более раннее начало АГ, отягощенный семейный анамнез, они чаще страдали ишемической болезнью сердца ИБС, имели больший индекс массы тела. По другим показателя достоверных отличий не наблюдалось.

При анализе частот изученных нами SNPs установили, что у больных с ГЛЖ достоверно выше частота встречаемости гена AGT704 (82% и 67%, p=0,0002). При сравнении частот генотипов и аллелей данного гена было выявлено, что ГЛЖ ассоциирована с носительством генотипа T/C полиморфного маркера T704C гена AGT704 (p=0,0001).

В рамках настоящего исследования ассоциацию других генов-кандидатов с ГЛЖ достоверно подтвердить не удалось.

Заключение. Исследование генетического полиморфизма при АГ позволит выявить группы больных высокого риска, в том числе, с вероятностью поражения органов-мишеней для последующей оптимизации их мониторинга и выбора оптимальных терапевтических подходов.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Асатуллаева Д.Ш.[2], Раимкулова Н.Р.[2], Собирова Г.Н.[1]

[1] - АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»

[2] - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние комбинированного лечения с применением пробиотика (Лакто G) на состояние кишечного микробиоценоза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы: В исследование было включено 30 больных с НАЖБП в возрасте от 18 до 57 лет (в среднем 41, 3 ± 5, 4 лет), из них 18 мужчин, 12 женщин. Всем больным был проведен клинико-биохимический и микробиологический мониторинг до и после терапии.

Результаты. У больных НАЖБП выявлена положительная корреляционная связь между концентрацией бактероидов, с одной стороны, и бифидо- ($r=0,65$; $p<0,01$) и лактобактериями ($r=0,72$; $p<0,01$), с другой, а также между содержанием бифидо- и лактобактерий ($r=0,47$; $p<0,05$), что может быть обусловлено наличием общих механизмов регуляции их численности. В то же время увеличение количества бактероиодов, бифидо-и лактобактерий, эшерихий с нормальной активностью сочеталось со снижением содержания гемолитических микроорганизмов, протея, условно патогенной микрофлоры, стафилококков и дрожжеподобных грибов. Наибольшее число больных НАЖБП с нарушениями кишечной микрофлоры встречалось преимущественно в возрасте 31-40 лет и старше 50 лет и меньшее в других возрастных группах. На фоне лечения отмечалась достоверная динамика биохимических показателей цитолиза (снижение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) по сравнению с исходными значениями) ($p<0,001$). По результатам бактериологического исследования кала, за 2 месяца лечения достигнуто достоверное увеличение числа бифидобактерий ($p=0,05$). Также отмечено достоверное уменьшение числа штаммов условно патогенной флоры.

Выводы. Комбинирование лечение с применением пробиотика (Лакто G) способствовало не только выраженному положительному влиянию на лабораторные показатели цитолиза, но и имело дополнительные положительные аспекты в виде увеличения содержания бифидобактерий в кале.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Асатуллаева Д.Ш.[2], Раимкулова Н.Р.[2], Собирова Г.Н.[1]

[1] - АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»

[2] - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить влияние комбинированного лечения с применением пробиотика (Лакто G) на состояние кишечного микробиоценоза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материал и методы: В исследование было включено 30 больных с НАЖБП в возрасте от 18 до 57 лет (в среднем 41, 3 ± 5, 4 лет), из них 18 мужчин, 12 женщин. Всем больным был проведен клинико-биохимический и микробиологический мониторинг до и после терапии.

Результаты. У больных НАЖБП выявлена положительная корреляционная связь между концентрацией бактероидов, с одной стороны, и бифидо- ($r=0,65$; $p<0,01$) и лактобактериями ($r=0,72$; $p<0,01$), с другой, а также между содержанием бифидо- и лактобактерий ($r=0,47$; $p<0,05$), что может быть обусловлено наличием общих механизмов регуляции их численности. В то же время увеличение количества бактероиодов, бифидо-и лактобактерий, эшерихий с нормальной активностью сочеталось со снижением содержания гемолитических микроорганизмов, протея, условно патогенной микрофлоры, стафилококков и дрожжеподобных грибов. Наибольшее число больных НАЖБП с нарушениями кишечной микрофлоры встречалось преимущественно в возрасте 31-40 лет и старше 50 лет и меньшее в других возрастных группах. На фоне лечения отмечалась

достоверная динамика биохимических показателей цитолиза (снижение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) по сравнению с исходными значениями) ($p<0,001$). По результатам бактериологического исследования кала, за 2 месяца лечения достигнуто достоверное увеличение числа бифидобактерий ($p=0,05$). Также отмечено достоверное уменьшение числа штаммов условно патогенной флоры.

Выводы. Комбинирование лечение с применением пробиотика (Лакто G) способствовало не только выраженному положительному влиянию на лабораторные показатели цитолиза, но и имело дополнительные положительные аспекты в виде увеличения содержания бифидобактерий в кале.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА МЕДИИ ГРУДНОЙ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СМЕШАННОГО СТРЕССА

Атаев И.А., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Губская П.М., Румянцев Е.Е., Кулик Н.А.

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого». Великий Новгород. Россия

Цель исследования. Изучение отдаленных последствий изменений внеклеточного матрикса (ВКМ) медиального слоя грудной аорты у крыс линии Вистар через 1 месяц после моделирования хронического смешанного стресса.

Материалы и методы. Моделирование хронического смешанного стресса (ХСС) - 10 крысам на протяжение 2 недель три раза в сутки интраперитонеально одновременно вводились адреналин из расчета 50 мкг/кг и прозерин из расчета 20 мкг/кг. Затем в течение 1 месяца после прекращения введения препаратов животные содержались без медикаментозных и стрессовых воздействий, после чего производилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовых воздействиям. В парафиновых срезах грудного отдела аорты, окрашенных по Ван Гизону, в медии с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 9 полях зрения (0,42 х 0,32 мм, площадь кадра 0,13 мм^2) при увеличении х400 с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия) производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса грудного отдела аорты срезы окрашивали орсеином по Шиката. Объемная плотность эластиновых волокон подсчитывалась с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 11 полях зрения (1,08 х 0,81 мм, площадь кадра 0,87 мм^2) при увеличении х400. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99.

Результаты исследования. Через 1 месяц после прекращения моделирования ХСС выявлялось ремоделирование всех трех компонентов ВКМ грудной аорты. Объемная плотность ВКП через 1 месяц после прекращения введения препаратов была значительно ниже значений контрольной серии (7,77±0,65 об.% в контроле и 5,54±0,38 об.% через 1 месяц; $t=3,098$, $p=0,003$). Отмечалось увеличение объемной плотности коллагена на 17,9% по сравнению с контрольной серией (с 15,72±0,83 об.% в контроле до 18,53±1,01 об.% через 1 месяц; $t=-2,079$, $p=0,040$) Через 1 месяц после прекращения эксперимента по сравнению с контрольной серией значительно (на 38,2%) уменьшилась объемная плотность эластина (с 84,64±0,77 об.% в контроле до 52,35±1,44 об.% через 1 месяц; $t=16,509$, $p=0,0001$).

Заключение. Таким образом, результаты эксперимента показали, что через месяц после прекращения введения препаратов при моделировании хронического смешанного стресса

восстановления структуры грудного отдела аорты не происходит. Особенно выражена деградация эластиновых волокон.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОК В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Баешева Т. А., Хашимова У. Б., Муслимова А. К., Хайдаршикова К. Б., Смагулова Н. Н.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, кафедра внутренних болезней №3, Караганда, Казахстан

Цель. Исследование состояния почек в разные сроки гестации у студенток КГМУ с использованием сонографии.
Материал и методы. Нами обследовано 18 беременных студенток в сроке от 7 до 24 недель. Средний возраст студенток составлял 25 лет. При этом в сроке 7 недель 12,5%, в 10 недель 25%, 17 недель 12,5%, 20 недель 12,5%, 21 неделя 12,5%, 22 недели 12,5%, 24 недели 12,5%. При сборе анамнеза у всех студенток, включенных в исследование, не было указаний о наличии заболеваний почек, студентки не предъявляли жалоб со стороны мочевыделительной системы, 100% студенток имели нормальные показатели в результатах лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому). Нами была сформирована контрольная группа из 10 студенток КГМУ, не имеющих в анамнезе беременности, родов, не предъявляющих на момент осмотра жалоб со стороны мочевыделительной системы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек проводилось в соответствии с общепринятой методикой, полипозиционно. В протокол УЗИ почек было включено: определение положения, формы, контуров, размеров, подвижности при дыхательной экскурсии, эхогенности и эхоструктуры паренхимы, оценки состояния почечного синуса и проксимального отдела мочеточника. Исследования осуществлялись на базе Консультативно- диагностического центра КГМУ на ультразвуковом аппарате марки SONO ACE 8000 SE с использованием конвексного датчика 5 МГц.
Результаты. В группе наблюдения, при проведении УЗИ нами были выявлены следующие изменения: диффузные изменения паренхимы обеих почек наблюдалось у 25% на 17 и 21 неделях гестации, снижение подвижности почки слева на 22 неделе у 12,5%, синдром акцентированных чашечек у 37,5 % на 10, 17 и 24 неделях соответственно, патологических УЗИ симптомов не выявлено у 25% обследованных на 20-24 неделях беременности.
Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что у 75% беременных выявлены ультразвуковые изменения структур почек в разные сроки гестации, при этом чаще всего встречается синдром акцентированных чашечек у 37,5%, и только у 25% обследованных беременных данные УЗИ соответствовали нормативным показателям. На наш взгляд, данные изменения обусловлены наличием беременности при отсутствии клинических и лабораторных изменений, что требует дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Балыкова Л.А., Широкова А.А., Ивянский С.А., Варлашина К.А., Самошкина Е.С.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им.Н.П.Огарева», Саранск; ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Россия.

Малые аномалии развития сердца (МАРС) представляют проблему при занятиях спортом. Некоторые российские специалисты рассматривают их как противопоказание для участия в соревнованиях, тогда как международный клинический опыт свидетельствует о

доброкачественности изолированных МАРС и возможности занятия любыми видами спорта.

Цель оценить состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) у детей и подростков с МАРС.

Методы: Методами стандартной ЭКГ, допплер-эхокардиографии (ЭхоКГ), велоэргометрии и биохимического тестирования обследовано 80 учеников детско-юношеских спортивных школ 12-18 лет, среди которых 55 мальчиков (биатлонистов и шорт-трековцев), занимающихся не менее 3 лет с интенсивностью тренировок 8-10 часов в неделю. Контрольную группу №1 составили 50 подростков с аналогичными МАРС, не занимающихся спортом, и контрольную группу №2 – 50 юных спортсменов сопоставимых с подростками исследуемой группы по полу, возрасту, спортивной специализации без МАРС.

Результаты: Среди МАРС у спортсменов преобладали пролапсы клапанов (60% против 40%% в контрольной группе 1, $p<0,05$), аномальные хорды и трабекулы ЛЖ (60% против 35% в контрольной группе, $p<0,05$). Одиночные МАРС имели место у 45%, сочетанные – у 33% и множественные (более 3) у 22%. Признаки спортивного ремоделирования ССС, укладывающиеся в физиологические рамки, выявлены у 60% атлетов. Ассоциированные с МАРС нарушения гемодинамики в виде регургитации на клапанах и сброса крови через МПС и ОАП чаще диагностировались у атлетов, чем у нетренированных подростков с МАРС (в 70% против 30% в контроле $p<0,05$), причём нефизиологическая (II-III ст.) регургитация определялась главным образом у биатлонистов. У 40% спортсменов с МАРС имели место изменения ССС дезадаптационного (патологического и пограничного) характера, тогда как среди атлетов без МАРС (контрольная группа 2) они были установлены у 30% атлетов. Наиболее частыми признаками спортивного ремоделирования у подростков с МАРС были повышение уровня кардиоспецифических ферментов (36%), значительная дилатация полостей сердца со снижением систолической функции (23%), замедление QTc (17%), брадикардия ниже 2 центиля (11%), тахиаритмии (5%), отклонение ЭОС (5%). Среди атлетов без МАРС соответствующие изменения выявлены в 22%, 16%, 11%, 5%, 0% и 0% ($p<0,05$). По данным ВЭМ нарушения реполяризации и расстройства ритма/проводимости определялись у 17% атлетов с МАРС (множественными) и в 2 раза реже у спортсменов без МАРС. Максимальная мощность нагрузки была значимо выше у спортсменов (151,1±12,1 Вт) по сравнению с нетренированными детьми (113,6±10,5 Вт) и не отличалась в зависимости от наличия МАРС.

Выводы: наличие множественных МАРС предрасполагает сердце атлета к развитию спортивного ремоделирования, выходящего за рамки физиологического.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Беков Е.К., Косыбаева А.Е., Тусупбекова К.Т., Ахметова М.К.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить клинические особенности артериальной гипертензии (АГ) у лиц с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Общеклиническое исследование с включением электрокардиографии, эхокардиографии проводилось у 43 пациентов с АГ и МС (1 группа), группу сравнения (2 группа) составили 38 больных с АГ без МС. Средний возраст обследованных 1-й группы 52,4±6,7 лет, 2- группы 49,1±6,4 года.

Результаты. В обеих группах преобладала АГ 2 степени: у 72,09±6,84% обследованных 1-й группы и 76,32±6,89% лиц 2-й группы. АГ 1-й и 3-й степеней у больных 1-й группы

выявлена в 16,27±5,23% и 11,63±4,88% случаев, во 2-й группе – 13,16±5,48% и 10,53±4,97% соответственно. В 1-й группе в 2,1 раз преобладали больные с 4-й группой риска по сравнению с 2-й группой.

Основными факторами риска развития АГ у пациентов 1-й группы были: ожирение (у всех пациентов 1-группы против 65,78±7,69% во 2-й), гиподинамия (у 76,74±6,44% пациентов 1-й группы против 60,53±7,92% во 2-й группе), эндокринная патология (у 81,39±5,93% против 47,37±8,1% соответственно). Клинические проявления АГ у лиц с МС характеризовались преобладанием головных болей (у 93,02±3,88% лиц 1 группы против 71,05±7,36% больных 2-й группы), усталости (41,86±7,52% против 23,68±6,89%), нарушений сна (34,88±7,27% против 18,42±6,28%). У больных 1-й группы зарегистрировано больше лиц с синусовой тахикардией по сравнению с 2-й группой: у 55,81±7,57% против 34,21±7,69%. Пациенты 1-й группы в 1,7 раза чаще имели гипертрофию левого желудочка (у 65,12±7,27% в 1-й группе против 36,84±7,83% во 2-й). У 32,56±7,15% больных 1-й группы установлена концентрическое ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), у 20,93±6,21% концентрическая гипертрофия ЛЖ, у 11,63±4,88% - эксцентрическая гипертрофия; у пациентов группы сравнения в 15,78±5,92%, 13,16±5,48% и 7,89±4,37% случаев соответственно. У пациентов с МС установлена выраженная структурно-функциональная перестройка сердца с увеличением конечно-диастолического размера до 4,83±0,08 см, конечно-диастолического объема до 119,12±2,34 мл, толщины задней стенки ЛЖ и толщины межпредсердной перегородки. Структурная перестройка миокарда у пациентов основной группы характеризовалась значимым увеличением массы миокарда (ММ) ЛЖ на 16,4%, индекса массы миокарда ЛЖ на 18,7% в сопоставлении с группой сравнения. Выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между ММЛЖ и массой тела (r=0,39), уровнем артериального давления (r=0,28), частотой сердечных сокращений (r=0,24),

Заключение. У лиц с МС наблюдалась АГ преимущественно второй степени (в 72,09±6,84% случаев) с клиникой головных болей, нарушений сна, усталости. Выявлена выраженная структурная перестройка миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Беков Е.К., Койчубеков Б.К., Косыбаева А.Е., Нурсултанова С.Д., Тусупбекова К.Т.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у лиц с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Обследовано 43 пациента с артериальной гипертензией (АГ) и МС (1 группа), которые составили основную группы. В группу сравнения (2 группа) вошли 38 больных с АГ и без абдоминального ожирения. Диагностика АГ проводилась согласно протокола диагностики и лечения РК «Артериальная гипертензия» от 30.11.2015 г. МС определялся на основании критериев IDF 2005 г.: сочетание объема талии ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин с 2 или более факторами риска (триглицериды ≥ 1,7 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности < 1,29 у женщин, холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,03 ммоль/л у мужчин, АД ≥ 130/85 мм рт.ст. или прием антигипертензивных препаратов, глюкоза плазмы натощак ≥ 5,6 ммоль/л). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате фирмы «Шиллер» (Германия).

Результаты. Установлено значимое (p<0,05) превышение общего холестерина на 13,1% и коэффициента атерогенности на 21,4% у лиц основной группы в сравнении с 2-й группой.

По результатам СМАД выявлено, что у лиц с абдоминальным ожирением АД повышается за счет систолического АД (САД). Показатели среднесуточного САД у больных 1-й группы на 5,8% превышали значения группы сравнения. Так, среднесуточное и среднее дневное САД в основной группе составил 126,4±1,01 мм рт.ст. и 132,71±0,9 мм рт.ст., против 120,84±1,01 мм рт.ст. и 129,65±1,04 мм рт.ст. в группе сравнения (t=17,836 и 10,196 соответственно). В основной группе показатели максимального САД и диастолического АД (ДАД) на 6,8% и 5,9% достоверно (p<0,001) превысили показатели в группе сравнения. Степень ночного снижения (СНС) среднего АД (СрАД) у лиц основной группы на 11,3% (p<0,001) превысил показатели группы сравнения и составил 18,3±0,9% против 15,52±1,2% в группе сравнения. При этом, превышение СНС СрАД в основной группе происходит за счет превышения СНС САД. СНС САД в основной группе составил 39,17±0,96% против 37,20±1,08% в группе сравнения. В первой группе отмечается уменьшение доли больных, относящихся к dippers: 60,46±7,46%, по сравнению с обследованными второй группы – 73,68±7,14%; за счет увеличения доли лиц, относящихся к non-dippers: 32,56±7,15% и 21,05±6,61%, и к night-peakers – 6,97±3,88% и 5,26±3,62% соответственно. Таким образом, выявлено превышение в 1,5 раза доли нондипперов и найтпикеров среди лиц с абдоминальным ожирением в сопоставлении с группой сравнения и составила 39,54±7,46% против 26,32±7,14% во 2-й группе.

Заключение. Преобладание лиц с прогностически неблагоприятными суточными профилями АД - non-dippers и night-peakers среди больных с абдоминальным ожирением требует тщательного контроля артериального давления и оптимизации антигипертензивной терапии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРИЗНАКОВ И ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН

Балтина С.А., Жумадилова Ж.Ж., Мухамеджан Г.Б., Негманова А.М., Цай А.Е., Тайжанова Д.Ж.

Карагандинский Государственный медицинский университет, Караганда, Республика Казахстан.

Цель. Определение и выявление частоты встречаемости признаков и факторов риска у больных с варикозным расширением вен нижних конечностей

Материалы и методы. Было опрошено 80 женщин с установленным диагнозом «варикозное расширение вен нижних конечностей» с помощью специально разработанного опросника. В опросник были включены вопросы, выявляющие основные симптомы заболевания и факторы риска. Респонденты были поделены на 2 группы. В первую группу вошли лица до 45 лет включительно, во вторую старше 45 лет. Полученные данные обрабатывались с помощью табличного процессора Excel 2010 для Windows 7 и пакетом Statistica 10.0.

Результаты. Первую группу составили 34 (42,5%) человека, вторую – 46 (57,5%).

Из основных симптомов заболевания наиболее часто встречаются отеки, покраснение, боль, ночные судороги и измененный внешний вид. Отеки, покраснение, боль встречались среди опрошенных в 68,75% случаях, при этом в первой группе в 55,88%, во второй в 78,26%. Среди всех респондентов на ночные судороги жаловались 58,75%, измененный внешний вид беспокоил 56,25%, и на боль - 50%. При этом ночные судороги во второй группе встречались 65,22% случаев в сравнении с первой (50%). Наоборот измененный внешний вид беспокоил представителей первой группы (64,7%). По поражению ног у 32,5% всех женщин поражается исключительно правая нога, при этом в первой группе показатель составляет 41,18%, во второй 26,09%. По степени поражения сосудов средний варикоз встречается в 38,75% (44,12% и 36,96%), большой в 25,25% (11,77% и 36,96%), капиллярная сетка 12% (29,41% и 4,34%). В двух группах в общем у 30% женщин были

сгустки крови ранее. В первой группе 23,53%, во второй 34,78%. Среди факторов риска у всех опрошенных были беременности и роды. Из них у 51,25% были в анамнезе аборты (64,76% в первой группе и 43,49% во второй). Семейный анамнез по заболеванию встречается у 43,75% респондентов (44,12% в первой и 43,75% во второй). Различные проблемы с суставами нижних конечностей отметили 82,5% женщин. Из них 73,53% в первой группе и 89,13% во второй группе. Из сопутствующих патологий отмечается наличие геморроидального расширения вен, расширение вен пищевода, вагинальный варикоз. Чаще всего страдают геморроем, так в первой группе 38,24% во второй 21,74%, из всех опрошенных 28,75%. Сахарный диабет верифицирован у 20% респондентов, из них в первой группе 20,59%, и 19,56% во второй

Выводы. По результатам проведенного исследования выявлено, что среди характерных симптомов заболевания наиболее часто встречаются отеки, покраснение и боль. Женщин до 45 лет чаще беспокоят изменение внешнего вида, представителей более возрастной группы – ночные судороги. Среди факторов риска развития варикозного расширения вен нижних конечностей и сопутствующих состояний преобладают семейный анамнез, патология со стороны суставов, расширение других групп вен и сахарный диабет

К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА КОНТРОЛЯ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Барбашина Т.А., Махова О.Ю., Корень Н.А., Куранов Ю.В., Киревнина Р.Е.
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России; БМУ «Курская областная клиническая больница», Курск, Россия

Цель. Выявление причин недостаточной эффективности лечения стабильной стенокардии напряжения (ССН) у пациентов с хронической ИБС, а также оценка эффективности применения пациент-ориентированного подхода в лечении стенокардии.

Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов, которые последовательно обратились к кардиологу в частное медицинское учреждение в связи с неудовлетворенностью качеством лечения стенокардии. Критериями, подтверждающими ИБС, считали наличие перенесенного инфаркта миокарда или гемодинамически значимых стенозов при коронароангиографии. Антиангинальную эффективность оценивали по снижению количества приступов и потребности в нитроглицерине, качество жизни - по Сиэтловскому опроснику (SAQ).

Результаты. Из 30 включенных пациентов 12 перенесли ИМ, 6 – АКШ, 8 - стентирование, 4 пациента отказались от АКШ. На фоне проводимой антиангинальной терапии у 16 больных диагностирован III ФК ССН, у 14 – II ФК. Все пациенты принимали бета-адреноблокаторы, 18 человек – амлодипин, 18 – триметазидин генерического производства, 2 – милдронат; половине больных были назначены пролонгированные нитраты.

На фоне терапии у 56,7% пациентов ЧСС покоя по результатам дневника самоконтроля сохранялась выше 65 ударов в минуту (уд/мин). Целевая ЧСС достигнута только у 30% леченных. ЧСС в интервале 70 - 80 уд/мин. была у 23,3% пациентов. Кроме того, у 26,6% пациентов сохранялась артериальная гипертензия I степени. Таким образом, у более чем половины больных не были выполнены обязательные требования I ступени антиангинальной терапии и не компенсированы факторы, повышающие потребность миокарда в кислороде. Причем последующая оптимизация доз бета-адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов и/или включение амлодипина в терапию позволило коррегировать ЧСС и АД практически у всех пациентов, кроме 1 человека, где потребовалось назначение ивабрадина. После получения информированного согласия пациентов о размерах доступных экономических затрат на лечение в индивидуальном

порядке было произведена части пациентов замена генерического препарата триметазидин на оригинальный; в связи с низкой приверженностью к пролонгированным нитратам они были заменены на никорандил (Кординик) в дозе по 10 мг 2 раза в день. Это привело через 3 месяца к снижению количества приступов за неделю с 8,3±2,7 до 3,4±1,2 ($P < 0,05$), расширению объема доступных нагрузок. У всех пациентов достигнуто снижение стенокардии как минимум на 1 ФК.

Заключение. Таким образом, применение пациент-ориентированного подхода в лечении ССН в рамках тех же доступных средств демонстрирует повышение эффективности терапии пациентов с хронической ИБС.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е., Бродовская А.Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель. Определение основных факторов риска и характеристика нарушений углеводного и липидного обмена при манифестации гестационного сахарного диабета.

Материал и методы. Исследовали наличие факторов риска развития гестационного сахарного диабета (ГСД), определяли особенности нарушения углеводного и липидного обмена при манифестации заболевания. Исследовали уровень глюкозы венозной плазмы, при постановке диагноза ГСД исходили из диагностических критериев сахарного диабета (СД) и других нарушений углеводного обмена (ВОЗ, 1999-2013.). Значения общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) определяли стандартным биохимическим методом автоматическим биохимическим анализатором «Sapphire 400» с помощью диагностических наборов фирмы «Human». При оценке липидных показателей исходили из нормативов Российских рекомендаций по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена (Российские рекомендации, V пересмотр, 2012г.). Всем пациенткам с ГСД исследовали уровень С-пептида (референсные значения 160 – 1100 пмоль/л).

Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.1». Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение, медианы Me (25-й; 75-й процентиль). Различия при $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Среди 96 пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом (СД), госпитализированных в городское эндокринологическое отделение, у 28,5% диагностирован ГСД, средний возраст беременных с ГСД - 34,5 (Me 30; 37) лет, срок беременности на момент возникновения ГСД составил 10-14 недель, 37% женщин имели до беременности артериальную гипертензию 1 степени (средние значения АД - 145/90 мм рт. ст.), у 69% выявлено ожирение 1-2 стадии (средний показатель индекса массы тела - 32,3±1,4 кг/м²). У 25% пациенток с ГСД наследственность отягощена по СД 2 типа. Уровень глюкозы венозной плазмы натощак при манифестации ГСД составил 5,7 ±0,2 ммоль/л, значения С-пептида - 789,5 (Me 435,2; 919,9) пмоль/л. При этом уровень С-пептида у пациенток с ГСД положительно коррелировал с наличием ожирения ($r = 0,7$). При манифестации ГСД у 80% пациенток выявлена гиперхолестеринемия, средний уровень ХС составил 6,6±1,1 ммоль/л, ТГ – 2,0±0,3 ммоль/л

Заключение. Таким образом, основные факторы риска развития ГСД: возраст беременной старше 30 лет, ожирение 1-2 степени и артериальная гипертензия. При манифестации ГСД нередко встречается гиперлипидемия с преимущественно высоким уровнем холестерина.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель. Определить эффективность и безопасность комбинированной терапии аторвастатином и фенофибратом у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.
Материал и методы. В течение 1 года 30 пациентов с СД 2 типа (80% женщин и 20% мужчин) получали комбинированную гиполипидемическую терапию аторвастатином 20 мг и фенофибратом 145 мг в сутки, средний возраст - 60,5±6,9 лет, продолжительность СД - 5,9±4,2 лет, индекс массы тела - 32,6±4,3 кг/м², объем талии - 107,2±2,2 см., отношение объема талии к объему бедер - 0,95. Средние значения систолического артериального давления (АД) - 136,7±15,8 мм рт. ст., диастолического АД - 81,7±6,9 мм рт. ст. Уровень общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) определяли биохимическим методом, содержание ХС ЛПВП - ферментативным методом, уровень ХС ЛПНП вычисляли по формуле Фридвальда. При оценке липидных показателей исходили из нормативов Российских рекомендаций по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена. Пациенты получали препараты сульфонилмочевины 2 генерации, метформин, по показаниям применялась инсулинотерапия, средние значения HbAIc 6,8±0,8%. К сахароснижающей и антигипертензивной терапии дополнительно в течение 1 года назначали комбинацию аторвастатина 20 мг и микронизированного фенофибрата 145 мг в сутки. Безопасность лечения контролировали мониторированием аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) ежемесячно в 1-е 3 месяца, затем 1 раз в 3 месяца лечения. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows XP. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M\pm\sigma$, где M - среднестатистическое значение, σ - стандартное отклонение. Различия при $p<0,05$ считались статистически значимыми.
Результаты. Комбинированная терапия аторвастатином и фенофибратом в составе комплексной терапии СД 2 типа обладает выраженным гиполипидемическим эффектом: через год терапии уровень общего ХС снизился с $6,7 \pm 0,8$ до $4,5 \pm 0,6$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТГ - с $4,0 \pm 2,1$ до $1,4 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,05$), ХС ЛПНП - с $4,5 \pm 0,8$ до $2,4 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$), уровень ХС ЛПВП повысился с $0,6 \pm 0,03$ до $1,1 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$). У 60% пациентов через 1 год отмечались целевые уровни общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ и ХС ЛПВП. У остальных пациентов, принимавших данную комбинацию препаратов, уровни липидов снизились более, чем на 50%. На фоне комбинированной гиполипидемической терапии в течение года не выявлено случаев значимого повышения уровня трансаминаз.
Заключение. Таким образом, комбинированная гиполипидемическая терапия аторвастатином и фенофибратом в течение 1 года позволяет достигнуть у большинства пациентов с СД 2 типа целевых уровней как общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, так и ХС ЛПВП, безопасна в применении и хорошо переносится.

ОЦЕНКА ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОРОВ РИСКА И МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Бродовская А.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель. Определить основные факторы риска развития хронической болезни почек (ХБП), распространенность и выраженность микроальбуминурии (МАУ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. В исследование включены 52 женщины и 10 мужчин с СД 2 типа, в возрасте от 58 до 85 лет, средний возраст 62±1,2 лет. Клинический осмотр пациентов с СД 2 типа включал сбор анамнеза с определением основных факторов риска развития ХБП. МАУ исследовали с помощью тест-полосок «МикроАльбуфан» и диагностировали по скорости суточной экскреции альбумина с мочой, а также по отношению альбумин/креатинина мочи (А/Кр мочи). Тест на МАУ проведен дважды в течение 1 месяца.

Результаты. У большинства обследованных пациентов с СД 2 типа (86%) выявлено ожирение 1-2 степени. Более половины пациентов имели артериальную гипертензию (АГ) 1-2 степени, у большинства (69%) выявлено сочетание основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. Наибольшая частота и выраженность МАУ при СД 2 типа отмечалась при сочетании основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. У больных СД 2 типа с АГ и ожирением в сравнении с пациентами с СД 2 типа и ожирением, но без АГ - в 2 раза выше абсолютные значения МАУ (102,1 ± 36,1 и 53,7 ± 23,8 мг/г, соответственно, $p< 0,05$) и А/Кр мочи (11,6 ± 4,1 и 6,1 ± 2,7 мг/ммоль/л, соответственно, $p < 0,05$). Без ожирения и АГ МАУ наблюдалась только у 35% больных СД.

Выводы. У большинства пациентов с СД 2 типа выявлены важнейшие факторы риска развития ХБП – ожирение и АГ, при сочетании которых отмечалась наибольшая частота и выраженность МАУ у данной группы больных.

В целях ранней профилактики развития диабетической нефропатии терапевтам и эндокринологам поликлинического звена здравоохранения рекомендуется исследование у больных СД 2 типа скорости суточной экскреции альбумина с определением отношения альбумин/креатинина мочи уже при наличии основных факторов риска ХБП для последующего назначения нефропротективной терапии.

ОЦЕНКА ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОРОВ РИСКА И МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Бродовская А.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель. Определить основные факторы риска развития хронической болезни почек (ХБП), распространенность и выраженность микроальбуминурии (МАУ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. В исследование включены 52 женщины и 10 мужчин с СД 2 типа, в возрасте от 58 до 85 лет, средний возраст 62±1,2 лет. Клинический осмотр пациентов с СД 2 типа включал сбор анамнеза с определением основных факторов риска развития ХБП. МАУ исследовали с помощью тест-полосок «МикроАльбуфан» и диагностировали по скорости суточной экскреции альбумина с мочой, а также по отношению альбумин/креатинина мочи (А/Кр мочи). Тест на МАУ проведен дважды в течение 1 месяца.

Результаты. У большинства обследованных пациентов с СД 2 типа (86%) выявлено ожирение 1-2 степени. Более половины пациентов имели артериальную гипертензию (АГ) 1-2 степени, у большинства (69%) выявлено сочетание основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. Наибольшая частота и выраженность МАУ при СД 2 типа отмечалась при сочетании основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. У больных СД 2 типа с АГ и ожирением в сравнении с пациентами с СД 2 типа и ожирением, но без АГ - в 2 раза выше абсолютные значения МАУ (102,1 ± 36,1 и 53,7 ± 23,8 мг/г, соответственно, $p< 0,05$) и А/Кр мочи (11,6 ± 4,1 и 6,1 ± 2,7 мг/ммоль/л, соответственно, $p < 0,05$). Без ожирения и АГ МАУ наблюдалась только у 35% больных СД.

Выводы. У большинства пациентов с СД 2 типа выявлены важнейшие факторы риска развития ХБП – ожирение и АГ, при сочетании которых отмечалась наибольшая частота и выраженность МАУ у данной группы больных.

В целях ранней профилактики развития диабетической нефропатии терапевтам и эндокринологам поликлинического звена здравоохранения рекомендуется исследование у больных СД 2 типа скорости суточной экскреции альбумина с определением отношения альбумин/креатинина мочи уже при наличии основных факторов риска ХБП для последующего назначения нефропротективной терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ЕГО МАНИФЕСТАЦИИ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е., Бродовская А.Н.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия

Цель. Выявить особенности клинического течения сахарного диабета (СД) среди пациентов с впервые выявленным заболеванием.

Методы исследования. Определяли возрастные, гендерные и клинические особенности СД при манифестации заболевания. Изучали состояние углеводного и липидного обмена, а также наличие сопутствующей патологии у больных с впервые выявленным СД.

Результаты. Среди 56 пациентов с впервые выявленным СД у 16% диагностирован СД 1 типа, у 37,5% – СД 2 типа, у 18% – СД на фоне хронического панкреатита и у 28,5% – гестационный СД (ГСД). Для СД 1 типа при манифестации характерен молодой возраст, преобладали лица с нормальной массой тела и нормальным уровнем артериального давления. У большинства пациентов с СД 2 типа при впервые выявленном заболевании отмечается наличие избыточной массы тела и ожирения, артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, сопутствующих микрососудистых осложнений. Пациенты с впервые выявленным панкреатогенным СД отличались неблагоприятным алкогольным анамнезом, наличием хронического панкреатита, тяжелым течением СД с высоким уровнем гликемии и кетонурией. Для женщин с впервые выявленным ГСД характерно наличие факторов риска развития заболевания: возраст старше 30 лет, ожирение до беременности, наличие дислипидемии, сопутствующая АГ. Все пациенты с впервые выявленным СД вне зависимости от фенотипических вариантов имели отягощенную наследственность по СД 2 типа. В большинстве случаев пациенты при манифестации диабета имели классические признаки заболевания. Однако, среди всех пациентов с впервые выявленным СД 1 типа 22% имели нетипичную клиническую картину заболевания, которая в большей степени соответствовала LADA-диабету. У 14% больных с впервые выявленным СД 2 типа клиническая картина предполагала наличие MODY-диабета.

Заключение. Среди СД с классическим течением нередко определяется фенотипическая неоднородность, что требует дальнейшего изучения особенностей манифестации заболевания.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Бачева И.В.[1], Умбеталина Н.С.[1], Брегвадзе-Табагари Н.С. [2]
[1]Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Республика Казахстан
[2] Медицинский университет имени Давида Твилдиани, Тбилиси, Грузия

Цель. Изучить место инфекций мочевыводящих путей у беременных в структуре экстрагенитальной патологии по данным скринингового исследования.

Материал и методы. Эпидемиологическое скрининговое/поперечное исследование проводилось на базе лечебных учреждений города Караганды. В обследовании приняло участие 742 беременных. Критериями включения были: беременные женщины, обратившиеся в лечебные учреждения и давшие согласие для участия в исследовании. Средний возраст беременных, включенных в исследование, составил 27,7±5,78 лет. Исследование проводилось по разработанной «Скрининг-программе выявления экстрагенитальной патологии у беременных» с применением метода анкетного опроса. Скрининг-программа состояла из шести блоков симптомокомплексов терапевтического профиля: нефрологического, гематологического, кардиоревматологического, гастроэнтерологического, эндокринологического, пульмонологического. В каждом блоке признак оценивался как до наступления настоящей беременности, так и на фоне беременности в баллах от 0 до 6. Суммирование баллов проводилось в пределах каждого блока, после чего, женщин распределяли по группам: набрано менее 6 баллов – относительно здоровые беременные, от 6 до 12 - группа низкого риска, с 12 до 18 - группа среднего риска, более 18 баллов – группа высокого риска. Время, затрачиваемое на анкетирование для пациента и медицинского персонала, составило в среднем не более 20 минут. Вопросы были понятны респондентам и затруднений в ответах на них не возникало.

Результаты. Среди 742 беременных, 52 (7%) (95% CI:5,4-9,1%) женщины вошли в группу здоровых по всем профилям как до, так и во время беременности. По данным скрининга в структуре ЭГП беременных терапевтического профиля по одному профилю во время беременности лидирующее положение занимали гематологический профиль – 306 случаев (41,2%) (95% CI:37,7-44,9%) и нефрологический профиль – 290 (39,1%) (95% CI:35,6-42,6%). Во всех профилях до беременности превалировали случаи категории «низких рисков». В то время как на фоне беременности нарастала частота встречаемости более высоких рисков, за исключением эндокринологического профиля. Самой вариабельной была группа «среднего риска» до беременности, которая категоризировалась в «низкий или высокий риск» во время беременности, многократно увеличивая численность пациентов категории «высокого риска». Частота встречаемости терапевтической патологии у беременных более чем по одному профилю была следующей: по двум – 20% , по трем – 5%, по четырем – 2%.

Заключение. В структуре экстрагенитальной патологии по данным скринингового исследования лидировали гематологический, нефрологический профили (как в виде монопрофильных, так и в сочетании). В результате данного исследования, авторами предложен алгоритм выявления рисков и оказание медицинской помощи беременным с экстрагенитальной патологией.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бейсенбекова Ж.А., Толеуова А.С., Тойынбекова Р.Ж.,
Кадыркулов Б.Х., Тойшыбек Ж.А.
Карагандинский государственный медицинский университет,

Кафедра внутренних болезней №1, Караганда, Казахстан

Цель изучить особенности течения внебольничных и нозокомиальных пневмоний у больных с различными гнойно-воспалительными процессами нижних конечностей.
Материалы и методы. Обследовано 53 больных с пневмонией на фоне различных гнойно-воспалительных процессов нижних конечностей. Из них 30 (56,6%) пациентов с декомпенсацией сахарного диабета 2 типа и 23 (43,4%) пациентов с облитерирующим эндартериитом сосудов нижних конечностей. Средний возраст пациентов колебался от 42 лет до 78 лет, среди них, в основном, преобладали мужчины – 38 (71,7%) пациентов, остальные 15 (28,3%) пациентов - женщины. У всех пациентов имелись тяжелые гнойно-воспалительные поражения нижних конечностей различных степеней (флегмоны, гангрены, рожистое воспаление). Все пациенты были прооперированы по поводу различных форм гнойно-некротических поражений нижних конечностей. Всем больным проводились клинические и лабораторно-инструментальные исследования. Антибактериальная терапия проводилась с учетом динамики общего состояния пациента и гнойно-некротического очага, а также в зависимости от полученных данных видового состава микрофлоры и антибиотикограммы.
Результаты. При изучении особенностей течения пневмонии у 19 больных с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа и у 6 больных с облитерирующим эндартериитом сосудов нижних конечностей выявлено очаговое поражение легочной ткани. Долевое повреждение легочной ткани верифицировано у 11 больных с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа и у 17 больных с облитерирующим эндартериитом сосудов нижних конечностей. У 39 (73,6%) пациентов выявлены внебольничные пневмонии, а у остальных 14 (26,4%) больных нозокомиальные пневмонии, при этом нозокомиальные пневмонии имели затяжной характер. У 27 больных с тяжелой гангреной нижних конечностей верифицирована железодефицитная анемия легкой и средней степеней тяжести. У этих пациентов выявлены проявления ДВС-синдрома с выраженной гиперкоагуляцией, с последующем переходом в коагулопатию потребления. У всех пациентов помимо пневмонии и гнойно-воспалительных процессов нижних конечностей в анамнезе имели место артериальные гипертензии, различные формы ИБС, хронические заболевания органов дыхания. В 15% случаев на догоспитальном этапе диагностирован инфекционно-токсический шок с проявлениями ДВС-синдрома.
Заключение. Таким образом, у коморбидных пациентов с различными гнойно-воспалительными процессами нижних конечностей внебольничные и нозокомиальные пневмонии протекает с различными осложнениями в виде экссудативного плеврита, инфекционно-токсического шока, сепсиса и дыхательной недостаточности и имеет затяжной характер, несмотря на проводимую адекватную антибактериальную терапию. Это связано с распространением инфекции гематогенным путем и наличием у пациентов хронической сопутствующей патологии органов дыхания и кровообращения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Беков Е.К., Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Тусупбекова К.Т., Турханова Ж.Ж.
Косыбаева А.Е., Аушева И.У.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить качество жизни у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).
Материал и методы. Для оценки качества жизни нами использовался опросник SF-36, результаты которого представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным

таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Анкетирование проводилось у 61 пациентов с АГ и МС. Средний возраст обследованных 52,4±6,7 лет.

Результаты. В группе преобладала АГ 2 степени: у 72,09±6,84% обследованных.

На качество жизни значительное влияние оказывает болевой синдром. Согласно опроснику половина респондентов имеет по шкале BP менее 60 баллов, при этом межквартильный размах составляет диапазон от 41 до 100. Это согласуется с оценкой уровня здоровья GH, которая, по мнению опрошенных, находится на низком уровне. Так медианное значение составляет всего 52 балла при размахе ΔQ от 45 до 62.

При оценке психологического здоровья выявлено, что лица обследованной группы характеризуются высоким уровнем утомления, низкой жизненной активностью. Значения по шкале VT составили 60 баллов (ΔQ 75; 100). Эти данные согласуются с выявленной низкой ролевой физической активностью.

Психологическое здоровье в целом находится на среднем уровне, по шкале MH медиана составила 68 баллов и разброс в группе был невелик (ΔQ от 52 до 80). Эмоциональное состояние удовлетворительное и не оказывает значительного влияния на качество повседневной деятельности, медиана - 100 баллов по шкале RE. Также можно отметить сохранение высокой социальной активности у респондентов - общение, проведение времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе, что традиционно для менталитета нашей страны (по шкале SF 50 % опрошенных выставили от 62 до 100 баллов, медиана равна 87). При оценке психологического компонента здоровья можно отметить отрицательное влияние эмоционального состояния (по шкале RE) на повседневную деятельность в 12,85% (ДИ 9,95;15,8) случаев, выраженное состояние утомляемости (по шкале VT) у почти 36%. В тоже время демонстрируется высокая социальная активность (по шкале SF), оценки в пределах 76-100 баллов наблюдаются у 56,05% (ДИ 51,74;60,36), а в пределах 51-75 балл – у 27,15% (ДИ 23,4;31) опрошенных.

Заключение. Анализ качества жизни показал, что обследованные проявляют активность как в физической сфере, так и в социальной – стремление общаться, взаимодействовать с другими людьми, выполнять социальные функции выражены явно. Но существенное количество лиц (36%) отмечают снижение жизненной энергии, утомляемость. Эмоциональное состояние влияет на качество ежедневной деятельности, что особенно выражено у женщин. Если большинство респондентов показывает средний и высокий уровень психологического здоровья, то около 21% попадает под определение «низкий» и очень «низкий» уровень.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Белова Г. В., Будникова Н.В., Севастьянова Г. И., Белова Е.Б.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Раннее выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, выявление заболеваний в ранней стадии, их профилактика является основной задачей первичного здравоохранении. Эти задачи призвана решить и диспансеризации определенных групп взрослого населения, которая проводится с 2015 г. согласно приказа МЗ РФ № 86н.

Цель работы: Изучить частоты выявления артериальной гипертонии (АГ) при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения участковыми врачами - терапевтами городской территориальной поликлиники.

Методы исследования: ретроспективный анализ медицинских документов, заполняемых при проведении диспансеризации: записи в медицинской карте амбулаторного больного, маршрутные карты диспансеризации, анкеты для выявление хронических

неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, которые оформлялись при проведении диспансеризации взрослого населения в ходе I и II ее этапов. Всего были проанализированы результаты диспансеризации 15518 пациентов, прошедших осмотры в 2016 г в данной территориальной поликлинике, из них 45,58% мужчин (7073 человека) и 54,42% женщин (8445 человек). Пациенты, прошедшие диспансеризацию, были разделены на три возрастные группы: в первую возрастную группу (21-36 лет) вошли 5160 человек (33,25%), из них 2333 мужчины (33,26%) и 2827 женщин (33,48%)); во 2 возрастную группу (39-60 лет) вошли 5942 человека (38,29%); из них 2741 мужчин (38,75%) и 3201 женщин (37,9%); в 3 возрастную группу вошли 4416 человек (28,45%), из них 1999 мужчин (28,27%) и 2417 женщин (28,62%).

Полученные результаты: проведенный анализ выявил знание о наличие АГ по данным анкетирования пациентов у 2562 человек, что составляет 16,51% всех прошедших диспансеризацию. По результатам осмотра и обследования АГ была выявлена у 2572 пациентов, что составило 15,57% от всех прошедших диспансеризацию. Частота выявления АГ у мужчин составила 44,01% в группе выявленной АГ (1132 человека) и 16,0% от всех осмотренных мужчин. Частота выявления АГ у женщин составила 55,99% в группе АГ и 17,05% от всей группы осмотренных женщин. Выявленная ранее АГ, по поводу которой больные находились под диспансерным наблюдением у участкового терапевта, отмечена у 15,02% (2332 человека) от всей группы пациентов, прошедших диспансеризацию в 2016 г. В этой группе мужчин было 1015 (43,52%), женщин - 1317 (56,48%). Наибольшее количество пациентов с ранее выявленной АГ относились ко 2 и 3 возрастным группам: 425 мужчин (18,22%) и 569 (24,40%) женщин во 2 возрастной группе и 515 (22,08%) мужчин и 654 (28,04%) женщины в 3 возрастной группе. В 1 возрастной группе по поводу АГ наблюдались ранее 75 мужчин и 94 женщины (3,22% и 4,03% соответственно). Впервые АГ по результатам диспансеризации была выявлена только у 240 человек (1,55%) из числа всех осмотренных пациентов, среди них было 117 (48,75%) мужчин и 123 (51,25%) женщины. При этом впервые выявленная АГ отмечена во всех возрастных группах, с наибольшей частотой во второй и третьей возрастной группах (31,67% и 52,91% соответственно).

З**аключение:** таким образом, частота выявления АГ по результатам осмотра пациентов была несколько ниже, чем данные об АГ по результатам анкетирования. Частота выявленной АГ (15,57%) и впервые выявленной АГ (1,55%) при диспансеризации различных групп взрослого населения остается низкой.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Белова Г. В., Полятыкина Т.С., Ушакова С.Е.,., Белова Е.Б.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия

Цель работы: Изучить частоты выявления факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в зависимости от пола и возраста пациентов при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения участковыми врачами - терапевтами городской территориальной поликлиники.

Методы исследования: ретроспективный анализ медицинских документов, заполняемых при проведении диспансеризации взрослого населения: записи в амбулаторной карте, маршрутные карты диспансеризации, анкеты для выявление ХНИЗ и ФР их развития. Всего были проанализированы результаты диспансеризации 15518 пациентов, прошедших осмотр в 2016г. в городской территориальной поликлинике, из них 45,58% мужчин (7073 человека) и 54,42% женщин (8445 человек). Пациенты были разделены на три возрастные группы: в первую возрастную группу (21-36 лет) вошли 5160 человек (33,25%), из них 2333 мужчины (33,26%) и 2827 женщин (33,48%)); во 2 возрастную группу (39-60 лет)

вошли 5942 человека (38,29%); из них 2741 мужчин (38,75%) и 3201 женщин (37,9%); в 3 группу (старше 60 лет) вошли 4416 человек (28,45%), из них 1999 мужчин (28,27%) и 2417 женщин (28,62%). Была изучена частота выявления таких ФР, как отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ОН), избыточная масса тела (ИМТ), низкая физическая активность (НФА), нерациональное питание (НРП), курение табака, гипергликемия гиперхолестеринемия (ГХС). повышенный уровень АД при отсутствии диагноза гипертонии. **Полученные результаты**: проведенный анализ выявил ОН у 278 пациентов (1,78%). Различий по частоте выявления ОН у мужчин и женщин в разных возрастных группах не выявлено. ИМТ отмечена у 1204 человек (7,76%), среди них преобладали женщины- 714 (59, 3%.) человек. Чаще данный ФР как у мужчин, так и у женщин выявлялся во 2 возрастной группе. НРП выявлено у 4492 человек (28,94%), мужчин в данной группе было 1847 человек (41,11%), женщин – 2645 (58,88%). Наиболее часто данный ФР встречался во 2 возрастной группе: у 54,35% мужчин и 52,89% женщин. НФА отмечена у 1301 пациента (8,38%), в данной группе было 828 женщин (63,64%) и 473 мужчин (36,36%) Наибольшее количество пациентов с НФА отмечено в 3 возрастной группе как у мужчин, так и у женщин. Курили 642 пациента (4,14%), 96,88 % курящих были мужчины (622 человека), более половины из них (55,95%) относятся ко 2 возрастной группе. Все курящие женщины (20 человек) относились к 1 возрастной группе. Повышение содержания глюкозы крови выявлено при обследовании у 432 пациентов (1,59%). В 1 возрастной группе гипергликемии не выявлено, частота в 2 группе и 3 возрастной группе у мужчин и женщин была одинаковой. ГХС при обследовании выявлена у 3376 (21,75%). В данной группе женщин было больше - 2193 (64,96%) по сравнению с мужчинами – 1183 (35,04%). ГХС выявлена во всех возрастных группах, однако более половины больных относились ко 2 возрастной группе (50,55% мужчин и 50,94% женщин). Повышение АД выявлено у 6,05% (939 человек), среди них женщин было 551 (58,6%),, мужчин 388 (41,32%). Наиболее часто данный ФР выявлялся у мужчин 3 возрастной группы (51,29%), у женщин с одинаковой частотой во 2. 3 возрастной группах (42,28% и 40,11% соответственно).

З**аключение:** таким образом, более чем у трети больных выявлено нерациональное питание, у каждого пятого обследованного выявлена ГХС. Около 8 процентов пациентов имели ИМТ и низкую физическую активность Данные ФР чаще встречались у женщин. Остальные ФР в дано популяции встречались редко.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Белоусова К.В.[1,2], Никифоров В.С.[1]

[1]ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия; [1,2]НУЗ «Отделенческая больница на ст. Волховстрой» ОАО РЖД, г. Волхов, Россия

Диагностика и оценка распространенности сердечно-сосудистых заболеваний у машинистов железнодорожного транспорта является актуальной задачей современной медицины, поскольку с данной патологией связана возможность возникновения неконтролируемых ситуаций на железнодорожном транспорте. На организм машиниста железнодорожного транспорта воздействует комплекс неблагоприятных факторов, который включает психоэмоциональные нагрузки, сменную работу с ночными сменами, гиподинамию.

Цель. Изучить распространенность и структуру нарушений ритма сердца (НРС) у работников локомотивных бригад (машинистов и помощников машинистов) и оценить взаимосвязи НРС с сопутствующими, у данной группы лиц, заболеваниями.

Материал и методы. В исследование включены 97 работников локомотивных бригад (машинисты и помощники машинистов) в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст – 44 года), которым выполнялось медицинское обследование в условиях НУЗ «Отделенческая

больница на ст. Волховстрой» ОАО РЖД, включавшее суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с помощью приборов «Кардиотехника-04» (Инкарт, Россия) и «Валента МН-02-8» («Компания Нео», Россия).

Полученные результаты. Среди обследованных у 28 лиц (29%) патологии выявлено не было. По результатам анализа СМЭКГ отмечено снижение циркадного индекса у 34 лиц (35%). Наиболее частыми НРС оказались суправентрикулярные аритмии, которые были выявлены у всех обследованных лиц. Желудочковые НРС зарегистрированы у 67 лиц (69%). У 3 лиц (3,1%) зафиксирована АВ блокада II степени. При анализе заболеваний установлено, что среди машинистов и помощников и машинистов в качестве кардиологической патологии наиболее часто встречались артериальная гипертензия – у 38 лиц (39,2%), и кардиомиопатия – у 13 лиц (13,4%). Лиц с ишемической болезнью сердца среди обследуемых не было. Из внекардиальной патологии наиболее часто встречались ожирение – у 19 лиц (19,6%), и гастроэнтерологические заболевания – у 10 лиц (10,3%). При анализе взаимосвязей НРС с сопутствующей патологией выявлено, что у большинства лиц, страдавших артериальной гипертензией (79%), регистрировались желудочковые аритмии. Желудочковые НРС высоких градаций (5 класс по классификации Ryan) были зафиксированы только у лиц с артериальной гипертензией.

Заключение. Нарушения ритма сердца регистрируются у всех машинистов и помощников машинистов железнодорожного транспорта. Наличие в этой группе лиц артериальной гипертензии сопровождается более высоким риском желудочковых аритмий. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения СМЭКГ у всех работников локомотивных бригад с артериальной гипертензией для исключения опасных для жизни нарушений ритма сердца.

РОЛЬ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ СИСТЕМ В МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ ДИГОКСИНА НА ИОНОРЕГУЛИРУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК КРЫС

Белянин В.В., Кузьмин О.Б., Сердюк С.В., Жежа В.В., Бучнева Н.В., Ландарь Л.Н.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Оренбург, Россия

Цель. Оценить с помощью специфических ингибиторов роль простагландиновой (ПГ), ренин-ангиотензиновой (РАС) и калликреин-кининовой (ККС) систем в механизме действия дигоксина на ионорегулирующую функцию почек крыс.

Материал и методы. Работа выполнена на 30 наркотизированных крысах-самцах с катетеризированными задней полой веной и мочевым пузырем для введения растворов и сбора мочи. В ходе опыта на фоне в/в инфузии со скоростью 0,05 мл/мин 0,9 % раствора NaCl, содержащего 0,25% инулина, из мочевого пузыря собирали 10-минутные порции мочи и в течение 90 мин оценивали динамику диуреза, выделения электролитов с мочой, клиренса инулина, экскретируемой фракции натрия и других показателей ионорегулирующей функции почек. Дигоксин вводился в/в в дозе 0,1 мг/кг, которая у крыс, отличающихся низкой чувствительностью к сердечным гликозидам, вызывает умеренную диуретическую реакцию. Ингибитор циклооксигеназы индометацин и ингибитор АПФ эналаприл назначались животным per os в течение 6 дней до постановки эксперимента соответственно в дозах 3 и 1 мг/кг/сутки, ингибитор калликреина апротинин – в/м в дозе 6000 АТрЕ/кг за 30 мин до введения дигоксина. Достоверность результатов оценивали с помощью параметрического критерия Вилкоксона

Результаты. Дигоксин не оказывал существенного влияния на величину СКФ, оцениваемую по величине клиренса инулина, но вызывал нарастающую диуретическую реакцию с увеличением выделения натрия и калия с мочой. К 90 мин наблюдения диурез, натрийурез и потеря калия с мочой достоверно возросли соответственно в 2,0, 2,02 и 3,16 раза ($p < 0,05$) по сравнению с исходным уровнем. Экскретируемая фракции натрия,

отражающая реабсорбцию этого иона в почках, увеличилась к этому времени с 0,73±0,10% до 1,92±0,48% ($p < 0,05$), что указывает на значительное угнетение транспорта натрия в почечных канальцах. Предварительное подавление активности ПГ-системы индометацином существенно не изменяло реакцию почек крыс на дигоксин, в то время как предварительное угнетение эналаприлом активности РАС вызывало прирост диуреза, натрийуреза и калийуреза соответственно 6,0, 3,55 и 5,5 раза ($p < 0,05$). Предварительное угнетение активности ККС апротитином увеличивало диуретический, натрийуретический и калийуретический эффекты дигоксина соответственно в 4,73, 4,29 и 5,68 раза ($p < 0,05$).
Заключение. Сделан вывод, что ПГ-система почек не участвует в механизме действия дигоксина на транспорт натрия и ионорегулирующую функцию почек крыс, в то время как почечные РАС и ККС выполняют в почке функцию модулятора, препятствующего при действии этого препарата избыточной потере воды и электролитов с мочой.

ЦИСТАТИН С В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Берстнева С.В.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

Цель. Оценить диагностическое значение цистатина С как маркера кардиоренального синдрома при сахарном диабете (СД) 2 типа (КРС 5 типа) и хронической болезни почек (ХБП).
Материал и методы. Обследовано 33 больных СД 2 типа с ХБП 1-3 ст.: возраст 61,5 (54,0; 65,5) лет, длительность СД - 11,0 (6,5; 13,0) лет, индекс массы тела (ИМТ) - 32,3 (28,4; 34,9) кг/м^2. ИБС имела место у 87,9% больных, инфаркт миокарда в анамнезе у 1 больного, у всех обследованных диагностирована артериальная гипертензия (АГ) 2-3 степени. Проведено исследование углеводного обмена (НвА1с), креатинина сыворотки крови, альбуминурии (АУ). Цистатин С определяли методом ИФА в сыворотке крови (Human Cystatin C ELISA, референсные значения - 570-960 нг/мл). СКФ рассчитывали на основании уровня креатинина (CKD-EPI-creat, 2009) и цистатина С (CKD-EPI-cys, 2012). Проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), Эхо-КГ.
Результаты. НвА1с составил 8,0% (7,3; 8,9). Микроальбуминурия (МАУ) выявлена у 9 чел. (27,3%) больных, протеинурия (ПУ) – у 4 чел. (12,1%). Концентрация цистатина С составила 1127,5 (1011,2; 1318,5) нг/мл. Уровень цистатина С положительно коррелировал с уровнем креатинина ($r= 0,636$, $p= 0,0002$), ИМТ ($r=0,605$, $p=0,0001$) и возрастом больных ($r= 0,425$, $p= 0,0109$), не имел связи с НвА1с, величиной АУ, длительностью СД. Между показателями СКФ, рассчитанными по формулам CKD-EPI-creat и CKD-EPI-cys выявлена корреляционная связь средней силы ($r= 0,687$, $p= 0,00004$). Распределение больных по стадиям ХБП, оцененным по формуле CKD-EPI-creat составило: С1 – 1 чел., С2 – 20 чел., С3а – 12 чел.; по формуле CKD-EPI-cys: С1 – 2 чел., С2 – 17 чел., С3а – 12 чел., С3б – 2 чел. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по данным Эхо-КГ диагностирована у 14 чел. (42,4%) больных. При оценке кардиоренальных взаимоотношений выявлена зависимость между степенью снижения почечной функции и ГЛЖ: при СКФ более 60 мл/мин частота ГЛЖ составила 31,6% (6 чел.), при СКФ 45-59 мл/мин - 58,3% (7 чел.), при СКФ 30-44 мл/мин - 50,0% (1 чел.). Уровень цистатина С у больных с ИБС - 1206,0 (1087,3; 1361,0) нг/мл, без ИБС – 976,5 (1851,8; 1060,6) нг/мл ($p= 0,0123$). Выявлена корреляционная зависимость цистатина С с уровнем САД ($r= 0,33$, $p= 0,041$), ДАД ($r= 0,38$, $p= 0,039$), индексом времени ДАД ($r= 0,39$, $p= 0,056$), суточным индексом САД ($r= -0,34$, $p= 0,254$), индексом ММЛЖ ($r=0,41$, $p= 0,039$), фракцией выброса ЛЖ ($r= -0,35$, $p= 0,053$), временем изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT) ($r= 0,58$, $p= 0,031$).

Заключение. Определение уровня цистатина С в сыворотке крови с расчетом СКФ по формуле CKD-EPI-cys, 2012 в дополнение к расчету СКФ по CKD-EPI-creat, 2009 повышает точность диагностики хронической болезни почек у больных СД 2 типа. Исследование цистатина С у больных СД 2 типа и хронической болезнью почек может быть использовано в качестве маркера кардиоренального синдрома как предиктора увеличения сердечно-сосудистого риска для своевременного проведения профилактики кардиоваскулярных осложнений.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ПОЛИЭНДОКРИНОПАТИИ - САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ГИПОТИРЕОЗ

Берстнева С.В.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Рязань, Россия

Цель. Изучение особенностей артериальной гипертензии (АГ) и эндотелиальной дисфункции у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа в сочетании с первичным гипотиреозом (ПГ).

Материал и методы. Обследовано 63 больных СД 1 и 2 типа и АГ 2-3 степени. Из них 1 группа - 38 человек – СД 1 и 2 типа в сочетании с ПГ (АИТ у 21 чел., послеоперационный гипотиреоз у 17 чел.). Средний возраст 57,6±1,7 лет, длительность СД - 9,6±0,9 лет, индекс массы тела (ИМТ) – 31,8±1,2 кг/м^2, длительность ПГ - 8,4±0,6 лет. 2 группа – 25 больных СД 1 и 2 типа без патологии щитовидной железы, сопоставимых по возрасту, длительности СД, ИМТ. Уровень ТТГ в 1-й группе на фоне заместительной терапии левотироксином 5,1±0,8 мкМЕ/мл, во 2-й группе – 1,3±0,1 мкМЕ/мл ($p<0,001$). Все пациенты получали диетотерапию, сахароснижающую терапию, гипотензивную терапию. Проведено исследование углеводного, липидного обмена, инсулина (ИРИ) с расчетом HOMA-IR. Уровень эндотелина-1 (Э-1) определяли методом ИФА в плазме крови (Biomedica Gruppe), референсные значения – менее 0,26 фмоль/мл. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось по стандартной методике с помощью аппарата системы «Валента». Уровень эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) определяли в пробе с реактивной гиперемией (D. Celermajer с соавт., 1992).

Результаты. HвA1c составил в 1-й группе 8,9±0,2%, во 2-й – 8,0±0,2% ($p<0,05$), ИРИ - 16,9±1,8 и 10,7±1,5 мМЕ/л ($p<0,05$), HOMA-IR - 6,63±0,9 и 2,84±0,4 ($p<0,01$), соответственно. Отмечено достоверное повышение параметров липидного спектра - ОХС, ХС ЛПНП, ТГ и ИА в 1-й группе, установлена прямая корреляционная зависимость данных показателей от уровня ТТГ. По результатам СМАД индекс времени ДАД (гипер) был значительно повышен у пациентов обеих групп и составил ДАД 24ч – 87,1±7,0% и 68,6±6,2% ($p<0,05$) у пациентов 1-й и 2-й группы. При анализе циркадности ритма АД выявлено преобладание профиля нон-диппер и найт-пикер САД и ДАД 1-й группе. При выполнении пробы с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии после декомпрессии (Δd) составил в 1-й группе 11,4±1,2%, во 2-й – 18,1±2,8% ($p<0,05$). Уровень Э-1 - 1,56±0,09 и 0,88±0,07 фмоль/мл ($p<0,001$), соответственно. Корреляционный анализ показал отрицательную зависимость ЭЗВД (Δd) от возраста пациентов ($r= -0,53$, $p=0,032$), ИМТ ($r= -0,38$, $p=0,042$), HвA1c ($r= -0,49$, $p=0,001$), ИРИ ($r= -0,55$, $p=0,052$), HOMA-IR ($r= -0,44$, $p=0,034$), показателей липидного обмена. В 1-й группе выявлена корреляционная связь между уровнем ТТГ и параметрами функции эндотелия: ТТГ и Δd ($r= -0,46$, $p=0,041$), ТТГ и Э-1 ($r=0,36$, $p=0,067$).

Заключение. Наличие первичного гипотиреоза оказывает дополнительное отрицательное влияние на показатели углеводного, липидного обмена, инсулинорезистентности,

артериального давления, а также на сосудодвигательную и синтетическую функцию эндотелия у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.

СНИЖЕНИЕ ГЕМОДЕЛЮЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЗАКРЫТОГО КОНТУРА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бикташев Д.Б., Лесбеков Т.Д.
Национальный Научный кардиохирургический центр, Астана, Казахстан

Цель. Оценить гемоделюцию при операциях аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения выполненных в закрытом и открытом контурах у пациентов с ишемической болезнью сердца

Материал и методы. С августа 2014 года по июнь 2015 года в АО ННКЦ было выполнено 100 хирургических вмешательств у пациентов с ишемической болезнью сердца. Пациенты были разделены на 2 группы, I группа (50 пациентов) пациенты – это контрольная группа, с использованием открытого контура искусственного кровообращения, II группа (50 пациентов) - это пациенты с использованием закрытого контура искусственного кровообращения. Функция левого желудочка оценивалась по ЭхоКГ: фракция выброса в контрольной группе и в группе сравнения составила 55,2% ±6,1 и 55,9% ±6,1 (p=0,6), уровень гематокрита в контрольной группе и в группе сравнения составил 41,3 ±2,8 и 41,8 ±3,4 соответственно (p=0,6); уровень гемоглобина контрольной группе и в группе сравнения составил 138,5г/л ±11,1 и 140г/л ±13,4 (p=05);

Результаты. Всем пациентам выполнялась операция коронарного шунтирования, среднее количество шунтов 3±0,67 в контрольной группе и 3±053 в сравнительной группе (p=0,001). Время искусственного кровообращения в контрольной группе и в группе сравнения составило 64мин ±16,9 и 58мин ±12,7 (p=0,04). Время пережатия аорты в контрольной группе и группе сравнения составило 32мин ±11,41 и 28мин ±9,01 (p=0,1). При сравнении двух групп выявлено существенное снижение гемоглобина, гематокрита, эритроцитов после операции с открытым контуром искусственного кровообращения. Анализы после 6 часов после операции: уровень гематокрита в контрольной группе и группе сравнения составил 29,9 ±3,88 и 33.2 ±3,89 (p=0,00004); уровень гемоглобина в контрольной группе и в группе сравнения составил 106г/л ±11,18 vs 112г/л ±14,15 p=0,01. уровень эритроцитов в контрольной и в группе сравнения составил $3,66x10^{12}$/л ±0.36 и $3,9x10^{12}$/л ±0,51 (p=0,01); уровень тромбоцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $202x10^{9}$л ±6,4 и $220x10^{9}$л ±13,2 (p=0,001);

Так же были проведены сравнения указанных анализов по истечению 16 часов после операции. Уровень гематокрита (16 часов после операции) в контрольной группе и в группе сравнения составил 31 ±3,1 и 33 ±3,4 (p=0,01); уровень гемоглобина в контрольной группе и в группе сравнения составил 106г/л ±11,3 и 114г/л ±12,3 (p=0,01); уровень эритроцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $3,64x10^{12}$л и $3,84x10^{12}$л ±0,444 (p=0,00001); уровень тромбоцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $205x10^{9}$л ±7,2 и $221x10^{9}$л ±12,0 (p=0,001).

Переливание крови и ее компонентов было выполнено 5 пациентам, из которых 2 пациента были группы контроля, 3 - из группы исследования. В группе исследования была выполнена 1 рестернотомия, остановка хирургического кровотечения.

Заключение. Непосредственные результаты операций коронарного шунтирования выполненных в условиях искусственного кровообращения в закрытом контуре имеют преимущества в связи с техникой для уменьшения первичного объема заполнения системы искусственного кровообращения, вызывая меньше гемоделюции.

ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ФИЛЬТРАЦИОННО ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ОПЕРАЦИЯХ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЗАКРЫТОГО КОНТУРА ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бикташев Д.Б., Лесбеков Т.Д.
Национальный Научный кардиохирургический центр, Астана, Казахстан

Цель. Оценить эффективность на снижение системного воспалительного ответа при операциях аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения выполненных в закрытом и открытом контурах у пациентов с ишемической болезнью сердца

Материал и методы. С августа 2014 года по июнь 2015 года в АО ННКЦ было выполнено 100 хирургических вмешательств у пациентов с ишемической болезнью сердца. Пациенты были разделены на 2 группы, I группа (50 пациентов) пациенты – это контрольная группа, с использованием открытого контура искусственного кровообращения, II группа (50 пациентов) - это пациенты с использованием закрытого контура искусственного кровообращения. Уровень креатинина в контрольной группе и в группе сравнения составил 0,94мг/дл ±0,17 и 0,96мг/дл ±0,17 (p=0,5), уровень мочевины в контрольной группе и в группе сравнения составил 37,4мг/дл ±10,5 и 37,7мг/дл ±10,09 (p=0,8); уровень CRP в контрольной группе и группе сравнения составил 0,33мг/дл ±0,48 и 0,43мг/дл ±0,52 (p=0,3) уровень лейкоцитов в контрольной группе и группе сравнения составил $6,5x10^9$л ±1,47 и $6,5x10^9$л ±1,4 (p=0,5).

Результаты. Всем пациентам выполнялась операция коронарного шунтирования, среднее количество шунтов 3±0,67 в контрольной группе и 3±053 в сравнительной группе (p=0,001). Время искусственного кровообращения в контрольной группе и в группе сравнения составило 64мин ±16,9 и 58мин ±12,7 (p=0,04). Время пережатия аорты в контрольной группе и группе сравнения составило 32мин ±11,41 и 28мин ±9,01 (p=0,1). Анализы после 6 часов после операции: уровень креатинина в контрольной группе и в группе сравнения составил 0,272мг/дл ±72 и 0,275мг/дл ±71 (p=0,2); уровень мочевины в контрольной группе и в группе сравнения составил 34,8мг/дл ±7,4 и 37,5мг/дл ±9,9 (p=0,08); уровень CRP в контрольной группе и в группе сравнения составил 1,5мг/дл ±1,2 и 1,6мг/дл ±2,7 (p=0,0002); уровень лейкоцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $12,1x10^9$л ±3,47 и $12,5x10^9$л ±3,79 (p=0,5).

Так же были проведены сравнения указанных анализов по истечению 16 часов после операции. Уровень креатинина в контрольной группе и в группе сравнения составил 1,031мг/дл ±0,198 и 1,033мг/дл ±0,212 (p=0,6); уровень мочевины в контрольной группе и в группе сравнения составил 34,2мг/дл ±8 и 37,2мг/дл ±9 (p=0,08); уровень CRP в контрольной группе и в группе сравнения составил 5,6мг/дл ±2,2 и 4мг/дл ±2,5 (p=0,0009); уровень лейкоцитов в контрольной группе и в группе сравнения составил $11,3x10^9$л ±2,4 и $10x10^9$л ±13,2 (p=0,0001).

Заключение. Непосредственные результаты операций коронарного шунтирования выполненных в условиях искусственного кровообращения в закрытом контуре имеют преимущества в снижении системного воспалительного ответа при выполнении аорто-коронарного шунтирования с применением закрытого контура искусственного кровообращения. Однако результаты касательно таких маркеров выделительной функции почек как креатинин и мочевина не показали значительной разницы.

ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОВЫШЕННАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ УРЕМИИ

Богатырева М.М-Б
ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Назрань, Россия

Повышенная масса тела является одним из хорошо известных факторов, ассоциирующихся с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в общей популяции. Однако, очевидно, что данная взаимосвязь не может быть механически перенесена на популяцию уремических больных.

Цель исследования. Оценить ассоциативность гипертрофии левого желудочка с повышенной массой тела у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН).

Материал и методы. Проанализированы данные 97 пациентов с ТХПН (группа I), умерших и прошедших аутопсию. Контрольную группу составили 40 пациентов с ГЛЖ не имевших по результатам клинического обследования признаков хронической почечной недостаточности (группа II). Возраст больных составил в I группе 60,9±1,2 лет, во II группе - 70,1±2,0 лет. Среди больных I группы: мужчин было 46,4%, женщин – 53,6%; среди больных II группы мужчин – 55%, женщин – 45%. ГЛЖ диагностировали на основании данных аутопсии при массе сердца более 285 г для женщин и более 320 г для мужчин и толщине свободной стенки ЛЖ (ТСЛЖ) более 12 мм. Толщина подкожно-жировой клетчатки оценивалась в области передней брюшной стенки. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования. Гипертрофия левого желудочка была диагностирована у 93 (96%) больных I группы, четверо больных, не имевших ГЛЖ, были исключены из статистического анализа. Показатели массы сердца составили у больных I группы - 490,8±14,1г, ТСЛЖ - 18,8±0,5 мм, во II группе - 460,9±16,5 г и 17,7±0,5мм (различия статистически не значимы).

При изучении влияния толщины подкожно-жировой клетчатки на развитие ГЛЖ выявлено, что у больных I группы средние значения массы сердца и ТСЛЖ составили при пониженном питании - 463,6±21,0г и 17,4±0,68мм, при удовлетворительном питании – 495,5±15,5г и 18,7±0,62мм, при повышенном питании – 477,4±37,02г и 18,9±1,01мм соответственно ($F=0,70$, $p=0,50$ для массы сердца и $F=1,2$, $p=0,30$ для ТСЛЖ).

У больных II группы, напротив, отмечалась линейная зависимость между выраженностью подкожно-жирового слоя и показателями ГЛЖ: средние значения массы сердца при пониженном питании составили 424,6±18,6г, ТСЛЖ – 16,1±0,65мм, при удовлетворительном питании – 435±13,9г и 17,1±0,54мм, при повышенном питании – 553±42,3г и 2,06±0,83мм соответственно ($F=7,7$, $p=0,002$ и $F=11,0$, $p<0,001$ для массы сердца и ТСЛЖ соответственно).

Выводы. Таким образом, избыточная масса тела, как хорошо известный фактор, ассоциирующийся с гипертрофией миокарда ЛЖ, оказывала достоверное влияние на выраженность ГЛЖ только у неуремических больных, при наличии ТХПН показатели ГЛЖ статистически значимо от выраженности подкожно-жировой клетчатки не различались.

ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОВЫШЕННАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ УРЕМИИ

Богатырева М.М-Б
ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Назрань, Россия

Повышенная масса тела является одним из хорошо известных факторов, ассоциирующихся с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в общей популяции. Однако, очевидно, что данная взаимосвязь не может быть механически перенесена на популяцию уремических больных.

Цель исследования. Оценить ассоциативность гипертрофии левого желудочка с повышенной массой тела у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН).

Материал и методы. Проанализированы данные 97 пациентов с ТХПН (группа I), умерших и прошедших аутопсию. Контрольную группу составили 40 пациентов с ГЛЖ не имевших по результатам клинического обследования признаков хронической почечной недостаточности (группа II). Возраст больных составил в I группе 60,9±1,2 лет, во II группе - 70,1±2,0 лет. Среди больных I группы: мужчин было 46,4%, женщин – 53,6%; среди больных II группы мужчин – 55%, женщин – 45%. ГЛЖ диагностировали на основании данных аутопсии при массе сердца более 285 г для женщин и более 320 г для мужчин и толщине свободной стенки ЛЖ (ТСЛЖ) более 12 мм. Толщина подкожно-жировой клетчатки оценивалась в области передней брюшной стенки. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования. Гипертрофия левого желудочка была диагностирована у 93 (96%) больных I группы, четверо больных, не имевших ГЛЖ, были исключены из статистического анализа. Показатели массы сердца составили у больных I группы - 490,8±14,1г, ТСЛЖ - 18,8±0,5 мм, во II группе - 460,9±16,5 г и 17,7±0,5мм (различия статистически не значимы).

При изучении влияния толщины подкожно-жировой клетчатки на развитие ГЛЖ выявлено, что у больных I группы средние значения массы сердца и ТСЛЖ составили при пониженном питании - 463,6±21,0г и 17,4±0,68мм, при удовлетворительном питании – 495,5±15,5г и 18,7±0,62мм, при повышенном питании – 477,4±37,02г и 18,9±1,01мм соответственно ($F=0,70$, $p=0,50$ для массы сердца и $F=1,2$, $p=0,30$ для ТСЛЖ).

У больных II группы, напротив, отмечалась линейная зависимость между выраженностью подкожно-жирового слоя и показателями ГЛЖ: средние значения массы сердца при пониженном питании составили 424,6±18,6г, ТСЛЖ – 16,1±0,65мм, при удовлетворительном питании – 435±13,9г и 17,1±0,54мм, при повышенном питании – 553±42,3г и 2,06±0,83мм соответственно ($F=7,7$, $p=0,002$ и $F=11,0$, $p<0,001$ для массы сердца и ТСЛЖ соответственно).

Выводы. Таким образом, избыточная масса тела, как хорошо известный фактор, ассоциирующийся с гипертрофией миокарда ЛЖ, оказывала достоверное влияние на выраженность ГЛЖ только у неуремических больных, при наличии ТХПН показатели ГЛЖ статистически значимо от выраженности подкожно-жировой клетчатки не различались.

ГИПЕРТРОФИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ УРЕМИИ

Богатырева М.М-Б
ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Назрань, Россия

Гипертрофию правого желудочка у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН) обнаруживают часто, и причины ее, также как и в случае обнаружения у больных с эссенциальной гипертонией остаются неясными.

Цель исследования. Изучить ассоциативность гипертрофии правого желудочка с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) с учетом степени ее выраженности и наличия или отсутствия ТХПН.

Материал и методы. Проанализированы данные 97 пациентов с ТХПН (группа I), умерших и прошедших аутопсию. Контрольные группы составили 40 пациентов с ГЛЖ не имевших по результатам клинического обследования признаков ХПН (группа II); вторую контрольную группу - 40 больных, не имевших по результатам клинического и аутопсического исследований признаков ХПН и ГЛЖ (группа III). ГЛЖ диагностировали

на основании данных аутопсии при массе сердца более 285 г для женщин и более 320 г для мужчин и толщине свободной стенки ЛЖ (ТСЛЖ) более 12 мм; степень ГЛЖ оценивали по ТСЛЖ: незначительная и умеренная ГЛЖ – ТСЛЖ 12,1-16 мм; значительная, выраженная ГЛЖ и ГЛЖ высокой степени - от 16,1 мм и выше. Гипертрофию правого желудочка оценивали по толщине свободной стенки правого желудочка (ТСПЖ) (за норму приняты значения 2-4 мм).

Результаты исследования. Исходя из данных по массе сердца и ТСЛЖ, ГЛЖ была диагностирована у 93 (96%) больных I группы, четверо больных, не имевших ГЛЖ, были исключены из статистического анализа. Показатели массы сердца составили у больных I группы - 490,8±14,1г, ТСЛЖ - 18,8±0,5 мм, во II группе - 460,9±16,5 г и 17,7±0,5мм, в III группе - 247,1±5,8 и 11,6±0,2 мм соответственно (различия между I и II группой статистически не значимы). Возраст больных составил в I группе 60,9±1,2 лет, во II группе - 70,1±2,0 лет, в III группе - 53,9±3,6 лет.

Толщина стенки правого желудочка составила в I группе – 3,9±1,4 мм, во II группе – 4,0±0,27 мм, в III группе – 2,6±1,0 мм. Таким образом ТСПЖ была высокодостоверно выше у больных с ГЛЖ по сравнению с больными без ГЛЖ ($p<0,001$) и не зависела от наличия или отсутствия ТХПН ($p=0,62$). При дополнительном рассмотрении зависимости толщины стенки ПЖ от степени ГЛЖ, она составила у больных I группы с I-II степенью ГЛЖ – 3,9±0,2мм, III-V степенями ГЛЖ – 3,8±0,2мм ($p=0,78$). Аналогичные данные были получены и во II группе.

Выводы. Согласно результатам исследования толщина стенки ПЖ была высокодостоверно больше при наличии гипертрофии левого желудочка и не зависела непосредственно от уремии и степени ГЛЖ. Прямых причинно-следственных отношений между гипертрофией левого и правого желудочка, особенно учитывая отсутствие зависимости толщины стенки правого желудочка от степени ГЛЖ, проследить не удается. Вероятно, ассоциативность гипертрофии обоих желудочков друг с другом связана с общностью некоторых этиопатогенетических факторов, в том числе наследственно обусловленных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ЭКГ-КРИТЕРИЕВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Богатырева М.М-Б
ФГБОУ ВО Ингушский государственн.ый университет, Назрань, Россия

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость количественных и качественных ЭКГ-критериев гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), опираясь на данные аутопсии при верификации ГЛЖ.

Материал и методы. Проанализированы ЭКГ-данные 133 пациентов, которые имели по результатам аутопсии гипертрофию левого желудочка (группа I). Контрольную группу составили 40 пациентов без гипертрофии левого желудочка (группа II). ГЛЖ во всех случаях диагностировали на основании данных аутопсии при массе сердца более 285 г для женщин и более 320 г для мужчин и толщине свободной стенки ЛЖ (ТСЛЖ) более 12 мм. Средний возраст больных составил в I группе - 65,6±2,0 лет, во II группе - 53,8±3,6 лет.

Результаты исследования. В стандартных и усиленных однополюсных отведениях вольтажные критерии ГЛЖ обладали при высокой специфичности (100%) весьма низкой чувствительностью (R_I >15мм – 3,0%, $R_I + S_{III}$ >25мм – 6,0%, R_{aVL} >11мм – 8,3%, $S(Q)_{aVR}$ >14мм – 2,3%; R_{II}, R_{aVF} (или R_{III}) >20мм - 1,0%). Вольтажные критерии ГЛЖ в грудных отведениях характеризовались повышением чувствительности до 9,0-39,1% и снижением специфичности до 85-97,5%. Наибольшей чувствительностью среди всех вольтажных критериев обладал критерий Соколова-Лайона: 39,1% при специфичности 90%.

Следующие критерии: R_{V5-V6} > 27мм; время активации ЛЖ в V_5-V_6 > 0,05с; обладали низкой чувствительностью (9-14,3%) и высокой специфичностью (95-97,5%).
Чувствительность широко рекомендуемых в последние годы корнельского вольтажного критерия и корнельского вольтажного произведения составила 24,8 и 33,1% при специфичности 87,5 и 90% соответственно. Наибольшей диагностической значимостью обладал критерий уширения QRS ≥0,10с - чувствительность 60,9% при специфичности 82,5%.
Чувствительность качественных ЭКГ-критериев ГЛЖ была существенно выше данных по вольтажным показателям. Чувствительность такого легко определяемого признака, как $T_{V1}>T_{V6}$ составила 60,1% при специфичности 90%; критерия смещения ST и зубца Т – 50,4 и 80% соответственно; $R_{V5}>R_{V4}$ - 49,6 и 70% соответственно, $R_{V6}>R_{V4}$ – 18,0 и 95% соответственно. При этом различия в чувствительности данных критериев в зависимости от наличия или отсутствия ГЛЖ были высокодостоверны (χ^2=29,0, p<0,001 для критерия $T_{V1}>T_{V6}$ и χ^2=10,4, p=0,001 для критерия смещения ST-T).
Выводы. Наибольшей диагностической значимостью из количественных ЭКГ-критериев ГЛЖ обладали критерий уширения QRS ≥0,10с, критерий Соколова-Лайона, корнельское вольтажное произведение.
Качественные ЭКГ-критерии ГЛЖ должны шире использоваться при суждении о наличии ГЛЖ по ЭКГ-данным в связи с их значимо более высокой диагностической точностью при сравнении с вольтажными ЭКГ критериями ГЛЖ. Нельзя исключить, что высокая чувствительность критериев изменения конечной части желудочкового комплекса в нашем исследовании связана с их прогностической неблагоприятностью и соответственно более частым присутствием у умерших больных.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКГ-КРИТЕРИЕВ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Богатырева М.М-Б
ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Назрань, Россия

Изменения сегмента ST и зубца Т в отведениях I, aVL, V_5 или V_6 в сочетании с вольтажными ЭКГ признаками гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) являются критериями определенной ГЛЖ. Выявление определенной ГЛЖ диагностически ценно не только в связи с высокой специфичностью, но и в связи с выраженным ухудшением прогноза: так у лиц с ЭКГ-признаками определенной ГЛЖ риск развития сердечной недостаточности в возрасте 35-64 лет увеличивается в 17 раз, а в возрасте 65-94 лет – в 6-7 раз.
Цель исследования. Оценить зависимость степени гипертрофии миокарда левого желудочка от наличия или отсутствия качественных ЭКГ критериев ГЛЖ.
Материал и методы. Проведен анализ ЭКГ-данных 133 пациентов, имевших по результатам аутопсии гипертрофию левого желудочка. ГЛЖ во всех случаях диагностировали на основании данных аутопсии при массе сердца более 285 г для женщин и более 320 г для мужчин и толщине свободной стенки ЛЖ (ТСЛЖ) более 12 мм.
Средний возраст больных составил - 65,6±2,0 лет. Мужчин было 63, женщин – 70. Всем больным была выполнена электрокардиография в 12 стандартных отведениях, при которой оценивались общепринятые количественные и качественные ЭКГ критерии ГЛЖ, в том числе $T_{V1}>T_{V6}$, критерий смещения ST-T в отведениях V_5-V_6.
Результаты обработаны с использованием методов параметрической и непараметрической статистики; различия считали достоверными при $p < 0,05$.
Результаты исследования. В зависимости от наличия или отсутствия качественных ЭКГ-критериев ГЛЖ мы разделили больных на группы с наличием данных критериев и без таковых.

По полученным нами данным при наличии критерия $T_{V1}>T_{V6}$ средние значения массы сердца у больных составили 500,7±14,4г, ТСЛЖ - 1,91±0,05см, при отсутствии данного критерия 446,9±14,9г и 1,71±0,05см ($p<0,01$ в обоих случаях). При наличии критерия смещения ST-T средние значения массы сердца составили 509,2±16,0г, ТСЛЖ - 1,91±0,05, при отсутствии данного критерия - 448,3±13,1г и 1,75±0,05 ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно).

Статистически значимых различий в средних значениях массы сердца и ТСЛЖ в зависимости от наличия или отсутствия критерия $R_{V6}>R_{V5}>R_{V4}$ и $R_{V5}>R_{V4}$ не выявлено.

Выводы. Таким образом, выявление критериев $T_{V1}>T_{V6}$, критерия смещения ST-T в отведениях V_5-V_6, является прогностически неблагоприятным фактором, ассоциирующимся не только с наличием гипертрофии левого желудочка, но и с ее выраженностью. Полученные нами данные являются одним из обоснований выраженного ухудшения прогноза у лиц с ЭКГ-критериями определенной гипертрофии левого желудочка.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Бойчук Л.А., Врублевская О.В., Митьковская Н.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»; УЗ «Минский консультационно-диагностический центр», Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить структурно-функциональные показатели сердечно-сосудистой системы у пациентов с микроваскулярной стенокардией по данным эхокардиографии.

Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов, из них 40 пациентов с микроваскулярной стенокардией составляющих основную группу и 40 пациентов со стенокардией напряжения на фоне подтвержденного по данным селективной коронароангиографии стенозирующего атеросклероза коронарных артерий. Соотношение мужчин и женщин в основной группе было следующим – 37,5% (n = 15) и 62,5% (n = 25), в группе сравнения – 30% (n = 12) и 70% (n = 28). Средний возраст пациентов основной группы составил 51,2 (35,0 - 66,0) года, группы сравнения – 57,9 (42,0 - 69,0) лет, что не имело значимых межгрупповых различий ($p>0,05$). Обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов Excel и Statistica (версия 10.0). Различия в группах считали как значимые при вероятности безошибочного прогноза 95,5% ($p<0,05$). Эхокардиографическое исследование выполнялось по стандартной методике в трех режимах: М-, В-модальном и цветном допплеровском.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов эхокардиографического исследования в группе пациентов со стенокардией напряжения на фоне подтвержденного стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, в сравнении с результатами в группе пациентов с микроваскулярной стенокардией установлены более высокие значения линейных размеров сердца по следующим показателям: левое предсердие (ЛП) – 4,12±2,21 см против 3,67±1,92 см ($p<0,05$), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) – 5,74±1,25 см против 5,13±2,12 см ($p<0,05$), более выраженная систолическая дисфункция – фракции выброса (ФВ) миокарда ЛЖ – 53,9±4,62% против 58,41±3,66%, ($p<0,05$). При анализе величины индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) установлено, что группа пациентов со стенокардией напряжения на фоне подтвержденного стенозирующего атеросклероза коронарных артерий характеризовалась более высокими значениями изучаемого показателя в сравнении с результатами в группе пациентов с микроваскулярной стенокардией – 136,2±4,6 г/м^2 против 119,4±6,9 г/м^2 соответственно, $p<0,05$.

Заключение. У пациентов с гемодинамически значимым стенозированием коронарных артерий в сравнении с результатами у пациентов с микроваскулярной стенокардией установлены более высокие значения линейных размеров сердца, более выраженная систолическая дисфункция

миокарда левого желудочка и более высокие показатели индекса массы миокарда левого желудочка. Изменения параметров эхокардиографического исследования у пациентов с микроваскулярной стенокардией продемонстрировали невысокую специфичность данного метода в оценке микроваскулярного поражения коронарного русла, что требует проведения дополнительных методов обследования, позволяющих производить оценку перфузии миокарда у пациентов с клиническими проявлениями стенокардии при отсутствии гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий по данным коронароангиографии.

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ Г.КРАСНОДАРА

Болотова Е.В.[1], Концевая А.В.[2], Ковригина И.В. [3], Шелестова И.А.[3]
[1]ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России», Краснодар, Россия;
[2]ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;
[3]ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель исследования: анализ гендерно-возрастных особенностей приверженности к медикаментозной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями IIIА группы здоровья, установленной в ходе диспансеризации 2015 года в территориальной поликлинике г. Краснодара в 2016 году.

Материал и методы. Использованы результаты анкетирования, данные из формы №025/У-04. Анкета представлена вопросами теста Мориски-Грина. Пациенты дополнительно перечислили принимаемые лекарственные препараты (ЛП) с указанием доз и кратности. Анализ проведен в трех возрастных группах: 18-38 лет, 39-60 лет, ≥ 61 года.

Результаты исследования. Всего проанкетировано 178 пациентов (средний возраст 62,5 ± 11,6 лет), из них 44 (24,7%) мужчин и 134 (75,3%) женщины. Более половины опрошенных (53,9%) были не привержены к медикаментозному лечению (0-2 балла); привержены к лечению (4 балла) - 25,9%, недостаточно привержены (3 балла) - 20,2%. Средний балл по опроснику Мориски-Грину составил 2,4 балла. Среди мужчин 31,8% были привержены лечению (4 балла). Наибольшая доля женщин не привержена к лечению (2 балла) - 26,1%. Средний возраст пациентов, приверженных и недостаточно приверженных к медикаментозной терапии, был сопоставим и составил 62,05+10,27 лет и 61,57+12,83 лет соответственно ($p>0,05$). Из опрошенных 12,4% не принимали лекарственных препаратов. Забывали принимать ЛП 48,9% пациентов, в том числе из проанкетированных мужчин - 50%, женщин – 48,5%. Невнимательны ко времени приема ЛП - 47,2%, в том числе 38,6% от опрошенных мужчин и 50% от женщин. Пропускают прием ЛП при хорошем самочувствии 36,5% лиц; в том числе мужчин - 45,5%, женщин – 33,6%. При плохом самочувствии после принятого ЛП пропустят следующий прием ЛП 32% пациентов, в том числе 27,3% респондентов мужского и 33,6% женского пола. Статистически значимых гендерных различий в ответах на вопросы теста не выявлено. Не пропускают прием ЛП 51,1% пациентов, относятся внимательно к часам приема 52,8%; не пропускают прием ЛП при хорошем самочувствии 63,5%; в случае плохого самочувствия при приеме ЛП продолжают лечение 68%. Средний возраст пациентов, забывающих прием ЛП, составил 60,24±11,42 лет. Выявлена статистически значимая зависимость:

более молодые категории пациентов чаще забывают принимать ЛП (t = -2,039 при p=0,043).

Выводы: Выявленные особенности позволяют уточнить гендерно-возрастные приоритеты при разработке региональных программ по вторичной профилактике ФР ССЗ.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Болотова Е.В.[1], Комиссарова И.М.[2]

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России», Краснодар, Россия[1]; МБУЗ МО СР «Северская ЦРБ», Краснодарский край, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение прогностической значимости влияния коррекции модифицируемых факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) на развитие инсульта с использованием методов математического моделирования.

Материалы и методы. Обследована популяционная выборка (2189 человек) взрослого населения сельской местности Краснодарского края (54,0 % женщин и 46,0 % мужчин), средний возраст 47,72 ± 16,6 лет (мужчины - 46,27 ±15,8 лет, женщины - 48,95 ± 17,2 лет; p < 0,0001). В настоящее исследование включены данные пациентов с факторами риска (ФР) ССЗ с откликом 80,1% (n=1006 человек, из них 43,2 % мужчин и 48,3 % женщин, средний возраст 58,47 ± 13,7 лет; p < 0,0001), которые были повторно обследованы с интервалом в 3 года. Выявление ФР ССЗ проводилось с помощью анкетирования. Проведена оценка антропометрических, клинико-лабораторных, социально - демографических данных. В целях коррекции ФР ССЗ, проводилось углублённое профилактическое консультирование (индивидуальное и групповое -"Школа пациента"). Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Проведён многофакторный регрессионный анализ пропорционального риска (модель Кокса). Данные представлены в виде M±SD.

Результаты исследования. В группе динамического наблюдения случаи мозгового инсульта (МИ) зарегистрированы у 14,6 % (12,9 % среди мужчин и 15,9 % среди женщин), средний возраст которых составил 74,7±5,5 лет среди мужчин и 76,2±5,5 лет среди женщин. На основании многофакторного регрессионного анализа выявлено, что для развития МИ наиболее значимыми факторами риска были курение, гиперхолестеринемия, ожирение и артериальная гипертония (АГ). Наиболее распространённым сочетанием ФР, ассоциированным с развитием МИ было: НП+АГ - 66,1%; НП+гиперхолестеринемия (ГХ) - 55,9%; НП+ожирение - 55,8%; АГ+ГХ - 52,6%; АГ+НП+ГХ - 47,6% и 66,6% - ГХ.

После проведения профилактического консультирования, рекомендованной медикаментозной терапии, прогнозируемый риск развития МИ среди курильщиков снизился на 30,0%; с низкой физической активностью (НФА) на 33,0%; с АГ на 12,0%; с НП на 17,0%; с ГХ на 4,0%; с ожирением на 41,6%. С возрастом прогнозируемый риск развития МИ в течение жизни увеличивался и достоверно выше был среди мужчин, чем среди женщин, а также среди курильщиков, лиц с АГ, ГХ и ожирением.

Заключение. Таким образом, применение методов математического моделирования позволяет прогнозировать риск развития МИ и оценить эффективность профилактических мер для коррекции факторов риска ССЗ в сельской популяции.

ЦИСТАТИН С КАК РАННИЙ МАРКЕР СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Болотова Е.В., Являнская В.В., Дудникова А.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница №2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия.

Цель. Сопоставить диагностическое значение сывороточного уровня цистатина С и эхокардиографических показателей как предикторов сердечно-сосудистого риска у больных ХОБЛ в зависимости от частоты обострений.

Материалы и методы. Исследование включало 147 пациентов с верифицированным диагнозом ХОБЛ 1-4 степени тяжести (GOLD 2014). Средний возраст пациентов составил 67,4±12,1 лет; средняя длительность течения ХОБЛ – 18,8±4,3 лет. Всем больным определялся уровень сывороточного цистатина С («CystatinC-FS», DiaSys, Германия). Структуру левого желудочка изучали методом эхокардиографии с допплеровским картированием. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – больные ХОБЛ с редкими (0-1 раз/год) обострениями (78 человек, средний возраст 64,4±4,3 лет, ОФВ1 – 72±5,6%), 2-я группа – больные ХОБЛ с частыми(2 и более/год) обострениями(69 человек, средний возраст 66,7±5,7 лет, ОФВ1 –58,4±3,5%). Оценку значимости отличий двух средних величин при нормальном распределении осуществляли с помощью t-критерия Стьюдента,оценку различий относительных показателей с помощью критерия χ^2 Пирсона. Разница считалась достоверной при достигнутом уровне значимости $p<0,05$, Данные представлены в виде средней арифметической (M)±стандартное отклонение (SD).

Результаты. При межгрупповом сравнении выявлены достоверное более низкие средние величины уровня сывороточногоцистатина С в 1-й группе по сравнению со 2-й (1,0±0,18 мг/л vs1,91±0,39 мг/л соответственно; $p<0,05$).Превышение референсных интервалов сывороточного цистатина С во 2-й группе встречалось значимо чаще(17,8% в 1-йvs 82,5% во 2-йгруппе, χ^2 =78,377,$p<0,01$). При сравнении средних значений индекса массы миокарда левого желудочка достоверных различий получено не было (99,36±19,6 г/м^{2}vs 108,2±21,9 г/м^2 соответственно; $p>0,05$). Частота гипертрофии левого желудочка у больных с частыми и редкими обострениями достоверно не различалась(17,9 в 1-й vs 21,7% во 2-й группе, χ^2=0,773,$p>0,05$). Обнаружена достоверная положительная корреляция между ИММЛЖ и цистатином С ($r=0,404$, $p<0,01$)/

Заключение.Обнаружена тесная взаимосвязь между цистатином С и ИММЛЖ, свидетельствующая о высокой прогностической значимости цистатина С для доклинических структурных изменений миокарда. Выявлена достоверно более высокая частота повышения уровня цистатина С у больных ХОБЛ с частыми обострениями, что демонстрирует влияние системных эффектов заболевания на состояние сердечно-сосудистой системы.

ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Бондарев С. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель. Изучить стрессоустойчивость спортсменов одной спортивной направленности, имеющих различную работоспособность, недостаточно изучен.

Материал и методы. Обследованы 223 профессиональных спортсменов высшего спортивного мастерства, (средний возраст 30,0 ± 7,3 года; различие с основной группой $p > 0,05$), Спортивный стаж составил 4,0 ± 0,4 года. Контрольную группу составили 71 пациент с высокой работоспособностью с отсутствием данных за изменение в состоянии ССС (средний возраст 27,0 ± 6,3 года, спортивный стаж 3,8 ± 0,3 года, различий с основной группой, $p > 0,05$). Критерии включения: занятие циклическими видами спорта, средне-статические высокодинамические нагрузки согласно Национальным рекомендациям по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу (2011г.). Критерии исключения из исследования: заболевания ССС (ИБС, гипертоническая болезнь, миокардиты, врожденные и приобретенные пороки сердца, первичные кардиомиопатии); острые и хронические соматические заболевания; злоупотребление алкоголем и курение; повышенная масса тела; известные причины нарушения электролитного баланса организма. Все пациентам выполнено клиническое обследование, ЭКГ в 12 стандартных отведениях в покое, при выполнении ВЭМ по протоколу Брюса, при суточном мониторировании.

Результаты. На основании ВЭМ - стресс-теста по протоколу Брюса. обследованные были разделены на лиц с относительно высокой (12±0,5 МЕТ, 111 человек, средний возраст 27,0 ± 6,3 года) и относительно низкой (9,0±3 МЕТ, 112 человек, средний возраст 31,0 ± 7,5 лет) работоспособностью ($p<0,05$).

В группе с высокой работоспособностью каких либо изменений со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено не было. В 30% случаев отмечались ЭКГ изменения (изменения 1 группы), являющиеся вариантом нормы сердца спортсмена согласно Национальным (2011г.) и Европейским рекомендациям (Сиетлские критерии, 2013г.). В группе с низкой работоспособностью пациенты были разделены так же на 3 группы. В одной – 13 человек на основании обследования патология выявлена не была и они расценивались как здоровые (27%), во второй (8 человек) были выявлены в 5 случаях врожденные пороки сердца и в 3-х - гипертрофическая кардиомиопатия. В третьей группе (91 человек) были выявлены изменения ЭКГ, соответствующие группе 2 по критериям Национальных и Европейских рекомендаций (2011, 2014 гг.).

Заключение. У лиц с высокой работоспособностью испытывающих хронический психоэмоциональный и физический стресс отклонений от нормы при углубленном обследовании не выявляется. В 30% среди них отмечаются типичные ЭКГ изменения, характерные для сердца спортсмена. Сниженная работоспособность в 73% случаев является маркером нарушения стрессоустойчивости к спортивным нагрузкам. В 27% случаев отмечается лишь более низкий уровень тренированности.

САМОИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Бородулина Е.О.[1], Шутов А.М.[2]
[1]Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет», отделение гемодиализа, Киров; [2]Ульяновский государственный университет, медицинский факультет, Ульяновск, Россия

Цель. Целью исследования явилось исследование связи между систолическим и диастолическим артериальным давлением при самоизмерении АД в домашних условиях, параметрами суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и гипертрофией левого желудочка у больных на гемодиализе (ГД).

Материал и методы. Обследовано 60 больных, (женщин-29, мужчин-31, средний возраст - 52±13 лет), находящихся на лечении программным гемодиализом не менее 1 года.

Больным проведено суточное мониторирования артериального давления начиная с утра следующего за гемодиализом дня. Кроме того, с этого же дня больные самостоятельно утром и вечером измеряли артериальное давление в домашних условиях в течение 30 суток. Рассчитывали средние величины САД и ДАД при самоизмерении. Больным проведена эхокардиография. Гипертрофию миокарда левого желудочка диагностировали при ИММЛЖ 115 г/м^2 и более у мужчин и 95 г/м^2 и более у женщин.

Результаты. Гипертрофия левого желудочка диагностирована у 38 (63%) больных. ИММЛЖ составил 122,7±39,3 г/м^2. В многофакторый регрессионный анализ в качестве зависимых переменных включали пол, возраст, уровень гемоглобина, фракцию выброса левого желудочка, уровень паратиреоидного гормона, Kt/V, среднее САД и ДАД при самоизмерении АД в домашних условиях (или параметры средних САД и ДАД при суточном мониторировании), а в качестве зависимой переменной ИММЛЖ. Наблюдалась слабая связь между САД и ДАД до и после ГД и ИММЛЖ. Среднее САД при самоизмерении (Beta=0,44, P=0,004) и при суточном мониторировании (Beta=0,52, P=0,003) показали сопоставимые результаты, среднее ДАД при самоизмерении (Beta= - 0,58, P=0,001) по степени связи с ИММЛЖ выглядело предпочтительней, чем среднее ДАД при СМАД (Beta= - 0,39, P=0,04).

Заключение. Самоизмерение артериального давления дважды в день (утром и вечером) на протяжении 30 дней с расчетом средних САД и ДАД и 24 - часовое СМАД в день свободный от гемодиализа, сопоставимо по связи САД и ДАД с индексом массы миокарда левого желудочка у больных, получающих лечение гемодиализом. САД и ДАД до и после гемодиализа слабо связаны с величиной ИММЛЖ.

ДЕПРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Бугибаева А.Б., Оспанова Г.Г., Кабидолдина Г.Е.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить частоту депрессии и кардиоваскулярного риска, выявить взаимосвязь между ними у жителей Карагандинской области.

Материал и методы. В рамках научно технического проекта проводилось кросс-секционное скрининговое обследование 3489 респондента в возрасте 18-65 лет, из них мужчин 789 (22,6%) и женщин 2700 (77,4%), проживающих в Карагандинской области. Для оценки уровня депрессии использовался опросник PHQ-9, кардиоваскулярный риск (КВР) оценивался с помощью шкалы SCORE. У всех респондентов получено информированное согласие на участие в исследовании. Из исследования исключены беременные женщины, лица с психическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями.

Результаты. По результатам опросника PHQ-9, среди 3489 респондентов у 78% выявлены различной степени депрессия. Среди них минимальная депрессия определена у 30% (1061 респондент), легкая депрессия - 28% (975 респондент), умеренная депрессия - 14% (501 респондент), тяжелая - 4% (150 респондент), очень тяжелая - 2% (54 респондент). У 22% (748) респондентов депрессия не наблюдалась. Среди опрошенного населения у 80% выявлен КВР. У респондентов с минимальным уровнем депрессии КВР выявлен в 38% случаев, с легкой депрессией - 38%, с умеренной депрессией - 41%, с тяжелой депрессией - 35%, очень тяжелой депрессией - 48%. У респондентов с отсутствием депрессии в 37% выявлен КВР. Статистический достоверной взаимосвязи депресии с КВР не выявлено. Однако у обследованных респондентов отмечается тенденция к ассоциации очень тяжелой депрессии с КВР.

Заключение. По результатам скринингового исследования у респондентов Карагандинской области выявлена высокая частота депрессии (78%). Из них у 6% определена тяжелая и очень тяжелая депрессия. Выявлена высокая частота (80%) КВР

среди опрошенного населения. При анализе взаимосвязи обнаружена тенденция к ассоциации очень тяжелой депрессии с КВР, что требует дальнейшего изучения частоты и взаимосвязи факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и психосоматического состояния населения.

ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Будникова Н.В., Чернова Н.С., Ушакова С.Е., Романенко И.А., Александров М.В., Белова Г.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Исследование факторов риска у женщин среднего возраста с артериальной гипертонией (АГ) при различном уровне артериального давления (АД).
Материалы и методы. В исследование вошли 152 женщины среднего возраста с АГ 1-2 стадии. Обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от уровня АД. В 1 группу вошли 80 женщин (средний возраст - 50,9±0,6 лет), которые на фоне гипотензивной терапии имели целевое АД (< 140/90 мм рт. ст.). 2 группу составили 72 женщины (средний возраст - 51,38±0,7 лет), которые на фоне гипотензивной терапии не имели целевого АД (≥ 140/90 мм рт. ст.). Пациенткам были проведены анкетирование по образу жизни, общеклиническое и лабораторное обследования.
Результаты. Среднее АД в 1 группе составило – 135 ±1,34 / 79 ±0,87 мм рт. ст., во 2 группе - 150±1,8 / 94±1,2 мм рт. ст. При анализе наследственности по сердечно-сосудистым катастрофам и АГ предрасположенность в обеих группах была идентичной (1 группа - 53,33% и 72,5%, 2 группа - 57,69% и 78,85%). Женщины по данным анкетирования своего образа жизни отмечали снижение физической активности – гиподинамию (1 группа - 73,75%, 2 группа - 75%). Приверженность к гипокалорийной диете была выше у пациенток с целевым уровнем АД (29,75%), чем у пациенток с более высокими цифрами АД (19,23%). При оценке вкусовых привычек было выявлено, что более четверти обследованных обеих групп ограничивали потребление соли (1 группа - 26,25%, 2 группа - 26,92%). Однако чаще досаливали пищу женщины в 1 группе (40,38%), чем во 2 группе (49,5%). Средний уровень индекса массы тела в 1 группе (29,0±0,49 кг/м^2) был ниже, чем во 2 группе (34±0,75 кг/м^2). Около половины пациенток 1 группы имели избыточную массу тела (52,5%). Во 2 группе чаще было ожирение 1 - 3 степени (63,46%). Частота АГ во время беременности у женщин 1 группы составила - 19,8%, у женщин 2 группы - 30,77%. Исследование липидного профиля показало, что повышение среднего уровня холестерина имело место в обеих группах (5,4±0,15 ммоль/л и 5,7±0,17 ммоль/л), липопротеидов низкой плотности только во 2 группе (3,7±0,17 ммоль/л). Другие средние показатели липидного спектра были в пределах нормы. Продолжительность АГ по данным анкетирования у больных 1 группы составила - 3 ±0,44 года, 2 группы - 8 ±0,29 лет. Оценка приверженности гипотензивному лечению показала, что лица с целевым уровнем АД регулярно лечатся в 27,5% случаев, а пациентки, не достигшие целевого АД – в 44,23%. Стоит отметить, что четверть (25%) женщин с высоким АД не принимали назначенные лекарственные препараты.
Заключение. Таким образом, для достижения целевого уровня АД лечебные мероприятия должны быть направлены на соблюдение диеты пациентками, снижение массы тела. Наличие АГ во время беременности оказывает влияние на возможность достижения целевых цифр АД. Досаливание пищи и невысокую приверженность лечению чаще позволяют себе женщины с целевым АД, что требует коррекции со стороны врача для предотвращения дальнейшего прогрессирования заболевания.

СОСТОЯНИЕ ЭКСПРЕССИИ Ca^{2+}-АТФазыСАРКОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА КАРДИОМИОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА.

Будникова О.В., Афанасьев С.А., Кондратьева Д.С., Ахмедов Ш.Д.
НИИ кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Оценить количественный показатель экспрессии белка Ca^{2+}-АТФазысаркоплазматического ретикулума (СР) кардиомиоцитов человека в условиях сочетанного развития хронической ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета 2-го типа (СД2).

Материал и методы. Исследование проведено на биоптатах сердца 35 пациентов мужского пола (средний возраст 50,6±2,4 лет), поступивших в стационар с диагнозом ИБС (III-IVФК по NYHA), нестабильная стенокардия II-IVФК (НС), с мультисосудистым поражением коронарных артерий. Фракция выброса левого желудочка составляла 49,0±17,3% (M±σ). Пациентам была выполнена операция коронарного шунтированияс использованием техники искусственного кровообращения (ИК). Вкачестве биоптата использован фрагмент ушка правого предсердия, иссекаемого при подключении аппарата ИК. У 21 пациента на момент исследования основное заболевание сочеталось с СД2 длительность, которого составляла 1-3 года. Уровень гликированного гемоглобина в этой группе не превышал 7,6%. Пациенты наблюдались у эндокринолога и получали индивидуально подобранную терапию. Для определения уровня экспрессии Ca^{2+}-АТФазыСР использован метод иммуноблоттинга. Электрофорез был проведен в камере Mini-PROTEAN® II (BioRad, США). Для переноса белков из геля на нитроцеллюлозную мембрану использовался метод полусухого электроблоттинга, с последующей инкубацией с первичными моноклональными антителами специфичными к белку SERCA2a (Sigma). Результаты визуализировались методом колориметрической детекции, с использованием BCIP/NBT (Sigma).

Результаты. В ходе исследования установлено, что в группе пациентов, имеющих моновариантное развитие ИБС, содержание Ca2+-АТФазы СР составило 8,82±1,64ед/мг белка. В том случае, когда развитие ИБС сочеталось с СД, содержание Ca2+-АТФазы СР в кардиомиоцитах составило 12,2±1,86 ед/мг белка. Разница в содержании Ca2+-АТФазы СР у рассматриваемых групп пациентов составила более 12%, что является статистически значим ($p<0.05$). Этот результат подтверждается данными, полученными при сравнительном анализе экспрессии Ca2+-АТФазы в кардиомиоцитах крыс линии Вистар, в ходе моделирования у них постинфарктного кардиосклероза в сочетании с сахарным диабетом.

Заключение. Развитие ишемической болезни сердца в сочетаниис сахарным диабетом характеризуется более высоким уровнем экспрессии белкаCa2+-АТФазы в СР кардиомиоцитов в сравнении с моновариантным развитием ишемической болезни сердца. Поскольку Ca2+-АТФазы является ключевым элементом системы транспорта Ca^{2+} из миоплазмы в СР, высокий уровень экспрессии этого белка позволит сохранить большую стабильность внутриклеточного гомеостаза Ca^{2+}, тем самым, способствуя сохранению функциональной состоятельности кардиомиоцитов и всей сердечной мышцы.

СОСТОЯНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бунин Ю. А., Миклишанская С.В., Зюляева Н. Н

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, Москва, Россия
Госпиталь ветеранов войн №1, Москва, Россия

Цель исследования: Определить распространенность ХСН среди больных пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий (ФП) и влияние ее на стратегию лечения заболеваний.
Материалы и методы: Обследовано 143 больных с ФП (22 мужчины и 121 женщины), медиана возраста - 87 [78;89] лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении госпиталя ветеранов войн № 1,г. Москва. Для диагностики нарушений ритма сердца, кроме анамнестических данных были использованы: ЭКГ в покое, мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ-ЭКГ). Для оценки сократительной функции миокарда использовались клинические данные, Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки. Достоверность различий между группами определялась при помощи двухстороннего теста Фишера.
Результаты:
Среди больных с ФП сердечная недостаточность (ХСН) диагностирована у 68% больных (97 человек), а у 32% из них (46 человек) она выявлена не была. У больных с ФП и ХСН постоянная форма аритмии имела место в 71% случаев (69 больных), пароксизмальная форма -в 29% случаев (28 больных). У больных с ФП без ХСН постоянная форма ФП наблюдалась в 63% случаев (29 больных), пароксизмальная форма в 37 % случаев (17 больных). Достоверных различий между больными с ХСН и без ХСН по частоте наличия постоянной и пароксизмальной форм ФП выявлено не было (p=0,34).
Выводы:1. Практически у 2\3 больных пожилого и старческого возраста с ФП диагностирована ХСН.
2. Различий по частоте встречаемости пароксизмальной и постоянной форм ФП у больных с ХСН и без ХСН выявлено не было.
3.Наличие ХСН у большинства больных пожилого и старческого возраста с ФП существенно ограничивает возможности выбора антиаритмического препарата и увеличивает риск развития проаритмических эффектов.

РЕСТЕНОЗЫ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Буреломова С.В., Прибылов С.А., Прибылова Н.Н.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Анализ состояния коронарного русла у лиц с ранее перенесенными чрезкожными коронарными вмешательствами (ЧКВ) и с вновь появившейся клиникой ишемии миокарда или утяжелением функционального класса стенокардии.
Материал и методы. Для анализа отобраны 49 историй болезни пациентов «Курской областной клинической больницы» за период с 2014 по 2016 год с жалобами на стенокардитические боли, которые ранее перенесли ЧКВ и в период настоящей госпитализации им была выполнена повторная коронароангиография (КАГ) по причине рецидива стенокардии или утяжеления функционального класса стенокардии.
Результаты. Из 49 пациентов, включенных в исследование, было мужчин 42 (85,7%) и 7 (14,2%) женщин. В возрасте от 52 до 75 лет, средний возраст 64 года.
По результатам предшествующих КАГ у всех пациентов имелись критические стенозы коронарных артерий. Наиболее подверженной выраженному атеросклеротическому стенозированию является передняя нисходящая артерия (ПНА), что соответствует данным литературы.

По результатам повторных КАГ критические рестенозы в стенте возникли у 15 (30,6%) человек, в 17 (26,2%) стентах. Из имплантированных 17 стентов на долю стентов с лекарственным покрытием приходится 6 (35,3%) случаев. При использовании покрытых стентов самый ранний рестеноз отмечен через 10 месяцев после имплантации стента, самый поздний - через 2 года и 8 месяцев.
Наибольшее количество рестенозов обнаружено в русле ПНА – 47%.
Причиной выполнения повторной КАГ у 24 пациентов (61,5%) стали критические стенозы в других сосудах. На предшествующих КАГ в этих зонах выявлялось гемодинамически не значимое поражение, с максимальным стенозом 40%. Среднее время между проведенными КАГ составило 1,5 года.
Среди пациентов, перенесших ЧКВ и подвергнутых повторной КАГ сахарный диабет диагностирован у 11 (28,2%) человек.
Заключение. По результатам проведенного исследования в 30,6 % случаев рестеноз являлся причиной выполнения повторной КАГ. Сахарный диабет является предиктором рестеноза. При анализе полученных данных можно судить об эффективности стентирования коронарных артерий, так как рестеноз стентов возникал в 30,6% случаев у пациентов с повторно возникшими стенокардитическими болями. Причиной его возникновения может быть ранний отказ от двойной антиагрегантной терапии и статинов, назначаемой всем пациентам после стентирования.

СОСТОЯНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бунин Ю. А., Миклишанская С.В., Зюляева Н. Н
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, Москва, Россия
Госпиталь ветеранов войн №1, Москва, Россия

Цель исследования: Определить распространенность ХСН среди больных пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий (ФП) и влияние ее на стратегию лечения заболеваний.
Материалы и методы: Обследовано 143 больных с ФП (22 мужчины и 121 женщины), медиана возраста - 87 [78;89] лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении госпиталя ветеранов войн № 1,г. Москва. Для диагностики нарушений ритма сердца, кроме анамнестических данных были использованы: ЭКГ в покое, мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ-ЭКГ). Для оценки сократительной функции миокарда использовались клинические данные, Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки. Достоверность различий между группами определялась при помощи двухстороннего теста Фишера.
Результаты:
Среди больных с ФП сердечная недостаточность (ХСН) диагностирована у 68% больных (97 человек), а у 32% из них (46 человек) она выявлена не была. У больных с ФП и ХСН постоянная форма аритмии имела место в 71% случаев (69 больных), пароксизмальная форма -в 29% случаев (28 больных). У больных с ФП без ХСН постоянная форма ФП наблюдалась в 63% случаев (29 больных), пароксизмальная форма в 37 % случаев (17 больных). Достоверных различий между больными с ХСН и без ХСН по частоте наличия постоянной и пароксизмальной форм ФП выявлено не было (p=0,34).
Выводы:1. Практически у 2\3 больных пожилого и старческого возраста с ФП диагностирована ХСН.
2. Различий по частоте встречаемости пароксизмальной и постоянной форм ФП у больных с ХСН и без ХСН выявлено не было.

3.Наличие ХСН у большинства больных пожилого и старческого возраста с ФП существенно ограничивает возможности выбора антиаритмического препарата и увеличивает риск развития проаритмических эффектов.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Василец Л.М., Туев А.В., Хлынова О.В., Желтикова М.И.
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» министерство здравоохранения Российской Федерации, Пермь, Россия

Цель. Изучить особенности ремоделирования миокарда у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 человек, из них 20 с ревматоидным артритом (РА) – основная группа и 10 человек практически здоровые лица – группа сравнения. Средний возраст пациентов с РА- 68,65± 11,19 лет. Основная группа была сопоставима по возрасту и гендерной принадлежности с группой сравнения. Параметры ремоделирования миокарда оценивали с помощью эхокардиографического исследования сердца на аппарате «Hewlett-Packard, Sonos 4500» по стандартной методике, использовались модальный и двухмерный режимы, стандартные позиции (Грачев С.В., 2007). Анализ полученных данных в основной группе проводился с учетом 3 основных параметров: первый – наличие или отсутствие ревматоидного фактора(РФ); второй – в зависимости от степени активности пациенты были разделены на 2 группы (1 группа включала 1 и 2 степень активности, 2 группа – 3 и 4 степени); третий – стадия, установленная рентгенологически (1 группа включала 1 и 2 стадии, 2 группа – 3 и 4 стадии).

Результаты. Эхокардиографические показатели основной группы были представлены следующими данными. Размер левого предсердия (ЛП) 40,50 ± 4,5 мм, конечный диастолический размер (КДР) 48,51 ± 5,6 мм, конечный систолический размер (КСР) 33,14 ± 5,21 мм, конечный диастолический объем (КДО) 112,71 ± 32,7 мл, конечный систолический объем (КСО) 44,74 ± 17,75 мл, ударный объем (УО) 68,38 ± 20,13 мл, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 60,90 ± 5,39%, межжелудочковая перегородка (МЖП) 11,57 ± 1,63 мм, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) 110,48±48,47 г/м2, правый желудочек (ПЖ) 23,58±3,91мм. Была проведена оценка показателей ремоделирования миокарда в зависимости от наличия или отсутствия ревматоидного фактора, от степени активности РА, от рентгенологической стадии. Достоверные различия прослеживались в зависимости от наличия или отсутствия ревматоидного фактора при оценке с группой сравнения у следующих показателей: КСР РФ+ 32,54 ± 6,4мм, РФ- 34,25 ± 4,5мм (p=0,025), МЖП РФ+ 11,47±1,43мм, РФ- 11,78±2,13мм (p=0,019). В зависимости от степени активности РА при оценке с группой сравнения были выявлены достоверные различия: КСР 1 группа 31,9 ± 7,09мм, 2 группа – 35,9 ± 5,7мм (p=0,014), КСО 1 группа 42,91 ± 23,33мл, 2 группа 49,0 ± 17,54мл (p=0,047), МЖП 1 группа 11,27±1,5мм, 2 группа 12,4±1,86мм (p=0,019); ФВ ЛЖ 1 группа 62,42±5,50%, 2 группа 57,33±3,20%(p=0,049). В зависимости от рентгенологической стадии при оценке с группой сравнения было выявлено достоверное различие: МЖП 1 группа 11,89±1,8мм, 2 группа 10,88±0,78мм (p=0,021).

Заключение. Зарегистрированные особенности ремоделирования миокарда у пациентов с РА, особенно при более тяжелом течении, возможно указывают на формирование ревматологической кардиопатии.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ПЕРЕНОСИМОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Целью исследования явилось выявить возможные варианты аэробно-гемодинамических механизмов повышения переносимости физической нагрузки у больных стенокардией напряжения при однократном приеме типичных представителей основных фармакологических групп антиангинальных препаратов: нитратов, бета-адреноблокаторов, антагонистов медленных кальциевых каналов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 164 больных стенокардией напряжения II-IV функционального класса мужского пола (средний возраст 55,2±2,1 года), которым проводили парные велоэргометрические пробы до и после однократного приема средних терапевтических доз пропранолола (обзидан) (n=58), изосорбида динитрата (нитросорбид) (n=54), нифедипина (коринфар) (n=52). На пороговой мощности физической нагрузки (ФН) исследовали потребление кислорода VO_2, сердечный индекс (СИ), артериовенозную разницу по кислороду ($АВРО_2$), периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), двойное произведение (ДП).

Результаты. Эффективность однократного применения нифедипина была выявлена у 55,5% больных стенокардией напряжения, изосорбида динитрата – у 48%, пропранолола – у 58%. Прирост мощности пороговой нагрузки обеспечивался адекватным увеличением VO_2, которое после приема пропранолола осуществлялось при аналогичных исходным показателях СИ (4,6±1,7 л/мин/м^{2}и 4,9±1,7 л/мин/м^2). При этом $АВРО_2$ превысила исходные пороговые данные на 43,1% ($p<0,001$). Увеличение толерантности ФН на аналогичную величину после приема нифедипина сопровождалось повышением СИ по сравнению с первоначальными значениями на 40,5% ($p<0,001$) и ростом ДП со 157,7±39,0 ед до 210,0±68,6 ед ($p<0,001$). Показатель $АВРО_2$ не претерпел изменений. Прием изосорбида динитрата также характеризовался достоверно более высокими пороговыми значениями СИ и ДП, однако, менее выраженными по сравнению с действием пропранолола (на 9,6 и 17,6%), которые, в то же время, сопровождались ростом экстракции кислорода из крови на 39,8% ($p=0,018$).

Заключение. Таким образом, антиангинальный эффект лекарственных препаратов, обусловлен прежде всего, активизацией различных звеньев кислородтранспортной системы, обеспечивающей доставку дополнительного количества кислорода работающим органам (мышцам). Интенсификация системы транспорта кислорода может осуществляться ростом гемодинамической продуктивности (нифедипин), преимущественно активизацией экстракардиальных факторов кислородобеспечения (пропранолол) и сочетанием этих механизмов (изосорбид динитрат).

ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА МЕДИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА И ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТА

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г., , Румянцев Е.Е., Атаев И.А.
ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Изучение изменений внеклеточного матрикса (ВКМ) медиального слоя брюшного отдела аорты у крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса и через 1 месяц после окончания эксперимента.

Материалы и методы. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) производилось путем интраперитонеального введения 10 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель три раза в сутки адреналина из расчета 50 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу после 2 недель введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 месяц после прекращения введения препарата. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовых воздействиям. В парафиновых срезах брюшного отдела аорты, окрашенных по Ван Гизону, в медии с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 9 полях зрения производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса брюшного отдела аорты срезы окрашивали орсеином по Шиката. Объемная плотность эластиновых волокон подсчитывалась с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 11 полях зрения. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99.

Результаты исследования. Через 2 недели моделирования ХАС более чем в 2 раза увеличилась объемная плотность внеклеточных пространств (с 7,17±0,87 об.% в контроле до 15,00±0,64 об.% через 2 недели; t=-7,405, p=0,0001). Более чем на 60% увеличилась объемная плотность коллагена (с 10,17±0,92 об.% до 16,31±1,22 об.%; t=-3,666, p=0,0001). Объемная плотность эластина через 2 недели введения адреналина уменьшилась на 13,3% (с 49,87±1,26 об.% до 43,25±1,51 об.%; t=3,038, p=0,003).

Динамика изменений компонентов ВКМ через 1 месяц после прекращения введения адреналина была иной. Объемная плотность ВКП значительно уменьшилась по сравнению с 2 неделями на 65,9% и стала меньше значений контрольной серии ($p<0,05$). Произошло еще более значительное нарастание объемной плотности коллагена по сравнению с 2 неделями на 48,9% и значительное уменьшение объемной плотности эластина с 43,25±1,51 об.% через 2 недели введения препарат до 33,96±1,15 об.% через месяц после прекращения эксперимента (t=5,362, p=0,0001).

Заключение. Таким образом, результаты эксперимента показали, что через 2 недели моделирования ХАС развиваются выраженные изменения ВКМ - значительно нарастает объемная плотность ВКП и коллагена, а уменьшение объемной плотности эластиновых волокон менее выражено. Стоит отметить, что ремоделирование компонентов ВКМ продолжается и через месяц после прекращения введения адреналина.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.

Вершинина А.М., Реут Ю.С. Гапон Л.И., Третьякова Н.В., Копылова Л.Н., Бусарова Е.С., Нечаева А.О.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель работы: Оценить состояние и взаимосвязь жесткости артерий (ЖА), эндотелиальной дисфункции (ЭД) и липидного спектра крови (ЛС) у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС) с учетом гендерных различий.

Материал и методы. Обследовано 86 пациентов АГ 11-111 степени (46 мужчин и 40 женщин) с признаками МС (абдоминальный тип ожирения, нарушения липидного и углеводного обмена) и 20 сопоставимых пациентов группы сравнения с АГ без метаболических нарушений. Индекс массы тела (ИМТ) в группе МС составил 32,11±2,89 кг/м2. Средний возраст мужчин и женщин - 49,9±1,24 лет. Определение

ЖА проводили методом сфигмографии на аппарате Vasera VS-1000 Series (Fukuda Denshi, Япония) по скорости распространения пульсовой волны (PWV-R/L) по артериям эластического типа, сердечно – лодыжечного индекса (CAVI), лодыжечно-плечевого индекса(ABI-R/L). Исследование толщины интима – медия (ТИМ) сонных артерий проводили на аппарате GE «Virid 4». Проводилось определение маркеров эндотелиальной дисфункции: эндотелина -1 в плазме крови методом «иммуноферментного сэндвича» и уровня нитритов в плазме крови с использованием реактивов производства фирмы «Реахим». ЛС исследован по уровню общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ).

Результаты исследования: Выявлено повышение показателей жесткости артерий (ЖА) у больных АГ на фоне МС относительно группы сравнения (увеличение параметров СРПВ ($p < 0,05$) и снижения лодыжечно – плечевого индекса ($p < 0,05$). Показано достоверное повышение уровня эндотелина -1 и снижение уровня нитритов при АГ на фоне МС в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$ и $p < 0,05$). Увеличение жесткости сосудистой стенки (PWV, CAVI) положительно коррелировало с систолическим АД ($p <0,01$), с уровнем эндотелина -1 ($p < 0,01$), с уровнем ТИМ ($p < 0,05$).Параметры ЖА положительно взаимосвязаны с ИМТ, гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), уровнем ОХС и ТГ крови ($p < 0,05$). При анализе по гендерному признаку показано наличие в группе женщин достоверных корреляционных связей между показателями PWV, CAVI и уровнем эндотелина-1($p=0,040$, $p=0,045$); PWV, CAVI и нитритов ($p=0,045$, $p=0,042$, соответственно); в группе мужчин достоверная связь прослеживается между PWV и липидным спектром крови (ОХС, $p=0,048$).

Заключение. У пациентов АГ на фоне МС наблюдается более выраженное повышение ЖА, ассоциируемое с уровнем систолического АД, уровнем эндотелина крови, отмечена ее взаимосвязь с поражением других органов - мишеней. Анализ по гендерным различиям показал: у женщин повышение ЖА более ассоциировано с показателями эндотелиальной дисфункции, у мужчин - с уровнем липидных нарушений.

Оценка антиишемического и антиангинального эффектов препарата никорандил с помощью нагрузочных тестов на тредмиле в рамках исследования КВАЗАР

Воронина В.П., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Деев А.Д.
от имени участников исследования КВАЗАР
ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель. Целью российского исследования КВАЗАР была демонстрация роли пробы с дозированной физической нагрузкой (ПДФН) в оценке эффективности антиишемической и антиангинальной терапии при добавлении никорандила (Ник) к стандартной терапии у больных со стабильно протекающей ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Рандомизированное, двойное слепое, плацебо контролируемое, проводимое в 2-х параллельных группах многоцентровое исследование. В исследование включали больных ИБС с типичной стабильной стенокардией напряжения (СН), возникшей не менее чем за 3 мес до начала исследования. Все больные на протяжении исследования получали метопролол в дозе 100 мг/сут. Больным основной группы к лечению добавляли Ник в дозе 10 мг 2 раза в сут, через 2 нед дозу увеличивали до 20 мг 2 раза в сут, больным контрольной группы к лечению добавляли плацебо (Пл). Продолжительность исследования составила 6 нед. С целью оценки эффективности лечения препаратом Ник в дозе 10-20 мг 2 раза/сут оценивались результаты ПДФН,

проведенные на визите рандомизации (В0) и на заключительном визите через 6 нед терапии (В6). ПДФН выполнялись на тредмиле в соответствии с протоколом Брюса: две ПДФН во время вводного периода (В-1) для оценки воспроизводимости показателей (ПДФН1 на визите В-1, ПДФН2 непосредственно перед рандомизацией), и две ПДФН в конце периода лечения на визите В6. В исследование включались пациенты, имеющие две положительные ПДФН на тредмиле (приступ стенокардии средней интенсивности, т.е. лимитирующую СН в пределах от 3 мин до 9 мин теста). В соответствии с условиями протокола при проведении ПДФН достижение депрессии сегмента ST=1.0 не являлось обязательным критерием отбора пациента в исследование и регистрировалось не у всех пациентов, поэтому ее анализ проведен отдельно в подгруппе пациентов, продемонстрировавших наличие депрессии сегмента ST=1.0 мм при проведении ПДФН.
Результаты. Рандомизация проводилась централизованно (по телефону) в соотношении 1:1. Всего было отобрано и включено в исследование с 31.05.2011г по 14.10.2013г 120 пациентов: 88 мужчин и 32 женщины в возрасте от 32 до 82 лет; давностью заболевания ИБС от 1 года до 34 лет. После рандомизации в группу лечения препаратом Ник были распределены 61 человек (43 мужчины и 18 женщин), а в группу Пл – 59 (45 мужчин и 14 женщин). Завершили исследование в соответствии с протоколом 114 человек. Результаты ПДФН, проведенных на визитах В-1 и В0 для всех рандомизированных пациентов были воспроизводимыми в соответствии с условиями протокола: продолжительность обеих проб до появления приступа СН средней интенсивности (Т2, сек) не различалась более, чем на 1 мин или на 20%. По пробам ПДФН в группе Ник через 6 нед достоверно увеличилось время до начала приступа СН ($p<0,0001$), время до появления депрессии сегмента ST=1.0 мм ($p<0,005$) и время до развития приступа СН средней интенсивности ($p<0,005$). В группе Пл статистически достоверно увеличилось время до начала приступа СН ($p<0,01$), при этом время до появления депрессии сегмента ST=1.0 мм и до развития приступа СН средней интенсивности значимо не изменились. В группе пациентов, у которых при проведении ПДФН регистрировались ишемические изменения сегмента ST на фоне приема препарата Ник в сравнении с Пл отмечался существенный прирост переносимости нагрузки до появления ишемических изменений на ЭКГ ($p<0,05$). В группе Пл уменьшилось время до достижения депрессии сегмента ST=1.0 мм.
Заключение. Назначенный в дозе 10-20 мг два раза в день препарат Ник, продемонстрировал дополнительную антиангинальную и антиишемическую эффективность, а также хорошую переносимость без существенного влияния на гемодинамические показатели.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ СОСТОЯНИЕМ: ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Василец Л.М., Туев А.В., Шишкина Е.А., Назипова Ю.И., Амирова И.К.
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

Цель. Изучить вариабельность ритма сердца у пациентов с коморбидным состоянием: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий.
Материалы и методы. Основную группу составили 72 пациента, из них 49 - с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и фибрилляциями предсердий (ФП), 23 - с ИБС и ФП. В группу сравнения вошли 86 человек. Средний возраст больных 53,5±7,3 года. Всем исследуемым проводилось клиническое обследование и длительное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты. При оценке показателей RMSSD - квадратный корень из средней суммы квадратов разностей между соседними RR интервалами и PNN 50 - количество пар соседних RR интервалов, деленное на общее число RR интервалов было выявлено значимое снижение ВРС. Так, наименьшими они были в группе с ИБС, АГ и ФП - 40 [27,3; 56,3] мс, p<0,001; 12 [4,2; 24,2]%, p<0,001; далее по уровню значений следовала группа с ИБС и ФП – 46,1 [24,5; 62] мс, p=0,01; 18 [13,2; 26]%, p<0,001.
Спектральный анализ ВРС показал выраженные изменения в спектре низких частот LF. Так, все группы с патологией достоверно отличались от группы сравнения, но степень изменений была различна: максимальная величина частот была в группе с сочетанием ИБС, АГ и ФП и составила 31,5 [30,0; 33,5] $с^2$, p=0,03; чуть лучше выглядела группа с ИБС и ФП 26,0 [24,0; 27,0] $с^2$ p=0,02 соответственно. Показатель спектрального анализа – HF имел достоверно более низкие значения во всех группах, нежели в группе сравнения (p=0,02). Интегральный показатель LF/HF был выше во всех группах с патологией, худшими выглядели группы с ИБС, ФП и АГ 3,93 [3,68; 4,41] $с^2$ p=0,03 и с ИБС и ФП 3,8 [3,1; 3,8] $с^2$ p=0,02.
Заключение. Анализ вариабельности ритма сердца показал, что работа парасимпатической нервной системы значительно снижена в сравнении с нормой особенно при сопутствующей фибрилляции предсердий. Сочетание ИБС, АГ и ФП приводило к большей активации симпатической нервной системы и усугублению функции парасимпатической нервной системы.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ДИСФУНКЦИИ СИНУСНОГО УЗЛА

Василец Л.М., Туев А.В., Вустина В.В., Паршакова О.А.
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» министерство здравоохранения Российской Федерации, Пермь, Россия

Цель. Изучить электрофизиологичские особенности проводящей системы сердца при дисфункции синусного узла.
Материалы и методы. В исследование было включено 83 человека: у 63 диагностирована дисфункция синусного узла (ДСУ) и 20 составили группу сравнения. Средний возраст пациентов с ДСУ - 29,77±10,57 лет. Функцию проводящей системы сердца оценивали при проведении электрофизиологического исследования сердца (ЭФИ) методом чреспищеводной электрической стимуляции предсердий с использованием электрокардиостимулятора «Astrocard» и многополюсных электродов ПЭДСП-2 СКБ г. Каменец-Подольск, по стандартной методике. Определяли следующие показатели: время восстановления функции синусного узла (ВВФСУ) (мс); корригированное ВВФСУ (КВВФСУ) (мс); антеградную атриовентрикулярную проводимость – точку Венкебаха (тВ) (имп/мин); эффективный рефрактерный период атриовентрикулярного соединения (ЭРП АВС) (мс) и аритмогенную готовность миокарда (АГМ).
Результаты. Для верификации синдрома слабости синусного узла (СССУ) после фармакологической вегетативной блокады (ФВБ) определяли истинную ЧСС (IHRo). При СССУ истинная ЧСС < должной (IHRp), что и выявили у наших пациентов: при СССУ I и II типы – 86,25 ± 11,84 уд/мин < 102,30 ± 6,04 уд/мин, при СССУ III типа – 83,41± 14,73 уд/мин < 98,41 ± 7,01 уд/мин. После проведения полной ФВБ получили достоверные отличия по ВВФСУо и КВВФСУо, как внутри основной группы, так и при сравнении с практически здоровыми. У больных с синдромом бради-тахикардии наблюдалось максимальное ВВФСУо – 1317,65 ± 809,50 мс и КВВФСУо – 569,85 ± 767,24 мс. По значению ЭРП АВС выявлены достоверные отличия. Самый максимальный ЭРП, превышающий нормы, был у больных с СССУ III типа – 468,18 ± 119,51 мс, который достоверно различался в основной группе пациентов с ВДСУ – 360,48 ± 66,52 мс

(p=0,0016). Из всех обследованных пациентов только у двоих выявлен синдром бинодальной слабости (сочетание патологических признаков нарушения функции СУ и АВС). Вегетативная дисфункция АВ соединения выявлена у 14 человек (22%) основной группы. В подгруппе с ВДСУ – 2 пациентов, СССУ I и II типом – 7 больных.

Заключение. По данным ЭФИ, пейсмекерная активность синусного узла наиболее угнетена у пациентов с синдромом брадикардии-тахикардии. У двоих пациентов выявлен синдром бинодальной слабости. Наряду с ВДСУ и СССУ у 22% пациентов основной группы выявлена вегетативная дисфункция АВ соединения. Пациенты с СССУ имеют достоверные отличия по электрофизиологическим параметрам с пациентами подгруппы ВДСУ и практически здоровыми.

ИТОГИ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф. , Никитин А.В., Бурдина Н.С.
Воронежский Государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,
Воронеж, Россия

Цель. Проанализировать эффективность патогенетической терапии комбинированным лазерным излучением (КЛИ) и хондрогардом (Х) больных остеоартритом (ОА) с артериальной гипертензией (АГ) в отдалённые сроки наблюдения.

Материал и методы. Изучены клинические и лабораторные параметры 30 пациентов ОА в возрасте 63,2±2,4 с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ), пролеченных КЛИ в сочетании с Х, по 1,0 мл ч/д 4 инъекции с 5-ой инъекции по 2.0 мл ч/д на курс 30 введений. Так же проанализированы параметры 10 больных такого же возраста, пролеченных только традиционной терапией (ТТ) нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) и физиотерапией. У всех испытуемой и контрольной групп пациентов констатировали II - III стадию ОА коленных суставов по Kellgren, АГ 2-3 стадии. Больные обеих групп были обследованы через шесть и двенадцать месяцев после лечения. Исследовали боль, скованность, и подвижность суставов в баллах, динамику цифр АГ, в мм рт ст и такие лабораторные показатели как скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Программу Statistika-6 применили для оценки итогов исследования.

Результаты. У больных, получивших лечение КЛИ в сочетании с Х, через 6 месяцев боль в суставах в баллах снизилась с 2,84$\pm$0,54 балла до 1,22 $\pm$0,34, а через 12 месяцев эти цифры составили 0,98 $\pm$0,49 балла, $p<0,05$. Скованность в суставах в первые дни наблюдения была 3,42$\pm$0,56 балла, через 6 месяцев скованность уменьшилась на 2 балла (59,5%) , и была 1,42$\pm$0,64 балла. Через 12 месяцев скованность в суставах опустилась до 0,84$\pm$0,24 т.е. уменьшилась на 2,58 (76,1%) балла. Эти положительные изменения были достоверны, $p<0,05$. Показатели СОЭ так же достоверно снизились через 6 и 12 месяцев наблюдения. Параметры АГ изменились положительно, значимо, после 6 месяцев наблюдения и лечения уменьшившись с 162,42 $\pm$1,3 4 до 140,96$\pm$1,24 мм рт ст. и через 12 месяцев до 136,66$\pm$0,76 мм рт ст, $p<0,05$. В контрольной группе пациентов, получивших только ТТ , в эти же сроки значимой положительной динамики суставных показателей не отмечено. Констатирована достоверная отрицательная динамики показателей АД, $p>0,05$.

Заключение: комбинированное лазерное излучение и хондрогард значительно улучшают параметры суставного синдрома, прежде всего боль и скованность в суставах у больных ОА, уменьшают СОЭ, показатели артериального давления. Это объясняется содружественным, обезболивающим, противовоспалительным действием КЛИ и хондрогарда на воспалённые структуры сустава и периартикулярные ткани, и как

следствие, опосредованным воздействием на показатели АД. Это позволяет рекомендовать применять данную схему лечения у больных ОА в амбулаторной практике.

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО КОНТРОЛЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильева Л.В., Шарапова Ю.А., Вавилова О.В.
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, кафедра терапии ИДПО, Воронеж, Россия

Цель исследования: оценка влияния дистанционного контроля уровня артериального давления на эффективность лечения, качество жизни пациентов с артериальной гипертонией.

Материалы и методы: В открытое исследование включено 249 больных артериальной гипертонией (АГ). АГ 1-й, 2-й, 3-й степени. Из них – 78 мужчин, - 171 женщина (средний возраст 59 ± 6,1 год). Длительность течения АГ – 12,2 ± 4,2 года. Больные рандомизированы на 2 группы: активного дистанционного контроля (127 человека) и контрольную (122 человека).

В группе активного контроля ежедневно проводился самостоятельный контроль артериального давления (СКАД) 2 раза в день (утро и вечер), цифры артериального давления (АД) передавались лечащему врачу либо по телефону, либо по электронной почте (1 раз в день - в группе с подбором антигипертензивной терапии, и 1 раз в неделю - в группе с подобранной антигипертензивной терапией).

Пациенты контрольной группы наблюдались в соответствии с рекомендациями приказа МЗ РФ от № 1344н.

Всем пациентам оценивалось качество жизни по следующим показателям: самочувствие (мм), работа, социальная и личная жизнь (в баллах). Обследование проводилось исходно и через 8 месяцев.

Результаты: Исходно достижение целевых цифр АД в группе дистанционного контроля было достигнуто у 42% пациентов группы диспансерного наблюдения. Через 8 месяцев в группе дистанционного контроля уровня артериального давления достижение целевых цифр АД составило 92 %.

В группе контроля исходно достижение было зарегистрировано у 43% пациентов с АГ, через 8 месяцев наблюдения – у 61 %.

Качество жизни (КЖ) рассчитывалось всем пациентам по шкалам опросника SF-36. Показатели КЖ через 8 месяцев наблюдения были выше у пациентов из группы дистанционного контроля уровня артериального давления по шкалам ролевого функционирование, физического функционирования и социального функционирования.

Заключение: Таким образом, активный дистанционный контроль за достижением целевых цифр АД значительно повышает эффективность лечения АГ, а также улучшает качество жизни пациентов с АГ.

ЖЕСТКОСТЬ И ЭЛАСТИЧНОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СТРАДАЮЩИХ ПАРОКСИЗМАМИ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: СВЯЗЬ С КАЛЬЦИНОЗОМ ВНУТРИСЕРДЕЧНЫХ СТРУКТУР, СИСТОЛИЧЕСКОЙ, ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА И РИСК ПОВТОРНОГО ПАРОКСИЗМА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Викентьев В. В., Сметнева Н.С., Самойлова Н.В., Голобородова И.В., Викентьев Д.В.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской терапии и профболезней, Москва, Россия

Повышенная жесткость артериальной стенки с ригидностью артерий весьма характерна для больных, страдающих гипертонической болезнью, что отрицательно влияет на гемодинамику и вносит свой вклад в развитие гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ), нарушение его диастолической функции, способствует развитию различных сопутствующих заболеваний и осложнений. Существует много различных показателей, отражающих жесткость и эластичность сосудистой артериальной стенки, при этом, жесткость и эластичность аорты являются одними из наиболее простых и воспроизводимых показателей.

Цель. Исследование связи индексов жесткости и эластичности аорты с выраженностью кальциноза клапанных структур сердца, фракцией выброса левого желудочка, состоянием его диастолической функции и влияния перечисленных факторов на вероятность развития повторного пароксизма мерцания предсердий на стационарном этапе у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, которые поступали в стационар с пароксизмом, успешно купированным на догоспитальном или раннем госпитальном этапах. **Материал и методы**. Обследовано 77 больных, страдающих гипертонической болезнью в возрасте от 48 до 72 лет, средний возраст составил 59,6 ± 1,88 года; из них 42 мужчины. У всех пациентов на догоспитальном этапе был диагностирован пароксизм мерцания предсердий, который удалось успешно купировать. Помимо стандартного общеклинического и инструментального обследования все больные прошли эхокардиографию, выполненную при помощи ультразвукового сканера Toshiba Aplio MX (Япония), во время которой производили измерения диаметра аорты выше уровня клапанного кольца в период систолы и диастолы, на основании последних измерений рассчитывали индекс жесткости и индекс эластичности аорты.

Результаты. обнаружена статистически значимая связь между индексами жесткости, эластичности аорты и степенью выраженности кальциноза внутрисердечных структур, фракцией выброса левого желудочка, объемом левого предсердия, выраженностью нарушения диастолы левого желудочка.

Вывод. Индекс жесткости аорты также является одним из факторов риска рецидива пароксизма мерцания предсердий на госпитальном этапе.

ОЦЕНКА КАТАБОЛИТОВ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Вистерничан О.А., Тайжанова Д.Ж., Муравлёва Л.Е., Романюк Ю.Л.,
Курманова А.Т
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение продуктов катаболизма пуринов в плазме и эритроцитах больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Проводилось определение содержания интермедиатов пуринового обмена: гуанина, гипоксантина (ГКс), аденина, ксантина (Кс) и мочевой кислоты (МК) - в плазме крови и эритроцитах у 28 больных с верифицированной ишемической болезнью сердца (ИБС). Группу контроля составили условно здоровые лица в количестве 18 человек. В качестве материала исследования использовалась венозная кровь. Забор крови проводился натощак из локтевой вены обследуемого в объеме 7 мл. Метаболиты пуринового обмена определяли по методу Орешникова Е.В. и соавторов (2008г). Концентрацию продуктов катаболизма пуриновых оснований выражали в единицах экстинкции (ед. экст.), МК - в мкмоль/л. Для определения активности ксантиноксидазы на различных этапах её работы (окисление ГКс в Кс и Кс в МК) были рассчитаны индексы соотношения концентраций всех трех продуктов данной реакции.

Результаты. При оценке катаболитов пуринового обмена в плазме были установлены статистически достоверные различия между пациентами с ИБС и группой контроля. В группе больных с ИБС отмечена тенденция к увеличению содержания гуанина (p-0,000008), аденина (p-0,000001), ксантина (p-0,000002) и мочевой кислоты (p-0,000001) относительно верхнего предела физиологической нормы, в отличие от контрольной группы, где данные показатели соответствовали нормальным значениям. Уровень гипоксантина в плазме крови больных с ИБС тоже был выше физиологической нормы, но не имел статистически значимого отличия от группы контроля. Индекс соотношения концентрации Кс/ГКс значительно превышал показатели физиологической нормы, индексы соотношения концентрации МК/ГКс и МК/Кс были приближены к верхним пределам физиологической нормы. При оценке катаболитов пуринового обмена в эритроцитах были установлены статистически достоверные различия между пациентами с ИБС и группой контроля по концентрации ксантина (p-0,002286) и МК (p-0,006591), причем концентрация данных катаболитов в группе больных с ИБС была значительно выше, чем в группе контроля. Индексы соотношения концентрации Кс/ГКс, МК/Кс и МК/ГКс приближались к верхним пределам физиологической нормы для каждого указанного параметра как в группе с ИБС, так и в группе контроля.

Заключение. Повышение концентрации катаболитов пуринового обмена является прогностически неблагоприятным фактором, поскольку пуриновые основания играют важную роль в прогрессировании атеротромбоза и ангиогенеза. Ксантиноксидаза принимает участие в запуске окислительного стресса, который приводит к повреждению клеток и является одним из звеньев патогенеза атеросклеротического процесса. В связи с чем, изменения активности ксантиноксидазы и концентрации интермедиатов пуринового обмена могут использоваться в качестве маркеров прогрессирования атеросклеротического процесса и развития осложнений ИБС.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гайдай Е.С., Най Н.В., Жумабекова И.К., Косыбаева М.Е.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель. Изучить распространенность психоэмоционального стресса и избыточной массы тела у мужчин, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование было включено 1000 мужчин, состоящих на диспансерном учете по артериальной гипертензии, в возрасте 30 - 65 лет (средний возраст - 48,1). С помощью вопросника Reeder L. 1969, определяли уровень психоэмоционального стресса, поведение на работе и в личной жизни. Респонденты распределены на группы с выраженной, умеренной, незначительной стрессовой реакцией и отсутствием хронического стресса. Для оценки степени ожирения были изучены показатели индекса массы тела (индекс Кетле).

Результаты. Респонденты были разделены на 3 группы, в зависимости от степени артериальной гипертензии. Таким образом, в первую группу было включено 335 мужчин, во вторую группу – 332, в третью группу – 333.

По данным анкетирования стрессу незначительной степени подвержено наименьшее число респондентов – 15%, стресс умеренной степени - 42% мужчин, стресс выраженной степени - 36%, отсутствие хронического стресса - 7% от общего числа респондентов. Таким образом, мужчины 1 группы наиболее подвержены незначительному стрессу - 8% и у 6% мужчин - отсутствие хронического стресса. Во 2 группе 21% респондентов подвержены умеренному стрессу, мужчины 3 группы более подвержены выраженному

стрессу – 17%. По результатам исследования индекса Кетле: каждый второй мужчина имеет нормальную массу тела 53,5%. Недостаток массы тела наблюдается у 31 мужчины - 3,1%. Численность мужчин с избыточной массы тела и ожирением 1 степени примерно одинакова, 16,6% и 15,3% соответственно. Ожирение 2 степени наблюдается у 87 мужчин, что составляет 8,7%, тогда как ожирением 3 степени страдают 28 мужчин - 2,8%.
Мужчины с избыточной массой тела преобладают в 1 группе - 43,4% из 166 человек, ожирение 1 степени наиболее распространенно во 2 группе – 52,5% из 153 человек, ожирение 2 и 3 степени чаще встречается в 3 группе, 48,4% из 87 человек и 60,7% из 28 респондентов соответственно.
Заключение. Стресс и уровень ожирения прямо пропорциональны артериальной гипертензии. Чем выше уровень стресса и индекс массы тела, тем выше степень артериальной гипертензии. В анамнезе у 93% исследуемых присутствует хронический психоэмоциональный стресс, кроме того 43,4 % респондентов страдают избыточной массой тела.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОТНОШЕНИЯ К КУРЕНИЮ В СВЯЗИ С УРОВНЕМ ОБРАЗОВАНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ

Гакова Е.И., Акимова Е.В., Каюмова М.М., Гакова А.А., Акимов А. М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

Цель: Установить популяционные закономерности психосоциальных факторов во взаимосвязи с распространенностью ишемической болезни сердца, конвенционных факторов риска и субъективно-объективного показателя здоровья у мужчин и женщин 25-64 лет открытой городской популяции.
Методы исследования. Одномоментное эпидемиологическое исследование проведено в рамках кардиологического скрининга на открытой городской популяции мужчин и женщин 25-64 лет. Репрезентативная выборка производилось из поименных избирательных списков населения одного из административных округов г. Тюмени методом случайных чисел в количестве 2000 человек: отклик среди мужчин – 85,0%, среди женщин – 70,4%. В режиме самозаполнения проведено тестирование по анкете ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью»; обследуемый считался курящим, если он выкуривал 1 и более сигарет/день; уровень образования оценивался по трем градациям: начальное, средние и высшее. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, STATISTICA 7.0 . Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий Хи-квадрат (χ^2) Пирсона; ранговая корреляция Спирмана; значения $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.
Результаты. По данным нашего исследования во всех категориях уровня образования никогда не курившие лица преобладали среди женщин в сравнении с мужчинами ($p<0,001$). Не курившие лица на момент обследования чаще встречались среди мужчин с высшим образованием, тогда, как у женщин со средним и начальным ($p<0,05$). Из ранее курящих чаще отказывались от курения женщин с высшим образованием в сравнении со средним и начальным (24,3%/15,5%/12,5%, $p<0,05$), а среди мужчин – с начальным в сравнении с высшим и средним, (83,3%//28,0%/21,9%, $p<0,05$), а бросавших курить на некоторое время или пытавшихся изменить курение, но безуспешно, напротив, больше было среди лиц со средним образованием, нежели с высшим, с преобладанием их среди мужчин ($p<0,001$). Никогда не предпринимали попытки бросить курить, изменения в курении в течение года регистрировались чаще у мужчин в сравнении с женщинами во всех категориях образования ($p<0,001$), а не курило в течение года значительно больше

женщин, нежели мужчин (p<0,001), с преобладанием некурящих среди лиц с высшим образованием (p<0,01).
При парной ранговой корреляции Спирмана выявлена слабая связь между образованием и увеличением интенсивности курения у женщин (R = 0,08, t=2,22, p=0,02) и мужчин (R =0,14, t=2,01, p<0,05); между образованием и попыткой что-либо изменить в своем курении у мужчин (R =0,35, t=2,03, p=0,05).
Заключение. Таким образом, установлены разнонаправленные тенденции в отношении к табакокурению в связи с уровнем образования у мужчин и женщин 25-64 лет открытой тюменской популяции, что необходимо учитывать при планировании целенаправленных профилактических программ.

БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST

Габинский Я.Л, Родионова Н.Ю.
ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Оценить риск развития острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от сезонов года и времени суток у пациентов разных возрастных групп.
Материалы и методы. В исследование включено 1370 пациентов с диагнозом ОКСбпST в возрасте от 36 до 87 лет, поступивших в Уральский институт кардиологии (УРИК) с 2010 по 2015 гг. Возраст пациентов от 36 до 87 лет(средний возраст 61 год). Среди поступивших 970 мужчин и 400 женщин.
Результаты исследования. Анализ показал, что развитие случаев данной патологии в течение года и на протяжении суток неравномерно. Больше всего случаев ОКСбпST у мужчин и у женщин наблюдается в интервале от 0 до 12 часов (56,9%). В первую половину суток существует период, в который отмечается наибольшее число случаев-интервал от 8 до 12 часов (27%). Во вторую половину суток выделяется период времени, в течение которого число случаев ОКСбпST минимально - от 20 до 24 часов (10,2%). У мужчин пиком возникновения ОКСбпST является период с 8 до 12 часов (26%),временем относительного благополучия интервал с 20 до 24 часов (5.2%). У женщин пик возникновения ОКСбпST с 8 до 12 часов (27%), а время относительного благополучия с 0 до 4 часов (5%).
На осень приходится наибольшее число пациентов, поступивших в УРИК (35%). Из числа всех обратившихся, осенью, у 37,1% мужчин и у 30% женщин развился ОКСбпST.
При изучении ОКСбпST в аспекте временных промежутков по сезонам года, установлено, что у мужчин пик развития ОКСбпST в зимний период приходится на 16-20 часов (31,8%), у женщин - 8-12 часов (33,3%). Минимальное количество развития ОКСбпST зимой приходится на период времени с 20 до 24 часов, у женщин 0-4 часа.
Весной пик развития ОКСбпST у мужчин приходится на интервал времени 0-4 часов (30%), у женщин на интервалы 4-8, 8-12, 16-20 часов. Минимальное количество ОКСбпST у мужчин приходится с 16 до 20 часов, у женщин от 0 до 4.
Летом максимальное число случаев ОКСбпST приходится на интервал времени 8-12 часов у мужчин (26,9%) и в интервал времени 4-8 часов у женщин (37,5%). Минимальное значение приходится на период с 20 до 24 часов как у мужчин, так и у женщин .
Осенью пик развития ОКСбпST у мужчин приходится на период времени с 8 до 12 часов (30.5%), у женщин с 20 до 24 часов (33.3%).
Заключение.
1)Наибольшее число случаев ОКСбпST у мужчин и у женщин приходится на промежуток времени с 8 до 12 часов .
2)Временем «относительного благополучия» в плане развития ОКСбпST является

интервал времени с 20 до 24 часов у мужчин ,с 0 до 4 часов – у женщин.
3) Наибольшее число случаев ОКСпбST приходится на осень.
4)Осенью наибольшая частота случаев ОКСпбST выявлена в интервале времени с 8 до 12 часов и с 16 до 20 часов у мужчин. У женщин - с 4 до 12 часов и с 20 до 24 часов.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ФАЗОВУЮ СТРУКТУРУ СИСТЕМНОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гаранин А.А.
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Цель. Предложить новую фазовую структуру системного круга кровообращения по данным компьютерной реографии.
Методы исследования. Проведено 250 одномоментных обсервационных исследований практически здоровых людей, лиц с основными факторами риска атеросклероза. Всем волонтерам выполнялась биполярная компьютерная реография верхней и нижней конечностей на полиграфе «Элон» с использованием циркулярных ленточных электродов. Кривые реограмм подвергались компьютерному анализу в полуавтоматическом режиме посредством программы «Rheograph». Выполнялось построение первой и второй производных кривых, обработка которых позволяла рассчитывать параметры биомеханики системного круга кровообращения. По положительным, отрицательным пикам второй производной и ее переходам через изолинию (реперным точкам) выделяли границы фаз сосудистого цикла.
Полученные результаты. В процессе анализа реограмм и их производных установлено, что график второй производной, зарегистрированный на верхней и нижней конечностях, содержит два всегда идентифицируемых минимума, три максимума и два перехода через ноль. При многократном воспроизведении записи реограмм у одного и того же обследуемого указанные характерные точки возникают в строго определенной временной последовательности. Причем эта последовательность чередования точек на второй производной прослеживается на реограммах различных сосудистых бассейнов системного круга кровообращения у людей вне зависимости от пола и возраста: при регистрации реовазограмм, реоэнцефалограмм, реогепатограмм, реоренограмм. Согласно данному принципу удалось выделить в сосудистом цикле системного круга кровообращения два периода: систолы и диастолы, по аналогии с сердечным циклом, и разделить каждый период на фазы. Систола большого круга кровообращения состоит из фаз эластического и мышечного компонентов оттока и капиллярно-венозного оттока. Диастола большого круга кровообращения включает метаболическую фазу, распространения пульсовой волны, быстрого и медленного притока. Кроме того, на реограмме выделяются диастола правого предсердия, которая совпадает по времени с фазой мышечного компонента оттока и систола, совпадающая с фазой капиллярно-венозного оттока. В каждую выделенную фазу вычисляли значения первой и второй производной реовазограмм и с их помощью определяли следующие параметры биомеханики: продолжительность фазы, средняя скорость изменения сопротивления, среднее ускорение, средняя мощность, работа.
Заключение. Компьютерная реография может применяться как самостоятельный метод оценки биомеханики системного круга кровообращения. Применение компьютерной реографии и новой фазовой структуры реограмм помогает количественно проанализировать биомеханику системного круга кровообращения и позволяет вести расчет такого количества показателей, которое позволяет детально оценить функцию каждого его отдела. Определение одних и тех же реперных точек в одинаковой последовательности на реограммах различных сосудистых бассейнов отражает единство процессов, происходящих в сосудистом русле. Новая фазовая структура позволяет

выделить в сосудистом цикле системного круга кровообращения систолу и диастолу по аналогии с сердечным циклом и по-новому взглянуть на физиологию сердечно-сосудистой системы.

ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гатаулина О.В., Зубов В.Ф.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ, Барнаул, Россия

Цель. Изучить возможность раннего выявления нарушения функции почек при сердечно-сосудистой патологии.
Материалы и методы. В исследовании участвовало 30 пациентов терапевтического отделения Петропавловской ЦРБ. Первая группа в возрасте от 27 до 60 лет (15 человек), вторая группа в возрасте от 61 до 89 лет (15 человек). У больных проводилось определение скорости клубочковой фильтрации, индекса массы тела.
Результаты. У пациентов терапевтического отделения в 1 группе:6 человек (40%) имели незначительно сниженную скорость клубочковой фильтрации.У 1 человека (7%) выявлена хроническая болезнь почек стадии 3А с умеренно сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ). Во 2 группе:7 человек (47%) имели незначительно сниженную скорость клубочковой фильтрации 6 из которых имели показатели креатинина входящие в референтные пределы. У 7 человек (47%) выявлена хроническая болезнь почек стадии 3А с умеренно сниженной СКФ. У 2 человек (13%) выявлена хроническая болезнь почек стадии 3Б с существенно сниженной СКФ. Отмечено более значительное снижение СКФ во 2 группе. В первой группе – 6 человек (40%) имели избыточную массу тела; 3 человека (20%) имели ожирение I степени, 1 человек (7%) имел ожирение II степени и 1 человек (7%) имел ожирение III степени Во второй группе – 6 человек (40%) имели избыточную массу тела; 1 человек (7%) имел ожирение I степени,1 человек (7%) имел ожирение II степени, 5 человек (33%) имели ожирение III степени. В данном случае ожирение III степени превалирует во 2 группе.
Заключение. Пациентам с начальным снижением СКФ необходимо провести диагностику и лечение основного заболевания – гипертонической болезни, при необходимости коррекцию массы тела и других факторов риска.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА РОУЗА ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гатаулина О.В., Бердников А.П.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава РФ, Барнаул, Россия

Цель. Изучить и обосновать возможность раннего выявления сердечно-сосудистой патологии.
Материалы и методы. Исследование проведено у 30 человек на профилактическом хирургическом приеме в поликлинике Петропавловской ЦРБ, из которых 28 женщин и 2 мужчины, были в возрасте от 22 до 57 лет. Первая группа в возрасте от 22 до 40 лет (15человек), вторая группа в возрасте от 41 до 57 лет (15человек). Они опрошены по методике Роуза, с целью выявления стенокардии напряжения.
Результаты. У пациентов в 1 группе у 2 человек (13%) выявлены признаки стенокардии напряжения, а во 2 группе у 7 человек (47%). Из 7 пациентов с выявленными признаками стенокардии во 2 группе у 4 человек в анамнезе была гипертоническая болезнь, являющаяся фактором риска развития ишемической болезни сердца. Как и все

эпидемиологические методы, данный метод не позволяет поставить клинический диагноз. Пациентам, с выявленными признаками стенокардии, была рекомендована консультация терапевта для определения тактики дальнейшего диагностического поиска. Учитывая главные модифицируемые факторы риска стабильной стенокардии с пациентами была проведена беседа о возможности нивелирования некоторых факторов риска.

Заключение. По данным исследования наблюдается сочетание артериальной гипертонии с проявлениями стенокардии чаще у пациентов старшей возрастной группы. Эти результаты подтверждают значение профилактики в медицине, которая направлена на выявление заболеваний в более раннем возрасте.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ И ХСН ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ К ОСТРОМУ ПОВРЕЖДЕНИЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Гердт А.М. [1,2], Шутов А.М. [1], Воронова Н.М. [2], Крамарчук М.В. [2]
[1] Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия; [2] ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №2 им. В. В. Баныкина», Тольятти, Россия

Цель. Уточнение причин развития острого повреждения почек (ОПП) в острый период инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 272 больных с инсультом: 143 (53%) мужчины и 129 (47%) женщины (средний возраст 66,7±11,6 лет). Диагностику инсульта, наличие показаний и противопоказаний для проведения тромболитической терапии (ТЛТ), оценку ее эффективности осуществляли согласно Рекомендациям ESO (2008). Геморрагический инсульт диагностирован у 52 (19%), ишемический - у 220 (81%) больных. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). У всех пациентов очаг мозгового инсульта был нейровизуализирован на спиральном компьютерном томографе или при аутопсии.

Результат. ОПП диагностировано у 89 (33%) больных: у 19 (36,5%) с геморрагическим инсультом и у 70 (31,8%) - с ишемическим инсультом. Артериальная гипертензия в анамнезе была у 88 (98,9%) больных с ОПП и у 177 (96,7%) больных без ОПП, p=0,3. Не отмечено влияния инфаркта миокарда в анамнезе на частоту ОПП у больных с инсультом: 18 (20,2%) с ОПП и 28 (15,3%) больных без ОПП, p=0,3 и фибрилляции предсердий на частоту ОПП: 45 (51%) больных с ОПП и 78 (42,6%) без ОПП, p=0,15. В тоже время, риск развития ОПП при наличии в анамнезе хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-IV функционального класса по NYHA составил 1,4 (95% ДИ 1,01-2,1, p= 0,04). Систолическое артериальное давление (САД) ≤ 90 мм рт. ст. и диастолическое артериальное давления (ДАД) ≤ 60 мм рт. ст. при госпитализации было ассоциировано с развитием ОПП: у 8 (9%) больных с ОПП и 2 (1,1%) без ОПП, ($\chi 2$=8,4; p=0,004). Частота ОПП не различалась у больных с САД ≥ 200 мм рт. ст. при госпитализации: у 11 (12,4%) больных с ОПП и у 25 (13,7%) без ОПП ($\chi 2$=0,01; p=0,9). Многофакторный регрессионный анализ показал наличие независимой прямой связи между ХСН при поступлении в стационар и артериальной гипотензией при госпитализации с развитием ОПП.

Заключение. У больных с инсультом артериальная гипотензия при госпитализации, а также ХСН II-IV функционального класса по NYHA в анамнезе, независимо прямо ассоциированы с развитием острого повреждения почек.

ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Герцен К.А., Максимов Н.И.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель исследования. Изучить особенности деформации миокарда у пациентов с гемодинамически значимыми и гемодинамически незначимыми стенозами коронарных артерий с ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ).
Материал и методы. В группы наблюдения (n=90) включены пациенты со стабильной стенокардей (СтСт) с ХСН с сохраненной ФВ без перенесенного инфаркта миокарда, имеющие данные КАГ, с использованием индекса коронарной недостаточности - ИКН (патент № 2325115 от 27.05.2008), ЭХОКГ, рентгенографии грудной клетки. Проведена оценка продольной деформации миокарда ЛЖ (GLPS) методом спекл-трекинг на УЗ-аппарате Vivid 7 GE. Критериями исключения - иные заболевания системы кровообращения, дыхательной системы и др коморбидной патологии. Пациенты распределены в 4 группы: 1-СтСт+ХСН1 без патологии коронарных артерий – КА (n=30), 2-СтСт+ ХСН1 с ГЗ поражением КА (ПКА), 3-СтСт+ХСН2а+НПКА (n=15) и 4 - СтСт+ХСН2а+ПКА(n=15).
Результаты исследования. Систолическая функция по ФВ была соответственно в группах: 66,73±0,49% - 64,87±0,52% - 64,00±1,45 – 63,07±0,97%. СтСт+ХСН1+НПКА характеризовалась практически интактными КА с ИКН 11,44, снижение глобальной продольной деформации миокарда выявлено в 26,67% со средним значением GLPS=19,02±0,23% и с минимальным значением по сегментам 16,73±0,46%. Диастолическая дисфункция выявлена в 56,67% и характеризовалась: иVЛП=38,97±1,92 мл/м², иММЛЖ=112,33±1,84г/м², DTe=234,73±4,75мс, E/Em=7,32±0,32. Снижение GLPS выявлено в 7,69% при ДД I типа и в 100% при ДД II типа. СтСт+ХСН1+ПКА характеризовалась наличием ГЗС у 100% больных с ИКН 846,91; снижение GLPS выявлено в 60% со средним значением 17,49±0,25% и с минимальным значением по сегментам 15,57±0,54%. ДД выявлена в 86,67% с иVЛП=49,43±2,42 мл/м², иММЛЖ=118,97±1,99г/м², DTe=201,00±6,15мс, E/Em=8,63±0,29. Снижение GLPS выявлено в 57,9% при ДД I типа и в 100% при ДД II типа. СтСт+ХСН2а+НПКА характеризовалась отсутствием ГЗС с ИКН=6,70±2,65 и наличием ХСН 2а; снижение GLPS выявлено в 80% со средним значением 17,83±0,26% и с минимальным значением по сегментам 16,27±0,38%. ДД встречалась в 100% с иVЛП=55,13±0,87 мл/м², иММЛЖ=117,93±0,37г/м², DTe=279,53±6,71мс, E/Em=8,48±0,08. Снижение GLPS выявлено в 100% при ДД Iтипа, ДД II типа в данной группе не выявлено. СтСт+ХСН2а+ПКА включала пациентов с ИКН=659,61±128,89 и ХСН 2а со снижение GLPS выявлено в 86,67% со средним значением 16,86±0,29% и с минимальным значением по сегментам 13,6±0,54%. ДД I типа – в 33,33% при ИКН=186±111,5, ДД IIтипа – в 66,67% при ИКН=1067±680. Снижение GLPS выявлено в 80% при ДД I типа и в 90% - при ДД II типа. С минимальным значением по сегментам 13,60±0,54%. Сегменты с наименьшими значениями GLPS во 2 и 4 группах соответствовали бассейнам КА с частыми ГЗС.
Заключение. Признаки снижения деформационных свойств миокарда выявлены у пациентов с малоизмененными КА. Максимальные нарушения деформационных свойств миокарда наблюдались при ДД II типа, что говорит об их высокой корреляционной связи.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОПЫТ ДВУХЛЕТНЕЙ РАБОТЫ РЕГИОНАРНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ГКБ № 1 ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА

Гиляров М.Ю., Желтоухова М.О., Константинова Е.В., Муксинова М.Д., Мурадова Л.Ш., Нестеров А.П., Удовиченко А.Е.
ГКБ № 1 им Н.И.Пирогова, Москва, Россия; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Оценить ведение пожилых больных с острым коронарным синдромом (ОКС) по опыту работы ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова
Материал и методы. Проанализированы 999 случаев лечения пациентов в возрасте 75 лет и старше, госпитализированных с 01 января 2014 года по 31 декабря 2015 года.
Результаты. Пожилые пациенты составляли от 41 до 54% всех пролеченных пациентов с ОКС, со значительным преобладанием женщин во всех возрастных подгруппах. Отмечена высокая частота коморбидной патологии, из которой самой частой оказалась артериальная гипертония, встречавшаяся в 95% случаев. В 2014 г. среди пожилых пациентов с ОКС снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м^2 зарегистрировано у 86% больных, при этом более половины из них (53%) имели СКФ≤44 мл/мин/1,73 м^2, то есть существенно сниженную. В 2015 г СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м^2 была обнаружена у 69% пациентов, из них СКФ≤44 мл/мин/1,73 м^2 имели 21%. Анемия наблюдалась у 38% пациентов в 2014 г., и у 54% в 2015 г. Выполнение экстренных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пожилых с ОКС увеличилось в 2015 году (69%) по сравнению с 2014 годом (41%), p<0,0001, как у пациентов с ОКС с подъемом ST (ОКСПST): 81% и 60%, p<0,005, так при ОКС без подъема ST (ОКСбПST): 63% и 32%, p<0,0001. Параллельно наблюдалось уменьшение случаев смерти в стационаре: у всех пожилых пациентов с ОКС в 2015 - 6,9%, в 2014 - 16,9%, p<0,0001, в группе ОКСПST в 2015 г. 9,8%, в 2014 г. 21,4%, p=0,009, при ОКСбПST, соответственно 5,6% и 14,7%, p<0,0005. За проанализированный период времени двойная антиагрегантная терапия (ДАТ) назначалась пожилым пациентам не выше чем в 70% случаев. Основными причинами «невыполнения» ЧКВ пациентам ОКСПST оказались: поздняя госпитализация пациента, категорический отказ пациента от вмешательства и предсказуемая невозможность в ближайшие месяцы приёма необходимой ДАТ.
Заключение. Таким образом, в ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова г.Москвы поступает высокий процент пожилых пациентов с ОКС, значительно превышающий аналогичные показатели в отечественных и зарубежных регистрах и клинических исследованиях, что может отражаться на показателях исходов лечения пациентов. Широкое использование ЧКВ позволяет достоверно улучшать клинические исходы ОКС у больных 75 лет и старше. Возможность безоговорочного выполнения рекомендаций по назначению ДАТ в реальной клинической практике у пожилых пациентов с ОКС может ограничиваться высокой частотой коморбидной патологии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Гиляров М.Ю., Желтоухова М.О., Константинова Е.В., Муксинова М.Д., Мурадова Л.Ш., Нестеров А.П., Удовиченко А.Е.
ГКБ № 1 им Н.И.Пирогова, Москва, Россия; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Сравнить клинические характеристики и частоту смерти в стационаре у пожилых больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбПST) в группах, выделенных в зависимости от выполнения пациентам экстренной

коронароангиографии (КАГ) с последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ).

Материал и методы. Проанализировано 572 случая лечения пациентов с ОКСбПST в возрасте 75 лет и старше, госпитализированных с 01 января 2014 года по 31 декабря 2015 года в региональный сосудистый центр ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова г.Москвы. 256 пациентов с ОКСбПST, у которых были выполнены КАГ/ЧКВ составили I группу, 316 больных с ОКСбПST без КАГ/ЧКВ – II группу.

Результаты. В I группе пациентов процент женщин оказался достоверно меньше (57%), в сравнении со II группой (73%), p<0,00005. Среди пациентов II группы анемия встречалась достоверно чаще (в 49% случаев), чем в I группе (40%), p<0,05, аортальный стеноз наблюдался во II и в I группах, соответственно в 34% и 22% случаев, p<0,005. Значимое снижение скорости клубочковой фильтрации (менее 60 мл/мин/1,73м^2) также достоверно чаще наблюдалось среди пациентов II группы (84%) в сравнении с I группой (72%), p<0,005. Во II группе пациентов частота летальных исходов в стационаре была достоверно выше 14,2%, чем в I группе – 3,1%, p<0,000005. При сравнении показателей «внутри» каждой группы в динамике в 2015 г., в сравнении с 2014 г., в I группе наблюдалось снижение частоты смерти в стационаре: с 5,6% в 2014 г. до 1,8% в 2015 г. (p=0,0999); во II группе с 15,1% в 2014 г. до 12,4% в 2015 г. (p=0,328).

Заключение. Таким образом, пожилым пациентам поступающим в стационар с диагнозом ОКСбПST следует чаще проводить КАГ в целях совершенствования дифференциальной диагностики, но, прежде всего, с целью определения показаний для ЧКВ и его выполнения, что достоверно улучшает показатели исходов лечения пациентов этой возрастной группы в реальной клинической практике. Уменьшение госпитальной смертности «внутри» групп с/без ЧКВ в 2015 г. по сравнению с 2014 г. свидетельствует об улучшении и медикаментозного ведения пациентов, однако достоверность разницы оказалась на уровне тенденции и менее.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПОСТУПАЮЩИХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ГКБ №1 ИМ. Н.И. ПИРОГОВА В МОСКВЕ

Гиляров М.Ю., Желтоухова М.О., Константинова Е.В., Муксинова М.Д., Мурадова Л.Ш., Нестеров А.П., Удовиченко А.Е.

ГКБ № 1 им Н.И.Пирогова, Москва, Росия; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. оценить распределение по назологиям заключительных клинических диагнозов пожилых больных с острым коронарным синдромом (ОКС) по опыту работы ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова г.Москвы и сопоставить полученные результаты с отечественными и зарубежными данными

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ заключительных клинических диагнозов 999 пациентов 75 лет и старше, поступивших по каналу скорой медицинской помощи и самотёком с 01 января 2014 года по 31 декабря 2015 года с направительными диагнозами: ОКС, инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия (НС).

Результаты. Среди поступивших больных 75 лет и старше в 2014 г. ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСПST) был диагностирован в 29% случаев, ОКС без подъема ST (ОКСбПST) в 71%; в 2015 г. – ОКСПST в 32% случаев, ОКСбПST в 68%, что соответствует данным отечественных и зарубежных регистров. По результатам дообследования пожилых пациентов с ОКС в 2014 г. ИМ был диагностирован г в 63% случаев, НС – в 26%, стабильная форма ишемической болезни сердца (ИБС) – в 11%; в 2015 г ИМ - в 49% случаев, НС – в 24%, стабильная ИБС – в 11% случаев, у 16% больных

диагноз ИБС был исключен. По данным Европейского кардиологического общества заключительные диагнозы среди поступающих пациентов (всех возрастов) в стационар с подозрением на ОКС распределяются следующим образом: ИМ – 20-30%, НС – 10%, 15% – другое сердечнососудистое заболевание и до 50 % – иной диагноз.

Заключение. Таким образом, по результатам двухлетней работы центрально расположенного Регионального сосудистого центра Москвы, по сравнению с европейскими данными, наблюдалась более точная постановка диагноза на догоспитальном этапе, что, по-видимому, связано с особенностями работы скорой медицинской помощи в России (наличие врачебных (не парамедицинских) бригад). Кроме того, представленные результаты свидетельствуют о трудностях дифференциальной диагностики ОКС и стабильных форм ИБС у пожилых, из-за полиморбидности и стертости клинической картины, что делает необходимым более активное выполнение нагрузочных (фармакологических) проб с визуализацией и проведения коронароангиографии для уточнения диагноза.

ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

Гимаева З.Ф., Уразаева Э.Р., Каримова Л.К., Гимранова Г.Г., Авхадиева Н.И.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека»

Цель. Установить особенности изменений функциональных показателей сердечно-сосудистой системы (ССС) у работников производств органического синтеза с высоким кардиоваскулярным риском.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты медицинского осмотра 940 работников основных профессий производств органического синтеза. Контингент обследованных представлен мужчинами в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст - 42,7±12 лет), по профессиям: аппаратчик (34%), слесарь-ремонтник (38%), слесарь контрольно-измерительных приборов и автоматики (КИП и А) (28 %), со стажем работы по специальности от 3 до 25 лет (средий стаж 17,2±8 лет). По результатам обследования была отобрана группа с высоким кардиоваскулярным риском (58 чел.) для дополнительного обследования сердечно-сосудистой системы в условиях клиники института.

Результаты. Периодическим медицинским осмотром работников выявлено, что распространенность артериальной гипертензии составила 43,2%; ишемической болезни сердца – 1,1%; причем артериальная гипертензия у аппаратчиков регистрировалась в 1,4 раза чаще; чем у слесарей КИП и А (53,1% и 37,7% соответственно).

Результаты суточного мониторирования ЭКГ выявили изменения у 26,8% аппаратчиков, 14,2 %слесарей-ремонтников и 12,1% слесарей КИП и А (p□0,05). При этом у работников со стажем работы более 10 лет изменения ЭКГ определялись в 9,3%; при стаже работы более 15 лет в 33,2% случаев (p<0,05).

Исследование суточного профиля артериального давления выявило, что среднесуточные величины систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) статистически значимо выше у аппаратчиков, по сравнению со слесарями-ремонтниками и слесарями КИП и А на 3,4 и 4,5 % соответственно (p<0,05). Измененный суточный профиль АД регистрировался у 52,3% работников. В группе аппаратчиков нон-дипперы регистрировались в 49,3% случаев, у слесарей-ремонтников- в 43% , слесарей КИП и А в 42,7% (p<0,05). Найтпикеры наблюдались только в группе аппаратчиков. Показано, что с увеличением стажа возрастают периоды дневной и ночной гипертонии, что может увеличить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

При проведении эхокардиографического исследования было выявлено, что толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в группе аппаратчиков и слесарей-ремонтников больше, чем в группе слесарей КИП и А (соответственно на 10,7% и на 9,2% ; p□0,01), а толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) только в группе аппаратчиков толще, чем в группе слесарей КИП и А (11,4 мм к 10,5 мм соответственно; p□0,01). У аппаратчиков индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был достоверно выше, чем в группе слесарей КИП и А (p□0,05) и составил – 145,4 г/м^2 и 135,7 г/м^2 соответственно (p<0,05). Проведенный анализ величины ИММЛЖ в зависимости от стажа работы выявил, что с увеличением стажа статистически значимо возрастает ИММЛЖ у работников всех профессиональных групп. Таким образом, результаты эхокардиографических исследований у работников производств органического синтеза выявили изменения структурно-функционального состояния миокарда, которые зависели от стажа работы и профессии.

Заключение. Проведенные исследования позволили разработать индивидуальные рекомендации по ранней диагностике и профилактике ССЗ.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕД- И ПОСТНАГРУЗКИ У ЛИЦ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Горшенина Е.И., Скоробогатова Л.Н., Куркина Н.В.
Мордовский государственный национальный исследовательский университет имени Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Цель. Изучение влияния наиболее распространенных в популяции малых аномалий развития сердца на параметры кардиогемодинамики.

Материалы и методы. Исследование выполнено при участии 102 здоровых добровольцев, из них 47 мужчин и 55 женщин. Средний возраст обследуемых - 23 года. В исследование включены лица, у которых исключены факторы, влияющие на показатели пред - и постнагрузки. Фиксировали следующие показатели: частоту сердечных сокращений, конечно-диастолический (КДО) и конечно-систолический объём (КСО) левого желудочка, размеры камер сердца, фракцию выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону, ударный объём (УО), минутный объём крови (МОК), систолическое давление в легочной артерии. Остальные исследуемые показатели кардиогемодинамики – сердечный и ударный индекс (СИ и УИ), конечно-диастолический индекс (КДИ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), индекс периферического сопротивления сосудов (ИПСС), пульсовой индекс периферического сопротивления сосудов (ПИПСС), минутная и пульсовая работа левого желудочка (МРЛЖ и ПРЛЖ), минутный и пульсовой индекс работы левого желудочка (МИРЛЖ и ПИРЛЖ) рассчитывали по соответствующим формулам.

Результаты. Малые аномалии развития сердца (МАРС) выявлены у 64% обследуемых. В структуре малых аномалий преобладали дополнительные трабекулы и хорды в полости левого желудочка, реже выявлялись аневризма межпредсердной перегородки, открытое овальное окно и сеть Хиари. При наличии малых аномалий развития сердца вышеназванные показатели гемодинамики имели тенденцию к увеличению, оставаясь при этом в пределах возрастной нормы. УО у лиц с МАРС превысил аналогичный показатель у лиц, не имеющих таковые, на 4.93 мл (6.98%); УИ – на 3.71 мл/м^2 (9.39%); МОК – на 0.34 л (7%); СИ – на 0.22 л/м^2/мин (8.12%); КДО – на 3.7 мл (3.55%); КДИ – на 5.26 мл/м^2 (8.85%); ФВ – на 0.84%; МРЛЖ – на 0.41 кг*м/мин (6.83%); МИРЛЖ – на 0.28 кг*м/мин/м^2 (8.33%); ПРЛЖ – на 6.1 г*м (6.97%); ПИРЛЖ – на 4.57 г*м/м^2 (9.35%). Но данные оказались достоверными для УИ, ПИРЛЖ (p<0.05), а также для СИ и МИРЛЖ (p<0.01). Такие показатели, как ОПСС, ИПСС, ПИПСС у лиц с малыми аномалиями сердца имели тенденцию к уменьшению, но также не отклонялись от нормы. Показатель

ОПСС снижен на 36.27 дин*сек/см5 (2.19%); ИПСС – на 167.87 дин*сек/см5 /м2 (5.59%); ПИПСС– на 11.87 дин*сек/см5/м2.

Заключение. Исследование показало, что показатели кардиогемодинамики при МАРС не выходят за границы возрастной нормы. Получение корректных величин гемодинамических показателей требует индексации их в зависимости от площади поверхности тела исследуемого.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Голобородова И.В., Фомина В.М., Сметнева Н.С., Викентьев В.В., Попкова А.С., Самойлова Н.В.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской терапии и профболезней, Москва, Россия

Нарушения в системе гемостаза при ССЗ во многом обусловлены увеличением функциональной активности тромбоцитов, а именно их повышенной способностью к адгезии и агрегации. Индукторы тромбообразования усиливают функциональную тромбоцитарную активность, чему способствуют происходящие морфологические изменения тромбоцитов. В процессе адгезии тромбоциты из дисковидной формы превращаются в шиповидно-сферическую, изменяется их ультраструктура, наружная мембрана становится более эластичной, что способствует их контакту и адгезии друг с другом и другими структурами.

Цель. Изучение морфологических особенностей тромбоцитов у больных МС.

Материал и методы. Обследованы больные МС (мужчины, n=39, средний возраст - 42,97 ± 1,31 лет) и группа контроля (мужчины, n=14, средний возраст - 43,9 ± 5,9 лет). Морфологические особенности тромбоцитов исследовались с помощью электронной микроскопии.

Результаты. По данным ОАК выявлено нормальное и практически равное число тромбоцитов в группе больных МС (249,6±8,3x10^9/л) и в контрольной группе (256,8±8,7x10^9/л). Однако у больных МС по сравнению с группой контроля было снижено число основных физиологических форм - дискоцитов с увеличено число различных активированных форм тромбоцитов. Дискоциты (%):МС - 51,08±0,20*, контроль - 84,56±0,06; дискоэхиноциты (%) 28,80±0,24*, контроль - 9,98±0,12; сфероциты (%): МС - 14,49±0,01*, контроль - 2,79±0,04, сфероэхиноциты (%):МС - 4,06±0,03*, контроль - 1,95±0,01; биполярные формы (%): МС - 1,57±0,01*, контроль - 0,72±0,05; сумма активных форм (%):МС - 48,92±0,18*, контроль - 15,44 ±0,08; число тромбоцитов в агрегатах (%):МС -13,30±0,12*, контроль - 6,21±0,02; число малых агрегатов по 2-3тромбоцита на 100 свободно лежащих тромбоцитов (%): МС - 17,59±0,23*, контроль - 3,3±0,04; число средних и больших агрегатов по4 тромбоцита и более на 100 свободно лежащих тромбоцитов (%): МС - 5,10±0,04*, контроль - 0,09±0,005 (*- достоверность различия результатов по отношению к контрольной группе, $p < 0,05$).Таким образом, у больных МС отмечено увеличение количества активных форм тромбоцитов, преимущественно за счёт дискоэхиноцитов, сфероцитов и сфероэхиноцитов. При этом рост активных форм тромбоцитов сопровождался ростом малых, средних и больших тромбоцитарных агрегатов, а также формированием агрегатов с включением других форменных элементов крови - эритроцитарно-тромбоцитарных агрегатов.

Заключение. Учитывая вышеизложенное, изучение морфологических особенностей тромбоцитарного состава крови у больных МС может иметь значение как для формирования схем антитромботического терапевтического воздействия с целью коррекции имеющихся нарушений и профилактики развития ССЗ и ССО у таких больных, так и для оценки эффективности подобной терапии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Горбунова Д. Ю., Маврина О.А., Власова О.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия

Цель. Выявление метаболического синдрома у больных, страдающих остеоартритом коленных суставов.
Материалы и методы. Было обследовано 52 больных с остеоартритом коленных суставов. За период с июля по ноябрь 2016г. В группу включались больные, имеющие диагноз «остеоартрит коленных суставов» по данным рентгенологического исследования(стадии поражения по Kellgren I. и Lawrence L.) и УЗИ обследования (определялась толщина гиалинового хряща). Диагностика метаболического синдрома проведена по критериям Всероссийского научного общества кардиологов от 2009г.
Результаты: больных с остеоартритом коленных суставов I ст - 32 (61,54%) человека; 12 (23,07%) человек имели остеоартрит IIст; 8 (15.39%) обследованных, имели остеоартрит коленных суставов IIIст. У 27 человек (51,92%) от общего количества обследуемых, диагностирован метаболический синдром. Количество больных с МС при Iст остеоартрита -12 человек (23,07%),при IIст – 8 человек (15,3%), а при III ст - 7человек (13,46%) из обследуемых. Среди больных с остеоартритом коленных суставов I стадии, процент больных, страдающих метаболическим синдромом составил 37,5%, при II стадии поражения - 66,6%, а при III стадии остеоартрита коленных суставов - 87.5% больных имели метаболический синдром.
Заключение. Таким образом, при остеоартрите II и III стадии, метаболический синдром встречается значительно чаще, в 66,6% и 87.5% случаев соответственно. Высокая заболеваемость метаболическим синдромом диктует необходимость в более ранней диагностике данной патологии, а особенно у лиц с суставным синдромом, что обеспечит своевременное лечение, профилактику дальнейших осложнений и повышение качества жизни.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕ5РДЦА И ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Гребенчук Е.Ю., Смолякова М.В., Гунич С.В., Митьковская Н.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель. Выявить особенности лабораторных и функциональных показателей у пациентов с крупноочаговым инфарктом миокарда и нарушением функции почек.
Материалы и методы. В исследование включен 31 пациент, поступивший в реанимационное отделение УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с диагнозом острый крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ). Использовались клинические, антропометрические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистических пакетов Statistica 10.0, Excel. Различия в группах считали значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95,5% ($p<0,05$).
Результаты. В зависимости от функционального состояния почек были сформированы следующие группы: основную группу составили 8 пациентов с крупноочаговым ИМ и сниженной функцией почек, группу сравнения – 23 пациента с крупноочаговым ИМ и нормальной функцией почек. Функция почек оценивалась путем определения скорости

клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD–EPI. При снижении СКФ< 60 мл/мин/1,73 м^2 диагностировалось нарушение функции почек. Среди пациентов, включенных в исследование, 18 (58,1%) мужчин и 13 (41,9%) женщин. Средний возраст в группе пациентов с крупноочаговым ИМ и сниженной функцией почек составил 68,2 (68-72) лет, в группе пациентов с ИМ и нормальной функцией почек 58,7 (52-68) лет.
Уровень тропонина у пациентов с крупноочаговым ИМ и нарушением функции почек составил 5,8 (0,9-10) нг/мл, а у пациентов с крупноочаговым ИМ и нормальной функцией почек 1,4 (0,1-4) нг/мл, p<0,05. Фракция выброса (Teichholc) у пациентов с крупноочаговым ИМ и нарушением функции почек составила 50,7 (46-56)%, а у пациентов с крупноочаговым ИМ и нормальной функцией почек 58,7 (55-60)%, p<0,05.
Заключение. У пациентов с крупноочаговым ИМ и нарушением функции почек выявлено повышение уровня тропонина (в 4,1 раза), а так же снижение фракции выброса левого желудочка по сравнению с группой пациентов с ИМ и нормальной функцией почек.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДКИ НА ЭТАПЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Гречкин В.И., Ромашов Б.Б., Перцев А.В., Сапронов Г.И., Пахоленко О.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

В настоящее время проблема дифференциальной диагностики при лихорадочных состояниях на этапе поликлиника-приемное отделение-стационар по-прежнему остается актуальной. Причиной лихорадочных состояний могут быть заболевания инфекционного, неопластического характера, а также системные заболевания соединительной ткани.
Уже на поликлиническом этапе можно выделить пациентов с подозрением на острую вирусную инфекцию, пневмонию или бронхит. Лихорадка в сочетании с полиартралгиями, миалгиями, кожными высыпаниями у молодых женщин подозрительна в плане системной красной волчанки и других болезней соединительной ткани. Лихорадящие больные: опийные наркоманы, пациенты с иммунодефицитом, после инструментальных урологических и стоматологических вмешательств, катетеризации крупных вен, повторных внутривенных инъекций - составляют группу риска по инфекционному эндокардиту. В условиях поликлиники, помимо клинического и биохимического исследования крови и мочи, рентгенографии органов грудной клетки, следует провести УЗИ сердца и других внутренних органов. При неуточненном диагнозе целесообразна консультация инфекциониста и направление больного в стационар.
В приемном отделении стационара проводится повторное исследование крови и мочи, рентгенография легких, УЗИ сердца и других внутренних органов. Если диагноз остается неясным, больной госпитализируется в общетерапевтическое отделение, где, помимо рутинных методов исследования, проводятся повторные посевы крови на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, определение уровня СРП, ревматоидного фактора, LE-клеток, титра антител (ANA и др.). При необходимости назначается КТ или МРТ, стернальная пункция, биопсия тканей и т.д.
Так, из 57 лихорадящих больных, обследованных нами в условиях терапевтического отделения, пневмония была выявлена у 8 (у 3 – уже на поликлиническом уровне), инфекционный эндокардит - у 14, хронический активный гепатит - у 15, ревматоидный артрит (псевдосептический вариант) - у 1, системная красная волчанка – у 1, полимиозит - у 2, острый пиелонефрит (или обострение хронического) – у 7, опухоли различной локализации – у 9 больных.
Таким образом, тщательный анализ клинической картины заболевания, выявление среди пациентов групп риска по тому или иному заболеванию, целенаправленное проведение

лабораторных и инструментальных исследований позволяют в большинстве случаев выяснить причину лихорадки и провести адекватное лечение, причем у части пациентов – на поликлиническом этапе.

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гречкин В.И., Ромашов Б.Б., Перцев А.В., Сапронов Г.И., Пахоленко О.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Проблема ранней диагностики инфекционного эндокардита по-прежнему остается актуальной, несмотря на широкое внедрение в практику современных методов обследования. Наиболее постоянный симптом заболевания – лихорадка по-разному трактуется врачами при первичном контакте с пациентом. Крайне важно уже на поликлиническом этапе выделять среди лиц с лихорадкой группы риска по инфекционному эндокардиту и проводить ультразвуковое исследование сердца для исключения вегетаций. В первую очередь это пациенты с опийной наркоманией и иммунодефицитом, после стоматологических и урологических вмешательств, катетеризации крупных вен, а также получавшие внутривенные капельные инъекции и т.д. На уровне приемного отделения больницы скорой медицинской помощи у больных с лихорадочным синдромом проводится консультация инфекциониста и ультразвуковое исследование сердца. При неуточненном диагнозе обследование продолжается в условиях терапевтического отделения. При сохраняющейся лихорадке повторное ультразвуковое исследование сердца проводится через 5-7 дней после предыдущего.

Результаты. В нашем исследовании из 67 длительно лихорадящих больных терапевтического отделения, представлявших группу риска по инфекционному эндокардиту, последний был выявлен у 35 больных. При этом вегетации на клапанных структурах сердца были обнаружены у 17 пациентов с опийной наркоманией, у 3 – с тяжелой пневмонией, у 7 – после инвазивных лечебных и диагностических манипуляций (катетеризация мочеточника и подключичной вены, цистоскопия, выскабливание полости матки), у 1 - после экстракции зуба, у 3 - на фоне хирургического сепсиса, у 4 - с врожденными пороками сердца. Локализация вегетаций была различной. Чаще всего поражался трикуспидальный клапан (при опийной наркомании, флебите подключичной вены и т.д.), реже - аортальный и митральный. В двух наблюдениях имело место поражение нескольких клапанов. У трех больных с опийной наркоманией инфекционный эндокардит был диагностирован уже на поликлиническом этапе.

Таким образом, выявление среди пациентов групп риска по инфекционному эндокардиту и проведение целенаправленного ультразвукового исследования сердца у них позволяет осуществлять раннюю диагностику этого заболевания, в том числе и на догоспитальном этапе (поликлиника, приемное отделение).

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ЖИВОТА НА УРОВНЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Гречкин В.И., Ромашов Б.Б., Перцев А.В., Сапронов Г.И., Пахоленко О.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

В практике врачей скорой и неотложной помощи крайне актуальны неотложные состояния, сопровождающиеся симптомами со стороны органов брюшной полости. Боль в животе - один из самых частых поводов для обращения за медицинской помощью. Этиологическая структура заболеваний, в клинической картине которых в определенном периоде преобладают патологические абдоминальные симптомы, представляется чрезвычайно пестрой. В то же время на догоспитальном этапе быстро поставить правильный диагноз при заболеваниях, сопровождающихся абдоминальной симптоматикой, чрезвычайно трудно. В этих условиях необходимо иметь четкое представление о возможных причинах болевого синдрома и иных патологических симптомах со стороны органов брюшной полости.

Нами проведен ретроспективный анализ ультразвукового исследования 135 пациентов (52 мужчин, 83 женщины в возрасте от 20 до 85 лет), госпитализированных в порядке скорой помощи в хирургические и урологическое отделения ГКБСМП №1 города Воронежа с признаками острого живота. Все пациенты предъявляли жалобы на боли в животе различной локализации. У 47 пациентов боль локализовалась в правом верхнем квадранте (ПВК), у 35 - в правом нижнем квадранте (ПНК), у 16 - в левом верхнем квадранте (ЛВК), у 19 - в левом нижнем квадранте (ЛНК) и у 18 человек боли носили разлитой характер.

Ультразвуковое исследование выполнялось без предварительной подготовки с использованием конвексного датчика 3,5 МГц и линейного датчика 7,5 МГц. Во всех случаях осмотр начинали с области максимальной болезненности, а затем вне зависимости от выявленной патологии проводили расширенное исследование. Обследование больных проводилось в горизонтальном положении на спине, животе, боку. В ряде случаев исследование выполнялось сидя или стоя.

Сопоставление показателей чувствительности УЗИ в зависимости от локализации болевого синдрома и объема исследования показало, что локализованное ультразвуковое исследование в выявлении причины болевого синдрома имело более высокие показатели в ПВК (81%) и наиболее низкие - в ПНК (33%). Примерно одинаковой была чувствительность прицельного осмотра при локализации боли в ЛВК и ЛНК (50 и 53% соответственно). Наиболее эффективным оказалось расширенное исследование для установления причин острой абдоминальной боли в ПНК (повышение чувствительности при расширении объема исследования на 44%) и ЛВК (на 36%).

Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование при синдроме « острого живота» позволяет в большинстве случаев уточнить диагноз, что способствует своевременному оказанию неотложной помощи.

МЕЖПРЕДСЕРДНЫЕ КОММУНИКАЦИИ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ (АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Гуревич Т.С.
Первый государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
кафедра физических методов лечения и спортивной медицины;
факультет последипломного образования
Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время существует неоднозначное мнение о клиническом значении малой межпредсердной коммуникации - открытого овального окна (ООО) и противоречивые данные о целесообразности и эффективности его закрытия,

Цель исследования: выявление данной аномалии у спортсменов и определение риска развития парадоксальных эмболий.

Методы исследования. Двухмерная эхокардиография (ЭхоКГ) с цветным допплер-исследованием (в покое и с физической нагрузкой). ЭКГ Чрезпищеводная ЭхоКГ; пролонгированная инфузионная контрастная ЭхоКГ (ПИКЭ) с стресс-тестами. Тест PWC 170.

Полученные результаты. Обследован (ЭхоКГ, ДопплерЭхоКГ в покое и при физической нагрузке) 971 спортсмен высоких спортивных квалификаций. возраст - 14 -36 лет. ООО было выявлено у 5,2% лиц (51чел.), 7,7% спортсменам (75чел.)- диагностировано аневризматическое выпячивание межпредсердной перегородки (ан.МПП). Сочетание ООО и ан.МПП выявлялось у 4.1% спортсменов (39 чел.). В дальнейшем, лицам с ООО и ан.МПП проводилась ПИКЭ с стресс-тестами. У 42% лиц (53чел.) был выявлен праволевый шунт и готовность к парадоксальной эмболии. Из них - у 30,5% (16 чел), имели высокий риск парадоксальной эмболии, им было проведено закрытие межпредсердной коммуникации транскатетерным методом системой Amplatzer. 39,1% (21чел), имеющих низкий риск эмболий прекратили занятия профессиональным спортом. 30,9% (16чел., имеющих очень низкий риск эмболий) продолжили тренировки, проходя систематические обследования. Лицам после закрытия межпредсердной коммуникации, ежемесячно проводилась ЭКГ, ЭхоКГ в покое и с физической нагрузкой. Расширение физической нагрузки рекомендовалось в зависимости от результатов обследований. К тренировкам полном объёме и соревнованиям они приступали через 8мес.- 1 год. Показатели физической работоспособности этих лиц были высокими и достоверно превышали данные до закрытия. Через 10 лет занятий, в профессиональном спортом из 16 спортсменов осталось 9 человек, (7- прекратили занятия, достигнув запланированных высоких спортивных результатов). Из 16 лиц, имеющих низкий риск эмболий и продолживших тренировки с индивидуальными нагрузками, продолжают занятия 5 спортсменов, показывая высокие показатели физической работоспособности.

Заключение. Необходимость закрытия межпредсердной коммуникации решается индивидуально. Учитываются клинические проявления, виды спорта и наличие высокого риска эмболий. Дальнейшее наблюдение, систематические обследования и правильная организация тренировочных нагрузок позволяет спортсменам после транскатетерного закрытия, продолжить занятия профессиональным спортом без осложнений, достигая высоких спортивных результатов.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БИСОПРОЛОЛ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гусеинова З.К., Лес А.Н., Шакирова Ш.Д., Туякбаева А.Н.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования. Провести анализ применения бисопролола у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях было обследовано 71 пациентов, перенесших ОКС. Из них 39 мужчин, 32 женщин. Возраст обследованных лиц составил от 47 до 80 лет. Критерием включения были перенесенный острый коронарный синдром без подъема сегмента ST с переходом в стабильную стенокардию (нестабильная стенокардия со стабилизацией во I-II функциональный класс – ФК и острый инфаркт миокарда без зубца Q) с фракцией выброса более 50%, хроническая сердечная недостаточность I-IIA стадии, I-III ФК, Артериальная гипертензия 1-2-й степени, возраст старше 18 лет. Всем пациентам в клинических условиях проводились клинико-лабораторные, биохимические, инструментальное исследования (ЭКГ, ЭХО-КГ). Все пациенты подписали информативное согласие. Обследованные пациенты были рандомизированны на 2 группы (А и Б). Группа А – 36 пациентов получали оригинальный препарат бисопролол, группа С – 35 пациентов получали генерический препарат бисопролола. Длительность наблюдения - 6 недель. Изучали динамику частоты сердечных сокращений (ЧСС), оценивали адекватность терапии при помощи нагрузочного тредмил-теста.

Результаты. На фоне проводимой терапии оба препарата проявили достоверный пульс-урежающий эффект, а также отмечено увеличение объема выполненной работы продолжительности нагрузки и уменьшение времени восстановительного периода. Средняя доза бисопролола в группе А была меньше, чем в группе С (6,63±3,0 и 9,05±1,82 мг соответственно; $p<0,5$). В группе А монотерапию β-адреноблокаторами получали 35 (89,74%) человек, а в группе Б – 23 (76,6%). А в дополнительной терапия потребовалась 4 (10,2%) пациентам группы А и 7 (23,4%) пациентам группы С.

Выводы. По результатам исследования оригинальный бисопролол достоверно урядило ЧСС и увеличили адаптацию пациентов к физической нагрузке.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГусеиновоЗ.К., Тауешева З.Б., Лес А.Н., Шакирова Ш.Д, Беглиев С.Т, Алламуратова Ш.К.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования. Выбор рациональной терапии у пациентов старческого возраста с хроническим запором.

Материал и методы. В данное исследование были включены 107 больных с хроническими запорами в анамнезе (более 7-10 лет). Возраст больных составил от 60 до 81 лет. Из них 51 мужчин (47,7%), 56 женщин (52,3%). Эндоскопическое исследование толстой кишки проводилось планово, в рамках ежегодного диспансерного и динамического наблюдения, а так же с появлениями симптомов тревоги (наличие примеси крови в кале, железодефицитная анемия, повышение СОЭ, пальпируемое абдоминальное образование). Все пациенты исследование перенесли хорошо, осложнений при проведении процедуры не зарегистрировано. В анамнезе по данным опроса слабительные средства принимали 89 пациентов (83,2%), из них 52,6% по требованию, 28% - постоянно, а 7% использовали очистительные клизмы.

Результаты исследования. В ходе исследование было установлено, что у больных из сопутствующей патологии чаще встречались заболевания органов пищеварения (58%) и эндокринной системы (25%). При эндоскопическом исследовании наиболее распространенными были дивертикулез и полипоз толстой кишки. При рациональном подходе к выбору слабительных средств для лечения запоров у пациентов старческого возраста препаратом выбора стал Дюфалак. Дюфалак принимали в начальной дозе 150 мл 1 раз в сутки во время завтрака 107 больных старческого возраста с заболеваниями толстой кишки (дивертикулез кишки - у 65 больных, долихосигма - у 27, хронический колит неуточненной этиологии – у 13, отсутствие органических изменений – у 2 пациентов). Положительный клинический эффект отмечался у всех пациентов на 4-6 день применения препарата и сохранялся на протяжении применения. Благодаря приему Дюфалака нормализация стула наблюдалась у 87 (81,3%)больных к 6-му дню терапии, а в конце исследования у всех пациентов нормализовался стул. Во время терапии наблюдались единичные побочные явления. После двухнедельной терапии, все пациенты отметили положительный эффект Дюфалака. 89 пациентам, ранее применявшим прочие слабительные средства, было предложено сравнить их эффективность с приемом Дюфалака. 72 пациента отметили, что Дюфалак эффективнее.

Выводы. Данные исследования показали, что Дюфалак является эффективным препаратом при лечении хронического запора у людей старческого возраста, а также имеет высокий профиль безопасности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КЛОПИДОГРЕЛЬ (ПЛАВИКС) И ЭГИТРОМБА

Гусеинова З.К., Тауешева З.Б., Лес А.Н., Шакирова Ш.Д, Мурфазиева М.Р., Дуйсенова Б.Ж.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценка эффективности и безопасности оргинального (Плавикс) и воспроизведенного (Эгитромб) препаратов клопидогрела у пациентов высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы. Исследование выполнено перекрестным слепым рандомизированным методом у больных ишемической болезнью сердца с показаниями к назначению клопидогрела. В исследование включено 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте 58,4±16,4 лет. Половине пациентов последовательно назначали оригинальный препарат клопидогрель (75 мг/сут) с заменой его на дженерик через 4 нед; оставшиеся больные получали препараты сравнения в обратном порядке. Дезагрегантную эффективность препаратов Плавикса и Эгитромба оценивали по влиянию на АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов исходно и через 4 недели лечения каждым из препаратов.

Результаты. В результате приема обоих препаратов в течение 4 недель наблюдалось значительное снижение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, которое поддерживалось при замене оригинального клопидогрела на дженерик и наоборот. Вариация агрегации была одинакова независимо от стартового препарата. Статистически значимые различия показателей агрегации в ходе лечения оригинальным и воспроизведенным лекарственным средством не выявлены. Не выявлены также нежелательные явления, ассоциированные с приемом изученных препаратов.

Выводы: Дезагрегантное действие дженерического препарата Эгитромб (Egis, Венгрия) и оригинального клопидогрела Плавикс (Sanofi-Aventis, Франция) идентично.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НОРВЕЛА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Гусеинова З.К., Тауешева З.Б., Мандыбаева М.К., Ескараев Д.М., Айтбеков Ж.Е., Мерейхан Ж., Тургунбаев Р.У.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценит эффективность препарата Норвела при лечении больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования. В клинических условиях были обследованы 100 больных. Все обследованные больные были распределенны на две группы: I группе - 50 больных лиц мужского пола с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и во II группе - 50 пациентов лиц женского пола в возрасте от 18 до 50 лет. Все обследованные больные были сопоставимы по возрасту. Длительность язвенного анамнеза составило от 1 до 10 лет. При детальном опросе у больных обеих групп (I и II группы) в анамнезе выявлены такие факторы риска, как систематические нарушения диеты и режима питания (65% больных), длительные психоэмоциональные нагрузки (72%) и неблагоприятная по язвенной болезни наследственность (30%). У всех обследованных пациентов основными клиническими проявлениями были болевой и диспепсические синдромы, которые были выявлены при детальном обследовании у 100% пациентов. В I группе больных помимо комплексной эрадикационной терапий назначена препарат норвела по 1т* 3 раза в день, а во II группе больные получали тройной

антиэрадикационной терапию в течение в течение 14 дней. Биоптаты желудка и двенадцатиперстной кишки, взятые при эндоскопическом исследовании. Контаминацию слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori (Hp) определяли в биоптатах желудка цитологическим методом обследовании.

Результаты исследования. На фоне проводимого лечения в I-группе больных болевой синдром купирован на 3- сутки, проявления диспепсического синдрома полностью купирован на 5-сутки от начало амбулаторного лечения. Во II-группе больных болевой синдром купирован на 5-сутки и диспепсический синдром полностью купирован на 7-сутки. Микроскопическая картина язв желудка и двенадцатиперстной кишки в обеих исследованных группах имели все морфологическое картины, разнообразие процессов воспаления свойственное длительно развивающемуся волнообразному патологическому процессу со сменами фаз обострения и ремиссии. Зоны экссудации и деструкции, фибриноидного некроза, молодой и зрелой грануляционной и рубцовой ткани, перемежающиеся участками отторжения некротических масс с подрастающим под него эпителием на дне язвенных дефектов, секвестрацией лейкоцитами и мононуклеарными клетками зон некроза, разной степени выраженности лимфоплазмоцитарной клеточной инфильтрации и фибросклероза на фоне участков совершенного ангиогенеза, формирующегося рубца на границе с разрушенными мышечными элементами стенки желудка и двенадцатиперстной кишки представляют картины пролонгированного хронического воспаления, роста грануляционной ткани и формирования рубца.

Заключение. Таким образом, препарат Норвела в сочетании с комплексной антиэрадикационной терапий обеспечивает усиление регенеративных процессов в поврежденных клетках слизистой оболочки, стимулирует синтез белка, улучшают местное кровоснабжение и обладает высокой степенью эрадикации H.pylori, способствуя заживлению язв, уменьшению количеств рецидивов, что повышает комплаентность пациентов к лечению.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ДЕЗУРСАЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКАГОЛЬНОЙ СТЕАТОГЕПАТИТОМИ ПЕЧЕНИ

Гусеинова З.К., Тауешева З.Б., Мандыбаева М.К., Ескараев Д.М., Айтбеков Ж.Е., Мерейхан Ж., Тургунбаев Р.У.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Караганда, Казахстан

Цель. Изучить эффективность препарата Дезурсалин в лечении больных с неалкагольным стеатогепатитом печени.

Материалы и методы. В клиническое исследование было включено 60 больных в возрасте от 30 до 60 лет с неалкагольным стеатогепатитом печени. Эффективность лечения контролировалась общеклиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования. Все обследованные больные были разделены на 2 группы по 30 человек: в 1 –группе больные получали комплексную терапию в сочетании с гепопротектором Дезурсалин 450 мг по 1 капсуле 1 раза в день на ночь, а во 2 группе больные помимо основной терапии получали с гепатопротективной целью препарат Хафитол по 1 капсуле 3 раза в день в течении месяца.

Результаты. В ходе проведенного лечения в 1- группе больных наблюдалось улучшение клинико-лабораторных показателей на 10 дней амбулаторного лечения, а через 2 месяца наблюдалось значительное уменьшение проявления стеатоза печени, явления холестаза и польное регресирование стеатоза печени наблюдался на 3 месяце амбулаторного лечения. Тогда, как во 2 группе купирование болевого синдрома наблюдалось на 14 сутки и уменьшение холестаза наблюдался на 21 день лечение, однако проявления стеатоза печени сохронялся в течение 3 месяца. Клиническое проявления желтушного синдрома,

которые отмечались у 23% пациентов 1 группы и 22,5% пациентов во 2 группе, нивелировались на 8 сутки в 1 группе и на 14 сутки во 2 группы. Улучшение биохимических показателей (АЛТ, АСТ, билирубина, гаммаглютамилтранспептидазы, холинэстеразы, щелочной фосфатазы), коагулограммы (ПТИ, фибриноген) наблюдалось на 14 сутки амбулаторного лечения в 1 группе и во 2 группе на 18 сутки от начала лечения заболевания.

Заключение. Таким, образом полученные данные свидетельствует о высокой терапевтической эффективности препарата Дезурсалин в комплексном лечении больных с неалкогольным стеатогепатитом печени и позволяют регрессирование сладж синдрома и жирового перерождения печени, что доказывает гепатопротективный эффект препарата, обусловленный усилением интенсивности течения репаративных процессов в клетках печени, восстанавливая их с большой скоростью, а так же обладают гиполипидемическим свойством, оказывают нормализующее действие на метаболизм белков, тормозит стеатоз и фиброз в тканях печени.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА I И II ТИПА

Даулеш А.Ж., Змиевская Г.И., Кенжебулатова С.Е., Сологубова Е.В.,
Табынбаева Д.К., Хасенова Д.Т., Вистерничан О.А.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить корреляционную взаимосвязь между длительностью заболевания, тяжестью течения диабета и выраженностью диабетических осложнений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезней пациентов с сахарным диабетом. Все больные были разделены на 2 группы: I группа - 17 (44,7%) больных с сахарным диабетом I типа (СД I), II группа - 21 (55,3%) больной с диабетом II типа (СД II). Средний возраст больных I и II групп составил 37±5 и 65±7 лет соответственно. В зависимости от стажа заболевания пациенты обеих групп были разделены на две подгруппы от 0 до 10 лет и от 10 до 20 лет соответственно. Корреляционная взаимосвязь оценивалась при помощи коэффициента Спирмана (Spearman R).

Результаты. При оценке степени тяжести диабета как в I, так и во II группе, независимо от стажа заболевания, не было выявлено пациентов с легким течением диабета, но наметилась четкая тенденция к прогрессированию заболевания и его осложнений с увеличением длительности диабета. Отмечено, что в группе больных с СД I со стажем заболевания до 10 лет, средняя степень тяжести отмечается в 37,5%, а тяжелая в 62,5% случаев; при стаже заболевания свыше 10 лет в 100% случаев установлена тяжелая степень заболевания. Подобная тенденция у больных с СД II не была выявлена. При оценке динамики осложнений у больных с СД I со стажем заболевания до 10 лет была выявлена ангиопатия сосудов нижних конечностей у 25% больных, ретинопатия и нефропатия у 62,5% исследуемых. А с увеличением стажа заболевания более 10 лет - ретинопатия отмечалась у 100% пациентов этой группы, ангиопатия сосудов нижних конечностей и нефропатия в 88,9% случаев, нейропатия у 33,3% больных этой группы. У пациентов с СД II, независимо от стажа заболевания, превалировали такие осложнения диабета, как ангиопатия сосудов нижних конечностей, нефропатия и нейропатия, наблюдавшиеся практически у 88,8% больных. При оценке корреляционной взаимосвязи была выявлена прямая сильная связь между степенью тяжести СД I (Spearman R 0,8, p-0,0003), прогрессированием ангиопатии нижних конечностей (Spearman R 0,7, p-0,001), прогрессированием нефропатии (Spearman R 0,7, p-0,004), и стажем заболевания. При оценке корреляционной взаимосвязи в группе больных с СД II была выявлена прямая

слабая связь только между прогрессированием нефропатии (Spearman R 0,6, p-0,04) и стажем заболевания.

Заключение. Сахарный диабет I типа характеризуется прогрессивным течением, и с увеличением стажа заболевания, наблюдается нарастание клинических проявлений поздних осложнений. В случае с диабетом II типа, отсутствие тенденции к прогрессированию осложнений с увеличением стажа заболевания, возможно обусловлено поздней выявляемостью данной патологии на стадии тяжелого течения диабета с уже имеющимися поздними осложнениями.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА – ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Дедов Д.В.[1,3], Мазаев В.П.[2], Эльгардт И.А.[3], Рязанова С.В.[2], Маслов А.Н.[1], Ковальчук А.Н.[1,4], Богданова Н.В.[4], Леонтьев В.А.[3]

[1]ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Тверь, Россия; [2]ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Минздрава РФ, Москва, Россия; [3]ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия; [4]Филиал №7 ФГКУ «1586 военный клинический госпиталь» МО РФ, Тверь, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь ожирения и артериальной гипертензии (АГ) как основных факторов риска (ФР) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) – жителей Тверской области.

Материал и методы. В исследование вошли 140 больных стабильной ИБС и АГ – жителей г. Тверь и Тверской области, проходивших обследование на базе Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава РФ (Москва), Тверского областного клинического кардиологического диспансера и военного госпиталя (Тверь). Из них методом подбора пар было сформировано 2 группы сравнения. В 1-ю вошли 30 пациентов с нормальным весом (средний возраст 65,3±6,8 года), во 2-ю – 30 обследованных с ожирением (средний возраст 66,7±7,1 года). Было проведено: изучение жалоб и анамнеза; электрокардиография (ЭКГ); эхокардиография (ЭхоКГ) с допплерокардиографией; холтеровское мониторирование ЭКГ; велоэргометрия; измерение массы тела в килограммах (кг) и роста в метрах (м). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле Кетле: ИМТ=масса тела(кг)/рост($м^2$). Выделены больные с: нормальной МТ (ИМТ 18,5–24,9г/$м^2$) и ожирением I степени (ИМТ 30,0–34,9кг/$м^2$). Уровень систолического артериального давления (САД) = 120–129мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) = 80–84мм рт. ст. считали нормальным. При САД=140–159; 160–179 и ДАД= 90–99; 100–109 мм рт. ст. диагностировали АГ I и II степени соответственно. При ЭхоКГ определялись наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). ЭхоКГ признаками ГЛЖ считалось увеличение индекса массы миокарда (иММ) ЛЖ у мужчин и женщин >115 и 95 г/$м^2$ площади поверхности тела соответственно. Пациентам в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (Москва) были выполнены коронароангиография, баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Анализ данных проведен с помощью методов параметрической и непараметрической статистики. Применили: критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса, а также R – критерий корреляции Спирмена.

Результаты. Получено, что у больных 2-й группы САД и иММЛЖ оказались выше, чем 1-й группы (на 7,9%; p=0,038 и 11,5%; p=0,041 соответственно). Кроме того, у указанных пациентов найдены положительные корреляции между весом тела больных и САД, а

также ИМТ и иММЛЖ (критерий R-Спирмена – 0,31 и 0,35 соответственно; оба $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных ИБС и АГ I, II степени с сопутствующим ожирением значения САД и иММЛЖ превышали аналогичные показатели у лиц с нормальным весом. У указанных пациентов отмечена положительная корреляция между ожирением и АГ как основных ФР ИБС.

ХСН У БОЛЬНЫХ С НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ/АРА

Демкина А.Е.[1], Крылова Н.С[1,2], Потешкина Н.Г[1,2], Ковалевская Е.А.[1,2], Хашиева Ф.М.[1]
[1]ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова»; [2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52»;

Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II (АРА) являются препаратами первого ряда (IA/IB класс рекомендаций соответственно) в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН). Вопрос о возможности их назначения при ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ у больных необструктивной гипертрофической кардиомиопатией (НГКМП) остается дискутабельным (IIaC класс рекомендаций).

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность иАПФ/АРА в лечении ХСН у пациентов с НГКМП.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов НГКМП (13 мужчин (33%), 58,0±15,5 лет), получавших терапию бисопрололом . Больные рандомизированы на 2 группы: I группа - 20 человек (6 мужчин, 62,1±10,3 лет), которым к лечению бисопрололом в дозе 5,6±1,5 мг был добавлен периндоприл (n=14) в дозе 3,7±1,4 мг, а при появлении кашля – лозартан (n=7) в дозе 40,0±13,7 мг. II группа - 20 человек (7 мужчин, средний возраст 52,0±20,0 лет), которые продолжили прием бисопролола в средней дозе 5,0±2,0 мг. Обследование включало оценку выраженности ХСН по NYHA и ШОКС, ЭхоКГ с тканевым допплеровским исследованием (ТДИ), определение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP).

Результаты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клинико-инструментальным параметрам ($p>0,05$). Через 6 месяцев терапии у больных I группы наблюдалось достоверное снижение суммы баллов по ШОКС ($p=0,03$), уровня BNP (с 322±18,3 до 154±10,1 пг/мл, $p=0,01$), снижение индекса массы миокарда ЛЖ (с 145,1±15,3 см до 125,1±9,3 см; $p=0,04$), толщины межжелудочковой перегородки (с 2,0±0,1 см до 1,8±0,4 см; $p=0,001$), задней стенки ЛЖ ($p=0,0001$), правого желудочка (ПЖ) ($p=0,009$), индекса Tei ПЖ ($p=0,03$) и ЛЖ ($p=0,007$), IVRT трансмитрального потока ($p=0,0001$). По данным ТДИ в I группе отмечено улучшение продольной систолической (повышение s) и диастолической функции миокарда (снижение ivrt) на фиброзном кольце митрального и трикуспидального клапанов разной степени выраженности ($p<0,05$). У пациентов II группы через 6 месяцев не выявлено достоверных изменений клинико-инструментальных параметров. Нежелательных явлений на фоне терапии иАПФ/АРА у больных ГКМП не зарегистрировано.

Выводы. Добавление иАПФ/АРА к терапии бета-адреноблокаторами в течение 6 месяцев у пациентов с НГКМП безопасно, сопровождается уменьшением клинических признаков ХСН, приводит к улучшению диастолической и систолической функции ЛЖ и ПЖ, снижению степени гипертрофии миокарда, а также сопровождается уменьшением уровня BNP.

ИНТРАМУРАЛЬНЫЙ ХОД КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ

Дечко С.В., Кабак С.Л., Статкевич Т.В., Митьковская Н.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель работы. Изучить структурно-функциональное состояние коронарных артерий у пациентов с выявленным при чрескожном коронарном вмешательстве интрамуральным ходом коронарной артерии.
Материалы и методы исследования. Базой данного ретроспективного исследования послужила УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска. Время охвата: 01.01.2011 г. – 31.07.2016 г. (5,5 лет). Объект исследования – данные протоколов чрескожных вмешательств ангиографического кабинета.
Полученная при анализе протоколов ангиографий информация была структурирована. Выделены основные критерии оценки: возраст и пол пациента, локализация интрамурально идущего участка, уровень компрессии сосуда в систолу и состояние просвета других исследованных сосудов. Данные подверглись первичной статистической обработке.
Результаты. В указанный период в ангиографическом кабинете УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска было выявлено 105 случаев интрамурального залегания коронарной артерии, из них 73 – у мужчин и 32 – у женщин. Возраст пациентов варьировал от 32 до 86 лет. Миокардиальные тяжи сжимали артерию в систолу от незначительного стеноза (20% и менее) до 90% просвета сосуда. В 96 случаях (91,4%) туннелированный сегмент находился в передней межжелудочковой ветви, что сопоставимо с данными мировой литературы. У 26 пациентов (24,7%) отсутствовали признаки гемодинамически значимого атеросклеротического поражения коронарного русла.
Заключение. Интрамуральный ход коронарных артерий – это врожденное, в целом доброкачественное состояние, которое является обычной ангиографической находкой и чаще обнаруживается у мужчин в передней межжелудочковой артерии. В четверти случаев, наличие интрамурального хода не сопровождается гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением коронарного русла.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПЫЛЕВЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШАХТЕРОВ - УГОЛЬЩИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

Джангозина Д.М., Курбанова Л.Н., Абушахманова А.Х.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан.

Цель. Оценка эффективности комплексной терапии профессиональных пылевых заболеваний бронхолегочной системы рабочих угольных шахт в профилактике хронического легочного сердца.
Материал и методы. В условиях клиники профпатологии Национального Центра гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК проводилось обследование и лечение шахтеров-угольщиков в возрасте 30 - 50 лет со стажем подземной работы в условиях повышенной запыленности рабочих мест свыше 10 лет. Среди обследованных лиц больных неосложненной формой антракосиликоза 1-й стадии было 51 человек, больных антракосиликозом осложненным простым бронхитом – 57, больных неосложненной формой хронического пылевого бронхита – 62, больных хроническим пылевым бронхитом с бронхоспастическим компонентом (предастмой) – 50, больных хроническим пылевым бронхитом, осложненным бронхиальной астмой – 20. Клинические симптомы развития хронического легочного сердца на фоне пневмокониозов наблюдались

преимущественно у больных хроническим пылевым бронхитом, осложненным бронхоспазмом. Данные инструментальных методов подтверждали развитие правожелудочковой недостаточности: на ЭКГ определялся «легочный» зубец *P* и синдром *S-Qm;* на рентгенограмме – увеличение размеров правого желудочка сердца на фоне характерной картины пневмокониозов. Ежегодно больным проводилось профилактическое лечение, включавшее эндобронхиальную санацию, гипербарическую оксигенотерапию, бронходилатирующие и муколитические препараты, кардиопротекторы, периферические вазодилататоры, при необходимости назначались антиаггреганты и антикоагулянты.

Полученные результаты. Наилучшую эффективность показали селективные бета$_2$-адреномиметики (сальбутамол и беротек), которые не только расширяют сосудистое русло легких, но и повышают сократительную способность миокарда правого желудочка. Назначение милдроната (внутрь по 0,25 г 2 раза в день) в сочетании с оротатом калия либо панангином (аспаркамом) улучшало метаболические процессы в миокарде. В результате регулярного проведения профилактического лечения отмечались положительные изменения динамики заболевания как со стороны клинической картины, так и данных инструментальных исследований(рентгенограмма, ЭКГ). К концу курса комплексной терапии у большинства больных улучшались показатели функции внешнего дыхания по сравнению с первоначальными параметрами: увеличивался общий объем жизненной емкости легких, возрастал индекс максимальной вентиляции легких, повышалась оксигенация тканей. Больные субъективно отмечали улучшение состояния: значительно уменьшались одышка и кашель, тахикардия, диффузный цианоз.

Заключение. Регулярное проведение комплексного лечения больных пневмокониозами повышает качество жизни рабочих: увеличивает продолжительность ремиссии и замедляет темпы развития хронического легочного сердца.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ

Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Нальгиева М.А., Бузуртанова М.Б.
ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет»,
кафедра госпитальной терапии, Назрань, Россия.

Актуальность. Сердечно-сосудистая патология при хронических бронхообструктивных заболеваниях встречается в 35% случаев. Артериальная гипертензия (АГ) выявляется у больных с бронхолегочной патологией с различной частотой (от 6,8% до 76,3%), составляя в среднем 34,3%.

Цель исследования. Оценить распространенность хронических бронхо-легочных заболеваний у больных с АГ в республике Ингушетия.

Материал и методы. Общее количество пациентов -201, из них женщин - 61,2% (123), мужчин – 38,8% (78), в возрасте от 35 до 80 лет. Все пациенты прошли клинико-инструментальные исследования на предмет выявления бронхо-легочных заболеваний.

Результаты. В зависимости от наличия сопутствующей бронхолегочной патологии все больные были разделены на следующие группы. Первая группа состояла из 123 больных с изолированной АГ 1-2 степени. Среди которых было 21 (15,4%) мужчин и 102 (82,9%) женщины. Во вторую группу вошли 53 пациента с АГ и хроническим бронхитом - 41 (77.3%) мужчин и 12 (22.6%) женщин. Третью группу составили 14 человек с АГ и хронической обструктивной болезнью легких-12 мужчин (85,7%) и 2 женщины (14,2%), в четвертую АГ и бронхиальная астма вошло 7 человек- 3 мужчин (42,8%) и 4 женщины(57,1%), в последнюю группу с АГ и пневмонией вошло 4 человека- 2 мужчин (50%), 2 женщины (50%).

Выводы. Таким образом, в реальной практике имеет место недооценка врачами тяжести сочетанной патологии, недостаточный объем обследования больных, что приводит к запоздалой диагностике нарушенных функций дыхательной и сердечнососудистой систем и неадекватной, несвоевременной их коррекции.

РАБОТА ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В КЛИНИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Дильмагамбетова Г.С., Туребаев М.Н.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Амбулаторно—поликлиническая помощь населению является наиболее доступным и массовым видом медицинского обслуживания. В большинстве случаев от внебольничной помощи, качества работы врачей зависят своевременное диагностирование, проведение лечебно-профилактических мероприятий в отношении пациентов. Большую роль в этом способствует проведение школ здоровья среди прикрепленного населения к поликлинике. В клинике семейной медицины при Западно-Казахстанском государственном медицинском университете имени Марата Оспанова в течение 5 лет существует школа здоровья, работа которой направлена на профилактику наиболее распространенных заболеваний.

Цель исследования: оценка эффективности работы школы здоровья в клинике семейной медицины.

Материалы и методы. Полный цикл обучения в школе здоровья включал 7 занятий. Посещение занятий было добровольное. В начале и конце обучения пациенты проходили тестирование, заполняли анкеты. В исследовании приняло участие 26 больных (15 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 29 до 68 лет (средний возраст - 56 лет), состоящих на диспансерном учете по различным заболеваниям. Группы были сформированы случайной выборкой. Количество обучаемых в группе в среднем было 4-5 человек.

Результаты. Занятия проводились в виде презентации по теме, отработкой практических навыков, бесед с больными. Продолжительность занятия составляла 60 минут. Темы занятий были «Физическая активность - основа здорового образа жизни», «Принципы рационального питания», «Профилактика стрессов и привитие навыков по стрессоустойчивости», «Профилактика табакокурения», «Профилактика чрезмерного употребления алкоголя» и «Соблюдение личной гигиены». Малое количество обучающихся способствовало хорошему сотрудничеству между врачом и пациентом. За время обучения в школе пациенты закрепили практические навыки рационально распределять и грамотно применять физическую активность, правильно питаться, научились техникам релаксации и медитации, закрепили знания по соблюдению принципов гигиены. Тестирование и анализ анкет перед началом обучения показал пробелы в знаниях пациентов. При конечном тестировании результаты повысились с 26% исходного уровня до 88% конечного. Особый интерес вызвало занятие по рациональному питанию. До начала занятия только 11% пациентов были знакомы с принципами сбалансированного питания. В конце занятия 92% обучающихся смогли правильно ответить на поставленные вопросы. В конце обучения большинство пациентов высказало мнение, что соблюдение здорового образа жизни является важным направлением в профилактике заболеваний.

Выводы. Ведущей фигурой в системе первичной медико-санитарной помощи является врач, в особенности ценится его профилактическая работа с прикрепленным населением. Функционирование школы здоровья в поликлиниках повышают ответственность населения в отношения своего здоровья. Обучение в школах здоровья должно быть важным компонентом на амбулаторном этапе медицинской помощи пациентам.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Дорохова О.В., Фирсакова В.Ю.,Удалов Ю.Д.
ФГБУ ГНЦ «Федеральный медико-биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА, Москва, Россия

Цель. Выявить отдельные предикторы неблагоприятных коронарных событий у больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСбпST) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Материалы и методы: в исследование было включено 71 человек с ОКСбпST в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД)

При исследовании факторов риска и клинических симптомов, которые могли бы указывать на возможный неблагоприятных исход, учитывали следующие условные группы параметров: факторы риска атеросклероза, данные, указывающие на распространенный атеросклероз, клинические показатели, показатели инструментального обследования, показатели лабораторного обследования.

Диагноз ОКСбпST основывался на результатах комплексного обследования, включавшего оценку клинических проявлений заболевания, а также лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Все пациенты получали стандартную консервативную терапию острого коронарного синдрома согласно Национальным рекомендациям. Хирургическая реваскуляризация (баллонная ангиопластика и стентирование, коронарное шунтирование) была выполнена у 85,7% больных.

Ближайшие результаты лечения оценивались в период госпитализации, отдаленные – в течение 12 месяцев после выписки больного из стационара по развитию таких событий как: рецидив нефатального инфаркта миокарда в период госпитализации, летальный исход в период госпитализации, летальный исход в течение года от сердечно-сосудистых заболеваний, повторное поступление в стационар в течение года по поводу обострения ИБС (острого коронарного синдрома), развитие в течение года инфаркта миокарда с Q зубцом и без Qзубца.

Результаты. В группе больных с сахарным диабетом оказалось всего 71 человек. Пациентов с неблагоприятным исходом выявлено 47 человек (66,2%). Пациентов, у которых через 1 год наблюдения неблагоприятных коронарных событий не произошло, было 24 человека (33,8%).

Прогностически значимыми факторами риска наступления неблагоприятных коронарных событий у этой группы пациентов явились: депрессия сегмента ST не менее, чем 0,5 мм, отягощенная по заболеваниям сердечно-сосудистой системы наследственность, повышение уровня сердечного тропонина, повышение других маркеров повреждения миокарда (КФК-МБ), инфаркт миокарда в анамнезе, повышение уровня фибриногена.

Заключение: при стратификации риска у больных с ОКСбпST необходим дифференцированный подход в зависимости от сопутствующего заболевания. При наличии у пациента с коморбидным состоянием предикторов неблагоприятного прогноза тактика должна быть направлена на скорейшую реваскуляризацию.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО КОРОНАРОСКЛЕРОЗА

Дорохова О.В., Фирсакова В.Ю.,Удалов Ю.Д.
ФГБУ ГНЦ «Федеральный медико-биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА, Москва, Россия

Цель. Выявить отдельные предикторы неблагоприятных коронарных событий у больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСбпST) на фоне мультифокального коронаросклероза (МКС)

Материалы и методы: в исследование было включено 76 человек с ОКСбпST на фоне мультифокального коронаросклероза (МКС)

При исследовании факторов риска и клинических симптомов, которые могли бы указывать на возможный неблагоприятных исход, учитывали следующие условные группы параметров: факторы риска атеросклероза, данные, указывающие на распространенный атеросклероз, клинические показатели, показатели инструментального обследования, показатели лабораторного обследования.

Диагноз ОКСбпST основывался на результатах комплексного обследования, включавшего оценку клинических проявлений заболевания, а также лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Все пациенты получали стандартную консервативную терапию острого коронарного синдрома согласно Национальным рекомендациям. Хирургическая реваскуляризация (баллонная ангиопластика и стентирование, коронарное шунтирование) была выполнена у 85,7% больных.

Ближайшие результаты лечения оценивались в период госпитализации, отдаленные – в течение 12 месяцев после выписки больного из стационара по развитию таких событий как: рецидив нефатального инфаркта миокарда в период госпитализации, летальный исход в период госпитализации, летальный исход в течение года от сердечно-сосудистых заболеваний, повторное поступление в стационар в течение года по поводу обострения ИБС (острого коронарного синдрома), развитие в течение года инфаркта миокарда с Q зубцом и без Qзубца.

Результаты. В группе больных с мультифокальным поражением коронарных артерий оказалось всего 76 человек. Пациентов с неблагоприятным исходом выявлено 51 человек (67,1%). Пациентов, у которых через 1 год наблюдения неблагоприятных коронарных событий не произошло, было 25 человек (32,9%).

Предикторами неблагоприятного прогноза у пациентов данной группы явились: мужской пол, отягощенная по заболеваниям сердечно-сосудистой системы наследственность, депрессия сегмента ST не менее чем на 0,5 мм, курение, хроническая анемия, повышение уровня общего холестерина, фибрилляция и/или трепетание предсердий, пробежки неустойчивой и устойчивой желудочковой тахикардии

Заключение: при выявлении вышеуказанных предикторов, риск развития неблагоприятных исходом высок. Тактика ведения, соответственно, должна быть направлена на скорейшую реваскуляризацию миокарда.

ИЗМЕНЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛОМЕРОВ У ЖЕНЩИН С И БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ТРОЙНЫМ НЕГАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Дорощук Н.А., Кириллова М.Ю., Дорощук А.Д., Стенина М.Б., Ощепкова Е.В., Постнов А.Ю., Чазова И.Е.
Научно-исследовательский институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Оценить изменение длины теломеров в лейкоцитах крови у женщин с раком молочной железы в сочетании с артериальной гипертонией и без нее на фоне противоопухолевой терапии.
Материалы и методы. В исследовании приняло участие 70 женщин (ср.возраст 48,8±10,1 лет) с тройным негативным раком молочной железы (РМЖ). Всем больным было проведено обследование, включающее в себя общий осмотр с определением факторов риска развития ССО, биохимический и общий анализы крови, ЭКГ, ЭХО КГ, СМАД и СКАД. Забор крови для измерения длины теломеров в лейкоцитах крови производился у каждой пациентки до начала лечения химиотерапии (х/т) (N=70) и после окончания х/т (N=52). Проводились 8 курсов х/т доксорубицином, цисплатином и паклитакселом. Длину теломеров в лейкоцитах крови измеряли методом количественной RT-PCR. Длина теломеров в каждом образце промерялась трижды. В качестве группы сравнения использовали длину теломеров практически здоровых женщин (142 человека) различных возрастных групп.
Результаты. при обследовании до начала лечения артериальная гипертония (АГ) была выявлена у 19 женщин (27,9%). Пациентки были разделены на 2 группы: группа 1 с анамнезом АГ и группа 2 без анамнеза АГ. У всех женщин с РМЖ до начала лечения длина теломеров была снижена на 22,4±3,6% ($p<0,001$) по сравнению со здоровыми женщинами соответствующего возраста. Длина теломеров у женщин с РМЖ до начала лечения не зависела от анамнеза АГ. За время проведения 8 курсов х/т длина теломеров снизилась еще на 6,6%±2,7 ($p<0,001$). Снижение было не одинаково в обеих группах: в группе 1 больных с АГ произошло снижение длины теломеров на 12,4% ($p<0,001$), а в группе 2 - отмечалось снижение на 5,6% ($P<0,05$).
Заключение. Таким образом, исходно длина теломеров у женщин с тройным негативным РМЖ снижена по сравнению со здоровыми женщинами соответствующего возраста. Уменьшение длины теломеров на фоне антрациклинсодержащей х/т может свидетельствовать о возрастании риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Выявлено, что у женщин с АГ на фоне антрациклинсодержащей х/т уменьшение длины теломеров происходит быстрее по сравнению с группой без анамнеза АГ.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Дробышева Е.С., Будневский А.В., Овсянников Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А., Жусина Ю.Г., Лабжания Н.Б.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Проанализировать клиническую эффективность использования тилорона и арбидола в качестве средств профилактики ОРВИ у больных бронхиальной астмой (БА).
Материалы и методы. В исследование были включены 101 пациент в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозом БА, частично контролируемая с частыми ОРВИ в анамнезе, из них 36 мужчин и 65 женщин. Критерием частых ОРВИ было наличие 3 и более случаев ОРВИ в год, подтвержденных записями в медицинской документации и отсутствие контроля заболевания. На первом этапе пациентов разделили на три группы, первая включала 32 человека, которым со стандартной медикаментозной терапией БА был назначен арбидол по схеме: 200 мг за 20-30 минут до еды 2 раза неделю в течение 3 недель (количество курсов – 2 раза в год); вторая группа – 36 человек, наряду со стандартной медикаментозной терапией получали тилорон по схеме: 125 мг после еды 1 раз в неделю в течение 6 недель (количество курсов – 2 раза в год); третья группа – 33 человека, получали стандартную медикаментозную терапию БА и отказались от курсового приема как арбидола, так и тилорона. Всем пациентам было проведено комплексное обследование как на этапе включения в исследование, так и через 12 месяцев. Оценку контроля БА

осуществляли по данным теста по контролю над астмой (АСТ™). Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось согласно общепринятой методике с применением спироанализатора «Диамант» с регистрацией основных параметров. Статистическая обработка полученных результатов была выполнена на персональном компьютере с использованием стандартных статистических методов и пакета программ Statgraphics Plus 5.1.

Результаты. В результате курсового применения арбидола и тилорона у больных БА через 12 месяцев выявлена достоверная положительная динамика исследуемых показателей, так по результатам АСТ™ уровень контроля заболевания в первой группе достоверно вырос с 13,38±0,36 до 21,31±0,83 баллов (F=76,93; p=0,0000), во 2-ой группе – с 14,00±0,38 до 22,25±0,69 баллов (F=110,12; p=0,0000). В 3-й группе, контрольной, динамика статистически значимой не была. На фоне курсового приема арбидола в 1-ой группе частота ОРВИ достоверно снизилась с 3,65±0,16 до 2,21±0,13 раз в год, т.е. в 1,6 раз, во 2-ой группе, на фоне курсового приема тилорона – с 3,50±0,14 до 1,47±0,08 раз в год, т.е. в 2,4 раза, в 3-й группе статистически значимых изменений частоты ОРВИ выявлено не было. Через 12 месяцев анализ ФВД у больных БА 1-ой и 2-ой группы выявил достоверную положительную динамику всех ее показателей с нормализацией у 27 и 31 пациентов (84,4 и 86,1%) соответственно. Динамика показателей ФВД в 3-й группе статистически значимых изменений не имела.

Выводы. Использование в качестве средства профилактики ОРВИ как тилорона, так и арбидола у больных неконтролируемой БА приводит к достоверному снижению частоты ОРВИ, и, как следствие, повышению уровня контроля над заболеванием.

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Дробышева Е.С., Будневский А.В., Овсянников Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А., Лабжания Н.Б., Жусина Ю.Г.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) с индекса массы тела у больных сахарным диабетом второго типа (СД).

Материалы и методы. В исследование были включены 185 больных с сахарным диабетом второго типа в сочетании с ИБС и АГ возрасте от 48 до 75 лет. Женщины составили 67,6% всех обследованных (125 человек), мужчины - 32,4% (60 человек). Стаж сахарного диабета составлял от одного года до 30 лет. Всем больным проводилось общеклиническое обследование и лечение по обычным методикам с использованием диеты, пероральных сахароснижающих препаратов разных классов, инсулинотерапии. В ходе исследования оценивались следующие показатели: возраст, рост, вес, индекс массы тела и частота встречаемости ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Из общего числа обследованных нормальную массу тела (ИМТ-18,5-24,9 кг/м^2) имели 35 человек (18,9%), избыточную массу тела (ИМТ 25-29,9 кг/м^2) - 68 человек (36,8%) и ожирение разных степеней (ИМТ->30кг/м^2 и более) - 82 человека (44,4%). У лиц с нормальным и повышенным питанием ИБС встречалась в 20,4% (21 человек), сочетание ИБС и АГ - в 43,7% случаев (45 человек), только АГ- в 35,9% случаев (37 человек). В то же время у больных с ожирением 1-ой степени ИБС отмечалась в 15,9% случаев (7 человек), ИБС и АГ - в 45,5% случаев (20 человек), только АГ - в 38,6% случаев (17 человек). Пациенты, имеющие вторую степень ожирения, страдали ИБС и АГ - в 55,2% случаев (16 человек), АГ - в 44,8% (13 человек). У лиц с ожирением 3-ей степени ИБС регистрировалась в 11,1% случаев (1 человек), ИБС и АГ - в 66,6% (6 человек), АГ - в 22,2% (2 человека).

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что у пациентов с СД, в возрасте от 48 до 75 лет, ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия как отдельные нозологические формы, а также, сочетание ИБС и АГ встречаются в 15,6%, 37% и 47% случаев соответственно. У лиц с избыточной массой тела возрастает ассоциация артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, что составляет 43,7% по данным нашего исследования. Кроме того, нами отмечена четкая связь увеличения данного сочетания с увеличением ИМТ, так сочетание ИБС и АГ при первой, второй и третьей степени ожирения увеличивается от 45,5% к 66,6%.

Заключение. Таким образом, выявлена ассоциация комбинации ИБС и АГ с ИМТ у больных с сахарным диабетом второго типа, находящаяся в определенной степени зависимости от его изменения, что указывает на более тяжелое течение сахарного диабета у больных старших возрастных групп.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Дубинина И.И., Берстнева С.В.
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Рязань, Россия

Цель. Изучение полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы - *I/D* гена *ACE* и *M235T* гена *AGT* у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В ГБУ РО ОКБ обследовано 45 больных СД 2 типа с АГ 2-3ст. Средний возраст 57,9±1,3 лет, длительность СД - 11,4±1,5 лет, ИМТ – 31,9±1,0 кг/м^2. Все пациенты получали диетотерапию, сахароснижающую терапию, гипотензивную терапию. Проведено исследование углеводного (гликемия натощак, постпрандиальная, НвА1с), липидного обмена - ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицеродов (ТГ), с вычислением индекса атерогенности (ИА). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось по стандартной методике с помощью аппарата системы «Валента». Идентификацию полиморфных маркеров *I/D* гена *ACE* и *M235T* гена *AGT* проводили методом полимеразно-цепной реакции, при генотипировании группу контроля составили 12 человек без нарушений углеводного обмена и АГ.

Результаты. При анализе показателей углеводного обмена глюкоза крови натощак составила: 8,4±0,3 ммоль/л, постпрандиальная гликемия - 9,5±0,2 ммоль/л, уровень НвА1с – 8,4±0,3%. В липидном спектре выявлено повышение ОХС – 6,2±0,2 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,7±0,2 ммоль/л, ТГ - 2,2±0,3 ммоль/л и ИА - 3,8±0,1. Распределение частот генотипов полиморфизма типа *I/D* гена *ACE* среди пациентов с СД и АГ было следующим: II – 18,1%, ID – 49,6%, DD – 32,3%. Распределение генотипов и аллелей в группе контроля: II – 33,4% ($p>0,05$), ID – 49,4% ($p>0,05$), DD – 17,2% ($p>0,05$). I-аллель был выявлен в 35,3% в основной группе и 66,7% в контрольной ($p<0,01$), D-аллель в 64,7% и 33,3% соответственно ($p<0,01$). Результаты генотипирования гена *AGT* показали, что частота генотипа ТТ у больных СД с АГ составила 37,3%, гетерозигот (МТ) – 62,7%, генотипа ММ – 0%. В группе контроля у всех обследуемых выявлен генотип МТ (100%), $p<0,001$.

При анализе параметров СМАД у носителей D и I аллелей гена АСЕ на фоне проводимой антигипертерзивной терапии в показателях САД, ДАД, индекса времени, скорости и величины утреннего подъема АД достоверных различий выявлено не было. Однако у пациентов с генотипом DD отмечено более значительное нарушение циркадности ритма АД в виде недостаточного снижения ДАД в ночные часы (профиль нон-диппер у 72,7%, диппер – у 27,3%); у носителей I аллеля – 50,0 и 50% соответственно ($p<0,05$). У гомо- и гетерозигот по Т аллелю гена *AGT* также не было выявлено различий в показателях СМАД на фоне лечения. Однако у пациентов генотипом ТТ отмечена тенденция к

повышению вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время и преобладание профиля нон-диппер (75,0%).

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что полиморфные маркеры *I/D* гена *ACE* и *M235T* гена *AGT* и наличие DD- и TT-генотипов этих маркеров ассоциировано с развитием артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа.

РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ГИПЕРТЕНЗИИ/ПРЕГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Евсевьева М.Е., Прохоренко-Коломойцева И.И., Горьковенко М.В., Мисходжева З.А.
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель – провести офисную оценку центрального давления (ЦД) в сравнении с периферическим АД у лиц молодого возраста с учётом присутствия/отсутствия основных ФР в рамках внутривузовской диспансеризации студентов.

Материал и методы. Представлен анализ обследования 80 студентов СтГМУ, выполненного на базе Центра студенческого здоровья в рамках проекта «Вуз – территория здоровья». Исследование включало студентов в возрасте от 19 до 23лет (41юноша и 39 девушек). Проводили скрининг таких ФР, как наследственная отягощённость по ранним кардиометаболическим заболеваниям, а также офисная артериальная гипертензия / прегипертензия/ (АГ/ПГ), избыточная масса тела (МТ), дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика), курение (газоанализатор «Smoke Check», «Micro Medical Ltd.», Великобритания) и низкая стресс-устойчивость (анкета Ридера). С учётом отсутствия или наличия одного и более ФР обследованных распределяли по двум группам наблюдения: 1гр. – ФР нет; 2гр. - ФР есть (среднее число ФР 2,7 ± 0,6). Доклинические изменения сосудистой стенки изучали по показателям АД в аорте и индекса его аугментации [20] с помощью программно-диагностического комплекса BPLab Vasotens-Office(компания «Пётр Телегин», Н-Новгород). Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 6.0» («StatSoft Inc») . Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты. Оказалось, что две трети студентов-медиков - 54 человека из 80, то есть 67,5% характеризовались наличием одного и более ФР. Из них почти половина отличалась наличием двух и более таких факторов. Индивидуальный сравнительный анализ результатов периферического и центрального АД каждого обследованного позволил установить особенности встречаемости различных вариантов АГ в сравниваемых группах. Оказалось, что в группе лиц без ФР системная ПГ/АГ зарегистрирована менее, чем у 4% , а в группе студентов с наличием этих факторов почти в 10 раз чаще ($p<0,01$), Среди последних лиц с ФР практически у каждого десятого обнаружена скрытая форма ПГ/АГ, а при отсутствии ФР - ни разу такая форма повышения АД не выявлена. Ложная же форма ПГ/АГ регистрировалась практически одинаково в обеих группах наблюдения – у каждого двенадцатого. В итоге лиц со стойкой нормотензией среди студентов с благоприятным фоном оказалось практически в 2 раза больше по сравнению со сверстниками-носителями различных ФР.

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о заметном влиянии ФР на большинство показателей не только периферической, но и центральной гемодинамики лиц молодого возраста. Причём, нередко нарушения ЦАД присутствуют в изолированном виде, что диктует необходимость его оценки в процессе профилактических обследований молодёжи в рамках её диспансеризации одновременно с традиционной оценкой давления на плечевой артерии. Особого внимания требует скрытая гипертензия, которая нами выявлялась только у лиц с наличием ФР, причём у девушек также часто, как и системная форма, а у юношей она заметно уступала по частоте системной прегипертензии/гипертензии. Изолированное повышение аортального давления, выявленное нами у части студентов-носителей

различных ФР, указывает на целесообразность выполнения исследования центрального давления у молодых людей из групп риска в процессе их диспансеризации, так как традиционным методом такая форма АГ/ПГ не может быть оценена. Эти результаты лишний раз подтверждают целесообразность проведения широких скрининговых мероприятий среди организованной молодёжи и необходимость дальнейшего поиска оптимального подбора современных диагностических процедур на углублённом этапе студенческой диспансеризации.

СОСУДИСТОЕ ПОСТАРЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ РИСКА

Евсевьева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Фурсов С.Г.
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: оценить выявление случаев повышенного сосудистого возраста (СВ) в молодёжной популяции во взаимосвязи с различными факторами риска (ФР). **Материал и методы**: обследовано 55 юношей-студентов СтГМУ возрасте от 19 до 24 лет в рамках ежегодного мероприятия «Вуз – территория здоровья». Исследовали сосудистую ригидность с помощью программно-диагностического комплекса (ПДК) VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO., LTD, Япония), который позволяет оценить принципиально новый показатель жёсткости - сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI слева (L) и справа (R). Оценивался также сосудистый возраст. По результатам описанного инструментального обследования выделяли лиц с повышенным значением показателя CAVI $\geq$ 7,0. В указанных группах проанализирована встречаемость основных ФР с помощью антропометрии и диагностических опросников. **Результаты.** Из 55 студентов лиц с повышенным уровнем CAVI $\geq$ 7 среди юношей оказалось по CAVI-R 6 человек или 10,9% и по CAVI-L 7 человек или 12,7%. Эти юноши отличались сосудистым возрастом на уровне 40-44 лет. При этом представляют интерес данные индивидуального анализа конкретных случаев с самыми высоким значением СВ. Так, среди носителей преждевременного постарения выявлен юноша 21года с индексом CAVI-R 7,7 и CAVI-L 7,9. Оказалось, что все основные ФР у этого юноши находятся в пределах допустимого или отсутствуют вовсе , кроме одного – курения. Этот фактор выражен достаточно значительно, т.к. начал курить он в возрасте 11-12 лет и при этом ежедневно использовал по 1,5 пачки сигарет в сутки. При заполнении анкеты Фагерстрема получено 9 баллов, что говорит о высокой степени никотиновой зависимости. Но несмотря на это юноша бросил курить после описанного сосудистого скрининга по причине сильного мотивационного воздействия самого обследования. Другой случай касается юноши 24 года лет с наличием CAVI-R 7,6 и CAVI-L 7,8, который имел достаточно благоприятный профиль традиционных ФР, но при этом отличался наличием признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в виде соответствующего фенотипа (число внешних стигм более 10, рост 173см , вес 53кг, ИМТ 17,7кг/м2), склонности к келлоидным рубцам, четырёх пневмотораксов в анамнезе начиная с 18лет (удалена верхняя доля правого лёгкого) и пролапса митрального клапана гемодинамически незначимого. Юноше рекомендовано соответствующее дообследование, даны рекмендации по двигательному и пищевому режиму, а также рекомендованы регулярные курсы магний-заместительной терапии 2-3 раза в год. С другой стороны, среди лиц с неповышенным сосудистым возрастом и показателем CAVI-R 5,6 и CAVI-L 6,0 оказался юноша 23 лет с верифицированнным с 14 лет диагнозом наследственной гиперхолестеринемии IIа типа. Но при этом он принимает аторвостатин дозе 10мг в течение девяти лет. В анамнезе – смерть отца от инфаркта миокарда в возрасте 35 лет и смерть брата от мозгового инсульта в возрасте 30 лет. Липидограмма – ОХ 5,23; ЛПНП 4,04; ЛПВП 0,8; ТГ 0,84 ммоль/л и КА 6,5. **Выводы.** Включение ангиологического скрининга в процесс проведения студенческой

диспансеризации позволяет в значительной степени дополнить традиционную схему формирования групп СС риска применительно к молодёжной популяции. Поэтому следует стремиться к более широкому внедрению указанной технологии ангиологического скрининга для целей оптимизации модели массовой диагностики среди учащейся молодёжи.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СКРИНИНГ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЁЖИ

Евсевьева М.Е., Ерёмин М.В., Кошель В.И., Кошель И.В.
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель – оценить диагностические возможности модифицированного мини-перечня внешних признаков дисплазии СТ для нужд студенческой диспансеризации путём изучения его возможностей в сравнении с традиционной технологией анализа фенотипа. **Материал и методы**. Обследовано 100 студентов возрасте от 18 до 21г. на базе центра студенческого здоровья СтГМУ. Выявление диспластических фенотипов осуществлялось в соответствии с Нацрекомендациями РКО (2013), а клинических синдромов – с помощью анкетных опросников, сформированных Омской школой специалистов по ДСТ. Количество и качество фенотипических признаков ДСТ оценивалось в двух диагностических форматах – традиционном с полным обследованием всех частей тела, а также в скрининговом формате. Для этого использован диагностический мини-список внешних стигм дизэмбриогенеза в собственной модификации, сформированный исходя из специфики поискового скрининга и предполагающий лёгкое выявление стигм тех частей тела, которые доступны для быстрого осмотра в рамках массовых диагностических мероприятий. Иными словами, исследованию при этом подвергались верхние конечности и челюстно-лицевой сегмент тела в сочетании с основными соматометрическими параметрами. По результатам такого мини-скрининга студенты распределялись на три группы: 1я группа – 6 и более стигм; 2я группа – 3-4-5 стигм и 3я группа - 0-1-2 стигмы. Затем в каждой группе выделялось по две подгруппы с учётом присутствия и отсутствия каких-либо жалоб. Учитывались также факты наличия хр. очагов инфекции и аллергических заболеваний. Исследована также вариабельность ритма сердца (ВРС). Обработка результатов выполнена с помощью пакета статпрограмм BIOSTAT. **Результаты.** Оказалось, что из 100 обследованных лиц в 1-ую, 2-ую и 3-ю группы в соответствии с числом легкодоступных для выявления стигм попали 19, 38 и 43 человека. Стигмы, локализующиеся за пределами скринингового доступа обнаружены в 100%, 65,7% и 9,1% случаев. Диспастико-зависимая симптоматика в 84,2%, 39,5% и 9,3% случаев. Среди лиц 2-й группы по результатам традиционного анализа выявлены 4 носителя (10,5 %) шести и более стигм, а среди лиц из 3-й группы ни одного такого случая не зарегистрировано. Анализ ВРС в подгруппах 3х групп показал, что неблагоприятные изменения показателей регуляторного статуса отмечались у всех 19 высокостигмированных представителей независимо от присутствия жалоб. Обращало на себя внимание достаточно частое присутствие очагов хронической инфекции и аллергических реакций у этой части обследованных. У представителей же 2-й группы заметные нарушения ВРС присутствовали в основном у лиц, предъявляющих те или иные жалобы. Среди лиц из этой группы, не предъявляющих жалоб, отличались наличием регуляторного дисбаланса в основном те студенты, у которых выявлены дополнительные стигмы за пределами зон, доступных для скрининга. У некоторых из них присутствовало то или иное рецидивирующее заболевание по типу хронического тонзиллита или синусита и пр. Среди студентов с благоприятным фенотипом дисрегуляция выявлена лишь при наличии очагов инфекции или аллергии. **Заключение.** Представленный материал служит основой для дальнейшего совершенствования системы студенческой диспансеризации в плане своевременного формирования группы диспастико-зависимого риска среди молодёжи. Полученные

результаты свидетельствуют, во-первых, о вполне достаточных диагностических возможностях скринингового формата фенотипического обследования. Во-вторых, эти данные указывают на целесообразность включения в группу диспластико-зависимого риска лиц при наличии у них не только 6 и более стигм, но также и носителей от 3 до 5 стигмальных признаков в соответствии со скрининговым перечнем фенотипических признаков.

СОСУДИСТОЕ ПОСТАРЕНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ РИСКА

Евсевьева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Фурсов С.Г.
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: оценить выявление случаев повышенного сосудистого возраста (СВ) в молодёжной популяции во взаимосвязи с различными факторами риска (ФР). **Материал и методы**: обследовано 55 юношей-студентов СтГМУ возрасте от 19 до 24 лет в рамках ежегодного мероприятия «Вуз – территория здоровья». Исследовали сосудистую ригидность с помощью программно-диагностического комплекса (ПДК) VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO., LTD, Япония), который позволяет оценить принципиально новый показатель жёсткости - сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI слева (L) и справа (R). Оценивался также сосудистый возраст. По результатам описанного инструментального обследования выделяли лиц с повышенным значением показателя CAVI $\geq$ 7,0. В указанных группах проанализирована встречаемость основных ФР с помощью антропометрии и диагностических опросников. **Результаты.** Из 55 студентов лиц с повышенным уровнем CAVI $\geq$ 7 среди юношей оказалось по CAVI-R 6 человек или 10,9% и по CAVI-L 7 человек или 12,7%. Эти юноши отличались сосудистым возрастом на уровне 40-44 лет. При этом представляют интерес данные индивидуального анализа конкретных случаев с самыми высоким значением СВ. Так, среди носителей преждевременного постарения выявлен юноша 21года с индексом CAVI-R 7,7 и CAVI-L 7,9. Оказалось, что все основные ФР у этого юноши находятся в пределах допустимого или отсутствуют вовсе , кроме одного – курения. Этот фактор выражен достаточно значительно, т.к. начал курить он в возрасте 11-12 лет и при этом ежедневно использовал по 1,5 пачки сигарет в сутки. При заполнении анкеты Фагерстрема получено 9 баллов, что говорит о высокой степени никотиновой зависимости. Но несмотря на это юноша бросил курить после описанного сосудистого скрининга по причине сильного мотивационного воздействия самого обследования. Другой случай касается юноши 24 года лет с наличием CAVI-R 7,6 и CAVI-L 7,8, который имел достаточно благоприятный профиль традиционных ФР, но при этом отличался наличием признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в виде соответствующего фенотипа (число внешних стигм более 10, рост 173см , вес 53кг, ИМТ 17,7кг/м2), склонности к келлоидным рубцам, четырёх пневмотораксов в анамнезе начиная с 18лет (удалена верхняя доля правого лёгкого) и пролапса митрального клапана гемодинамически незначимого. Юноше рекомендовано соответствующее дообследование, даны рекмендации по двигательному и пищевому режиму, а также рекомендованы регулярные курсы магний-заместительной терапии 2-3 раза в год. С другой стороны, среди лиц с неповышенным сосудистым возрастом и показателем CAVI-R 5,6 и CAVI-L 6,0 оказался юноша 23 лет с верифицированнным с 14 лет диагнозом наследственной гиперхолестеринемии IIа типа. Но при этом он принимает аторвостатин дозе 10мг в течение девяти лет. В анамнезе – смерть отца от инфаркта миокарда в возрасте 35 лет и смерть брата от мозгового инсульта в возрасте 30 лет. Липидограмма – ОХ 5,23; ЛПНП 4,04; ЛПВП 0,8; ТГ 0,84 ммоль/л и КА 6,5. **Выводы.** Включение ангиологического скрининга в процесс проведения студенческой диспансеризации позволяет в значительной степени дополнить традиционную схему

формирования групп СС риска применительно к молодёжной популяции. Поэтому следует стремиться к более широкому внедрению указанной технологии ангиологического скрининга для целей оптимизации модели массовой диагностики среди учащейся молодёжи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Екибаева А.А., Молдашева З.Б., Молдажарова Н.Е., Каримолдаева Д.К.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Цель. Основная цель данного исследования – это оценка эффективности аортокоронарного шунтирования.

Пациенты и методы. Проанализировано 20 больных после аортокоронарного шунтирования. 15 пациентов имели трехсосудистое поражение коронарного русла, у 5 - было двухсосудистое поражение коронарного русла. С однососудистым поражением коронарного русла больных не было.

Больные страдали ИБС, стенокардией напряжения ФК III. Коронарный анамнез более 5 лет. Отмечались ангинозные боли при физической нагрузке и стрессе. Состояли на диспансерном учете у кардиолога.

Проведена коронарография. На коронарографии выявлены критические стенозы коронарного русла. Консультация кардиохирурга, рекомендована операция реваскуляризации миокарда. Больным в кардиохирургическом отделении произведена операция аортокоронарного шунтирования. После операции восстановлена проходимость коронарного русла.

Обследование: коагулограмма ПТИ-89 %, ПТВ – 13 сек, ТВ -24 сек., АЧТВ -23 сек.

Липидный спектр: триглицериды – 2,6 ед., ЛПВП – 0,8 ммоль/ л, ЛПНП - 3,8 ммоль/ л.

Все больные состояли на диспасерном наблюдении у кардиолога. Выявлены факторы риска: сахарный диабет, артериальная гипертензия, курение. Проведено базисное лечение: конкор 5 мг, плавикс 75 мг, аспирин-кардио 100 мг, липримар 20 мг. Коррекция лечения и подбор препаратов для лечения пациентов с коморбидными состояниями. Коморбидность - это наличие двух и более заболеваний у одного больного. При сравнении лабораторных данных до операции аортокоронарного шунтирования: креатинина и фракции выброса отмечается снижение клубочковой фильтрации.

Результаты. На фоне проводимой комплексной терапии отмечалось улучшение самочувствия. Исчезли боли в сердце. Стабилизировалась гемодинамика. Повысилась толерантность к физической нагрузке, одышка уменьшилась. На контрольной ЭхоКГ фракция выброса (ФВ) повысилась до 50 %. При детальном изучении было выяснено, что не все больные придерживались рекомендаций кардиолога.

Заключение. В результате проведенного аортокоронарного шунтирования состояние больных в динамике значительно улучшилось. Гемодинамические показатели стабильные. Уменьшилась одышка, повысилась толерантность к физической нагрузке. На контрольной ЭхоКГ фракция выброса (ФВ) повысилась до 50 %.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖИТЕЛЕЙ КАЗАХСТАНА

Ельшибаева Э.С., Рахимжанова Р.И., Даутов Т.Б.
АО «Национальный научный кардиохирургический центр», РГП «Больница медицинского центра УДП РК», АО «Медицинский Университет Астана»
Астана, Казахстан

Цель. Определение эффективности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в неинвазивной диагностике коронарного кальциноза для раннего выявления риска развития коронарных событий.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2016 годы обследовано 2500 пациентов, средний возраст 60,6., мужчин – 1450 (58%), женщин – 1050 (42%). По национальной принадлежности проанализировано: мужчин азиатов – 940 (64,8%); мужчин европейцев – 510 (35,1%); женщин азиаток –785 (74,7%); женщин европеек – 265 (25,2%). Выявление кальцинатов коронарных артерий путем мультиспиральной 64-срезовой компьютерной томографии в сочетании с ЭКГ синхронизацией, с протяженностью исследования - от уровня синусов Вальсальвы до нижней границы сердца и временем исследования - 15-20 с, определение кальциевого индекса (КИ) по методу Агатстона, и эквивалентной массы кальция, при значении КИ от 10 ед. и ниже и эквивалентной массе кальция 0,7-9,0 диагностируют низкий 5 - 10% риск развития атеросклероза коронарных артерий, при значении КИ от 11 до 100 ед., и эквивалентной массе кальция 9,1-28,0 диагностируют умеренный не более 20% риск, при значении КИ 101-400 ед. и эквивалентной массе кальция 28,1-76,0 диагностируют высокий до 75% риск развития атеросклероза, а при значении КИ более 400 ед. и эквивалентной массе кальция выше 76,1 диагностируют очень высокий до 90% риск развития атеросклеротического поражения.

Результаты. Атеросклеротические изменения были диагностированы у 1222 пациентов. Была установлена связь между величиной КИ (нормализованной по полу, возрасту и национальности (европейцы и азиаты) пациентов) и риском наличия гемодинамически значимых коронарных стенозов или развития коронарных осложнений. Выявлена тенденция увеличения значений КИ у группы исследованных пациентов в динамике 56 (6,5%) у которых отмечено нарастание цифр КИ. Совместно с кардиологами была обследована группа здоровых лиц (40 мужчин азиатской и европейской национальности), в возрасте от 35 до 45 лет без факторов риска и клиники ИБС, среди которых, у 25 пациентов выявлены наличие кальцинатов.

Заключение. Таким образом, определение КИ с помощью МСКТ можно применять не только для доклинической диагностики коронарного атеросклероза у бессимптомных пациентов, но и для оценки скорости нарастания тяжести атеросклеротического процесса в коронарных артериях и эффективности гиполипидемической терапии в кардиологической практике.

УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА ОТВЕТА НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ

Енина Т.Н., Кузнецов В.А., Солдатова А.М., Петелина Т.И., Криночкин Д.В., Дьячков С.М., Рычков А.Ю. Нохрина О.Ю.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: изучить у мужчин с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) взаимосвязь уровня тестостерона (TES) с эффективностью сердечной ресихронизирующей терапии (СРТ) в сроке лучшего ответа.

Материалы и методы: у 58 мужчин (средний возраст 54,8±9,6 года) с ХСН (61% ишемического генеза) изучен лучший ответ на СРТ по максимальному снижению конечно-систолического объема левого желудочка (КСОЛЖ). Средний срок лучшего ответа составил 38[19,0;53,7] мес. По уровню TES выделены: I гр.(n=28; 48%) - TES < медианы (13,82 нмоль/л); II гр.(n=30; 52%) - TES > медианы. По динамике КСОЛЖ выделены нереспондеры (снижение КСОЛЖ<15%), респондеры (снижение КСОЛЖ на 15-29%), суперреспондеры (снижение КСОЛЖ≥30%). Пациенты I гр. чаще имели сахарным диабетом (25,0% против 3,3%; p=0,017), имели более широкий комплекс QRS (167,1±37,0

против 132,8±34,8 мсек.; p=0,001). Во II гр. чаще была выполнена операция РЧ-аблации АВ-соединения (56,7 против 25,0%; p=0,014). Были оценены в динамике: параметры эхокардиографии (ЭХОКГ), плазменные уровни NT-proBNP, интерлейкинов (ИЛ) -1β, ИЛ-6, ИЛ-10, фактора некроза опухоли α (ФНО-α), С-реактивного белка (СРБ), галектина-3 (Гал-3), матриксной металлопротеиназы-9 (MMP-9), тканевых ингибиторов металлопротеиназ TIMP-1, TIMP-4, индексы MMP-9/TIMP-1, MMP-9/TIMP-4. Исходно были оценены уровни TES, прогестерона (PGN), дигидроэпиандростерона (DHS), эстрогена (E2).

Результаты. Количество нереспондеров составило 50% в I гр. и 13,3% во II гр., респондеров 23,1% и 30%, суперреспондеров 26,9% и 56,7% (p=0,010). Исходно во II гр. отмечены более высокие уровни PGN (1,62±0,72 против 1,21±0,45 нмоль/л; p=0,028), ИЛ-1β (4,3±1,2 против 3,5±1,3 пг/мл; p=0,020), ИЛ-10 (4,0±1,7 против 2,9±1,4 пг/мл; p=0,013), ФНО-α (10,0±2,8 против 8,6±9,1 пг/мл; p=0,006). При отсутствии исходных различий параметров ЭХОКГ во II гр. отмечена большая динамика КСОЛЖ (p=0,069), прироста фракции выброса левого желудочка (0,007). В динамике: в I гр. выявлено снижение только NT-proBNP (p=0,015); во II гр. – снижение ИЛ-1β (p=0,001), ИЛ-6 (p=0,015), ИЛ-10 (p=0,001), (p=0,001), TIMP-1 (p=0,046), Гал-3 (p=0,051). Выявлены корреляции половых гормонов в I гр.: PGN-ИЛ-10 (r=0,553; p=0,026), PGN-TIMP-1(r=0,518; p=0,048), DHS-NT-proBNP (r=-0,599; p=0,031), DHS-TIMP-4(r=-0,671; p=0,004); во II гр.: PGN-ИЛ-10 (r=0,710; p<0,001), PGN-TIMP-1 (r=0,693; p=0,004), DHS-NT-proBNP (r=-0,566; p=0,007), DHS-ИЛ-6 (r=-0,543; p=0,011), E2-ИЛ-6 (r=0,519; p=0,016). ROC-анализ показал, что уровень TES=12,35 нмоль/л с чувствительностью 68,3% и специфичностью 52,9% является предиктором положительного ответа на СРТ (AUC=0,687; p=0,026).

Выводы. Таким образом, высокий уровень TES сопровождается лучшей эффективностью СРТ, снижением активности процессов иммунного воспаления, фиброза. Уровень TES≥12,35 нмоль/л может быть использован в качестве предиктора положительного ответа на СРТ. Половые гормоны играют важную роль в генезе ХСН и ответе на СРТ.

КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АСИНХРОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕОСТАТОЧНОСТЬЮ

Еремеева Е.Н., Лещанкина Н.Ю., Карнишкина О.Ю.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева» Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучение влияния установки постоянных электрокардиостимулятров (ЭКС) режима VVI и сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) на критерии желудочковой асинхронии при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов с ХСН II-IV ФК, поступивших в отделение нарушение ритма и проводимости РКБ №4 г. Саранска для имплантации однокамерных ЭКС (1 группа, 25 больных) и проведения СРТ (2 группа, 25 больных). Оценивали динамику ЭКГ, ЭХО-КГ до и после (в течение 6 месяцев и 1 года) установки ЭКС и СРТ.

Результаты. Исходно фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) была снижена в обеих группах (в 1 группе- 43,8± 1,1% и во 2 группе- 34,1± 1,8% по Simpson). Изучение индексов ремоделирования ЛЖ (ФВ/миокардиальный стресс (МС) и МС/конечный систолический объем индексированный к площади поверхности тела (КСОИ)) показало их достоверное снижение у всех больных, особенно во 2 группе с ХСН IVФК. До проведения электрофизиологического лечения в группе с СРТ у всех больных наблюдались признаки желудочковой механической асинхронии: задержка предизгнания из аорты (201,5±12,4 мс), межжелудочковая механическая задержка (76,1±11,8 мс) и

задержка активации заднебоковой стенки ЛЖ (66,3± 12,6мс), в то время как в 1 группе они отсутствовали.

Постановка ЭКС и СРТ по-разному отразились на сократимости миокарда ЛЖ. По данным ЭХО-КГ в 1 группе спустя 6 месяцев после операции не произошло их достоверного изменения: ФВ ЛЖ составила 44,6±1,2%, а через год привела к ухудшению систолической функции ЛЖ в среднем на 5,2%. Во 2 группе, напротив, проведение СРТ привело к возрастанию ФВ ЛЖ уже в течение первых 6 месяцев после операции- 39,1± 2,4%, а через 1 год она возросла еще в среднем на 7,2%. По сравнению с исходными результатами наблюдалось уменьшение индексов ремоделирования ЛЖ: ФВ/МС, МС/КСОИ, которые тесно коррелируют с ФК ХСН ($p< 0,01$). По результатам нашего исследования выявлено, что у всех пациентов 2 группы уменьшились ЭХО-кардиографические критерии желудочковой асинхронии, что сопровождалось улучшением клинического статуса больных.

Заключение. Имплантация однокамерных правожелудочковых ЭКС (VVI) спустя год привела к прогрессированию ХСН в 1 группе: ухудшились параметры сократимости миокарда ЛЖ, признаки желудочковой диссинхронии, что свидетельствует об усилении процессов ремоделирования миокарда. На фоне проведения СРТ во 2 группе отмечено уменьшение показателей механической и структурной асинхронии ЛЖ, улучшение систолической функции ЛЖ, что свидетельствует об уменьшении процессов ремоделирования миокарда.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Естаев Д.Е., Гусеинова З.К.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования. Оценить эффективность проведения скрининговой диагностики на амбулаторных этапах обследования для выявления полипов желудка и кишечника.

Материалы и методы. В качестве метода скрининга применялся быстрый иммунохроматографический тест для качественного выявления у людей скрытой крови в фекалиях. Для обеспечения потока пациентов на скрининговое лабораторное обследование проведена соответствующая информационная работа с врачами первого контакта. Скрининговому обследованию подвергались амбулаторные пациенты обоего пола в возрасте 40-60 лет, у которых отсутствовали абдоминальные жалобы, симптомы тревоги (длительный субфебрилитет, похудание, снижение аппетита и др.), видимые выделения крови из прямой кишки и расстройство стула, за исключением склонности к запору или послаблению стула на протяжении многих лет.

Результаты исследования. Скрининговое обследование на скрытую кровь в кале проведено у 279 амбулаторных пациентов обоего пола в возрасте 40-60 лет (мужчины - 117 (42 %), женщины - 162 (58 %)). У 25 (8,9 %) обследованных пациентов тест на скрытую кровь показал положительный результат. Всем пациентам с положительным результатом анализа кала на скрытую кровь проведена профилактическая колоноскопия, которая показало тотальное поражение кишечника у 23-х (92 %). В 2-х случаях тотальную колоноскопию выполнить не удалось по причине наличия у женщины 58 лет стенозирующей опухоли средней трети нисходящей кишки и у мужчины 45 лет на фоне выраженного удлинения сигмовидной кишки с дополнительным петлеобразованием. У 1-ой пациентки, исключенной впоследствии из исследования, положительный анализ кала на скрытую кровь был обусловлен ошибочным проведением тестирования в день окончания месячных. Несмотря на относительно небольшое количество пациентов, участвовавших в скрининге и прошедших профилактическую колоноскопию, все же удалось активно выявить больных со скрыто протекающей органической патологией

толстой кишки, включая колоректальный рак. Благодаря своевременной диагностике, всем пациентам со злокачественными колоректальными новообразованиями удалось провести радикальное лечение.

Выводы. 1.Скрининг в сочетании с уточняющей эндоскопической диагностикой позволяет своевременно выявлять у амбулаторных пациентов бессимптомные доброкачественные и злокачественные новообразования толстой кишки. Активная ранняя диагностика является оптимальным фактором для успешного радикального лечения колоректальных новообразований. Бессимптомные злокачественные колоректальные новообразования могут встречаться у пациентов моложе 50 лет, что является достаточным основанием для детального изучения эффективности скрининговых мероприятий в возрастной группе 40-50 лет.

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР СМЕРТНОСТИ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Ефимова Е.В., Конобеевская И.Н.
НИИ кардиологии ТНИМЦ, Томск, Россия

Цель исследования. Анализ влияния курения на смертность у 25 тысяч мужчин и женщин города Томска - типичного города Западной Сибири.

Материал и методы. В рамках НИР «Эпидемиологическое изучение преждевременной смертности населения в России» (ВОЗ, Оксфордский Университет) использовались данные стандартизованных вопросников на умерших лиц, заполненные работниками первичного звена здравоохранения. В течение 2002–2008 гг. интервьюеры посещали родственников, где были умершие в возрасте 15-74 лет, жившие в данной семье в 1990–2001. Использовались сведения из Записей Актов о смерти (ЗАГС) и данные судебной медэкспертизы.

Результаты. Изучены 26 186 случаев смерти (16 973 мужчин и 9 213 женщин). Отмечалось существенное преобладание в два и более раз ($p< 0,0001$) мужчин в каждой возрастной группе, исключая возраст 65-74 года, в котором показатели сближались. БСК стали причиной гибели 34,9% мужчин и 44,0% женщин; онкологические заболевания унесли жизни 17,4% и 23,8%; внешние причины - 24,3% и 12,7%. Установлено, что 62,4% мужчин и женщин употребляли табак. Этот фактор риска среди мужчин встречался в 8,6 раз чаще, чем среди женщин (86,2% и 18,5 % соответственно, $p<0,001$). Из них в трудоспособном возрасте находились 2170 мужчин (88,8%) и 169 женщин (32,4%). Большинство (85% мужчин и 69% женщин) выкуривали в среднем пачку сигарет в день и 8,5% мужчин и 1% женщин ежедневно выкуривали две и более пачки сигарет. У мужчин, умерших от БСК (85%) курили, в основном (94,5-91,1%) это были лица со средней и высокой интенсивностью курения. Самая высокая частота курения отмечена в группах молодого 25-34 (87%), 35-44 года (91,5%) и среднего 45-54 года (89,5%) возрастов. Следует отметить, что даже при низкой интенсивности потребления табака относительный риск смерти у мужчин по этой причине возрастал (ОР=1,21; ДИ=1,111-1,318, $p<0,0001$). У женщин смертность курящих была статистически значимо выше ($p<0,0001$), наибольший процент курения соответствовал возрастам 24-34 и 35-44 лет (43,7-46,1%) и был ниже в старших возрастных группах (8,2-12,3%). В целом при всех уровнях потребления табака у трудоспособной части когорты риск возрастал ($p<0,01$, $p=0,006$), у нетрудоспособной – в случаях средней и высокой интенсивности курения ($p<0,0001$). В случаях смерти от БСК у женщин снижение продолжительности жизни составило 5,3 ($p<0,02$), у мужчин - 2,7 лет ($p<0,05$), при ИБС соответственно 6,5 ($p<0,01$), и 3,7 лет ($p<0,05$). У мужчин, умерших в трудоспособном возрасте, превышение смертности более, чем в 2 раза отмечалось при всех уровнях потребления табака. Отмечен низкий процент лиц, умерших от БСК, которые бросили курить (1,04-2,4% у женщин и 13,7-20,1% у мужчин).

Заключение. Таким образом, выявлена широкая распространенность курения - 86,5% у мужчин и 18,5% у женщин, причем, риск умереть у курящих был существенно выше. Снижение продолжительности жизни курящих женщин, в случаях смерти от ИБС

составило 6,5 года (p<0,001), у мужчин – 3,7 лет; от БСК 2,7 и 5,3 года.. Очевидно, что меры профилактики курения различного уровня являются чрезвычайно важными для, формирования здоровья и увеличения продолжительности жизни населения.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ТИПИЧНОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Ефимова Е.В., Конобеевская И.Н.
НИИ кардиологии ТНИМЦ, Томск, Россия

Цель. Изучить распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у 50 тысяч жителей Томска.

Материал и методы. В рамках международного проекта «Эпидемиологические исследования длительных трендов здоровья популяции России» (EPIHEALTH Russia), по единому протоколу в условиях амбулаторной службы 15 ЛПУ, сотрудниками института и работниками практического здравоохранения, проведен скрининг неорганизованного населения. Использовались также информационная поддержка СМИ для популяции, подготовка и обучение 45 медицинских работников стандартизованным эпидемиологическим методам исследования.

Результаты. Скрининг проведен у когорты из 67 264 человек 30-74 лет. Следует отметить высокий комплайнс исследования (отказ менее 1%), что свидетельствует о доверии населения и готовности сотрудничать с медицинскими работниками. Более половины обследованных (56,2%) составили мужчины и в основном как у группы мужчин (79.2%), так и у женщин (64,8%) это были лица трудоспособного возраста. Самым распространенным фактором риска являлось курение (у 69,1% мужчин и 20,6% женщин) и если учесть, что 7,7% мужчин и 49,4% женщин были пассивными курильщиками, практически две трети населения подвержены табакокурению. Обращала внимание высокая распространенность артериальной гипертензии, составляющая у женщин 51,3%, у мужчин - 45,5%. Отмечались различия в частоте заболевания, связанные с возрастом. Если в молодом возрасте (30-34, 35-44 лет) АГ выявлялась в группе мужчин в 2 раза чаще, то в следующих возрастных группах эти цифры выравнивались, а в последней возрастной группе количество женщин с повышенным артериальным давлением превышало таковое у мужчин. Информированность о наличии АГ составляла 94%, принимали гипотензивные препараты 33,1%, достигали целевых цифр АД 18,6% лиц с АГ. Ассоциированным с артериальным давлением и так же распространенным фактором риска являлась избыточная масса тела, выявленная почти у каждого второго мужчины (47,7%) и более половины (52,6%) женщин. Относительный риск составил соответственно 1,41-1,79. А если прибавить к их числу лиц с различными степенями ожирения, относительный риск возрастал до 2,18-2,63, и практически у 62% мужчин и 66,3% женщин имелся этот фактор риска. Неблагоприятным фактом являлось то, что только в единичных случаях как у мужчин, так и у женщин отмечалась изолированная артериальная гипертензия, наиболее часто у мужчин выявлялось сочетание двух факторов риска: АГ и курения 83,9%; АГ и избыточной массы тела 71,8%; у женщин – соответственно 80,9% и 17,3%. Более половины мужчин с АГ и каждая восьмая женщина имели три фактора риска.

Заключение. Таким образом, выявленные особенности свидетельствовали о широком распространении и неблагоприятном профиле факторов риска у населения типичного города Западной Сибири, а так же о необходимости внедрения в условия практического здравоохранения профилактических мероприятий, ориентированных на конкретные факторы.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жаксылык А., Тауешева З.Б., Гусеинова З.К., Ермаханбетов Т.Р., Юнусов С.К.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить частоту развития нарушений ритма у пациентов с патологией щитовидной железы (ЩЖ).

Методы и исследования. Проведено обследование 125 пациентов с патологией ЩЖ, из них лиц женского пола – 95 (76%) пациента и мужского – 30 (24%) пациента. Возраст обследованных пациентов составил от 19 до 74 лет. Всем пациентам проводились общеклинические, лабораторные, биохимические, инструментальные исследования, с оценкой результатов суточного мониторирования АД, холтеровского мониторирования, данных ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты. В результате анализа были выявлены следующие виды нарушений ритма: фибрилляция предсердий у 15 больных (30,5%), суправентрикулярная экстрасистолия у 22 больных (23,2%), желудочковая экстрасистолия у 17 больных (17,9%) и у 27 больных (28,4%) определена синусовая тахикардия. При выяснении причин различных нарушений ритма, фибрилляция предсердий выявлена при тиреотоксикозе у 6 (4,8%) пациентов, при этом на тяжелую степень тиреотоксикоза пришлось 4 пациента. Возраст данных пациентов варьировал от 35 до 56 (±0,9) лет, при этом 5 лиц женского пола и 1 пациент мужского пола. У 9 (31,0%) пациентов страдающих фибрилляцией предсердий была выявлена у лиц страдающих первичным гипотиреозом. Возраст пациентов данной группы находился 65-74 лет (±1,3). У всех пациентов страдающих первичным гипотиреозом при анализе заболевания выявлена сопутствующая ишемическая болезнь сердца. Желудочковая экстрасистолия выявлена у пациентов с тиреотоксикозом у 8 (47,1%) случаях, при этом на долю единичных желудочковых экстрасистолий (класс по Лауну 1) пришлось 5 пациентов с тиреотоксикозом легкой степенью и у 3 пациентов с тиреотоксикозом средней и тяжелой степенью (класс тяжести по Лауну 2-3). У оставшихся 9 (52,9%) пациентов нарушение ритма в виде желудочковых экстрасистолий выявлено на фоне ишемической болезни сердца у 7 пациентов, 1 пациента с миокардитом, 1 пациент с дилатационной кардиомиопатией. При этом у всех пациентов наблюдались структурные изменения ЩЖ. Суправентрикулярная экстрасистолия выявлена у пациентов с субклиническим тиреотоксикозом у 7 (31,8%), в 11 (50%) случаях при тиреотоксикозе легкой и средней степенью тяжести и у 4 (18,2%) пациентов со структурными изменениями в щитовидной железе с функциональным состоянием - эутиреоз.

Выводы. При функциональных нарушениях ЩЖ наблюдаются различные нарушения сердечного ритма, при этом тяжелые формы нарушения ритма наблюдаются при сопутствующей патологии ЩЖ с сердечно - сосудистой системой.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ И ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЛЕГКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Жежа В.В., Кузьмин О.Б.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Выяснить возможность применения биомаркеров NGAL (липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов) и KIM-1 (молекула повреждения почки-1) мочи для раннего выявления повреждения проксимальных канальцев и тубулоинтерстиция почек у недиабетических больных АГ с С2 стадией ХБП.

Материал и методы. В исследовании участвовали 60 больных (16 мужчин и 44 женщины, средний возраст 60,4±8,37 года) с эссенциальной или нефрогенной АГ 2-3 степени, которые были разделены на группы с сохраненной функцией почек (СКФ > 85 мл/мин//1,73 м^2, n = 27), легкой дисфункцией почек (СКФ 60-74 мл/мин//1,73 м^2, n = 18), соответствующей нижним значениям С2 стадии ХБП, и выраженным нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин//1,73 м^2, n = 15). Группу сравнения составили 15 нормотензивных лиц (6 мужчин и 9 женщин, средний возраст 49,8±9,68 года) без явных признаков заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы. NGAL (Human NGAL Elisa kit) и KIM-1 (Human KIM-1 Immunoassay ELISA) мочи определяли на автоматическом приборе Watcher Bio-RAD PW40 и иммуноферментном анализаторе Microplate reader Bio-RAD 680 (Bio-RAD Laboratories Inc., США). Содержание креатинина в сыворотке крови и моче и альбуминов в моче определяли с использованием наборов фирменных реагентов на автоматическом биохимическом анализаторе BioSystems A-25 (BioSystems, Испания). Величину СКФ рассчитывали по формуле CKD-EPI. Результаты исследования обработаны статистически с оценкой достоверности различия данных по критерию Манна-Уитни.

Результаты. Результаты исследования показали, что отношение альбумин/креатинин мочи и уровни NGAL и KIM-1 мочи у лиц контрольной группы составляют соответственно 2,49±0,93 мг/г креатинина, 1,76±4,18 нг/мл, 1,12±0,55 нг/мл и достоверно не отличаются от аналогичных показателей больных АГ с сохраненной функцией почек (СКФ 94,2±7,50 мл/мин/1,73 м^2). В моче больных АГ с легкой (СКФ 67,3±5,22 мл/мин/1,73 м^2) и выраженной дисфункцией почек (СКФ 51,3±6,58 мл/мин/1,73 м^2) выявлено повышенное по сравнению с контрольной группой содержание NGAL соответственно в 2,62 и 7,22 раза ($p < 0,05$). Прирост концентрации KIM-1 мочи в этих же группах пациентов составил соответственно 2,12 и 3,14 раза ($p < 0,05$). Похожие результаты были получены и в выделенной группе (n = 38) больных эссенциальной АГ. Концентрация NGAL мочи в группе таких больных с легкой дисфункцией почек (СКФ 66,6±5,11 мл/мин/1,73 м^2, n = 11) превышала данные группы сравнения в 2,69 раза, а в группе пациентов с выраженным нарушением функции почек (СКФ 53,9±4,94 мл/мин/1,73 м^2, n = 7) – в 5,11 раза ($p < 0,05$). Аналогичные данные прироста содержания KIM-1 в моче указанных групп больных эссенциальной АГ составили соответственно 2,22 и 3,46 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Прирост уровня NGAL мочи более чем в 2,5 раза или прирост содержания KIM-1 мочи более чем в 2 раза по сравнению с нормальными значениями может быть диагностическим маркером раннего повреждения проксимальных канальцев и тубулоинтерстиция почек у недиабетических больных АГ с С2 стадией ХБП, включая пациентов с эссенциальной АГ.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ И ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Жежа В.В., Кузьмин О.Б.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Оценить возможность использования биомаркеров NGAL (липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов) и KIM-1 (молекула повреждения почки-1) мочи для раннего выявления повреждения проксимальных канальцев (ПК) и тубулоинтерстиция у гипертензивных больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ).

Материал и методы. В исследование включены 30 больных АГ (7 мужчин и 23 женщины, средний возраст 61,1±6,67 года) с ХСНсФВ (59,4±5,24%) II-III ФК NYHA.

Пациенты были разделены на группы с сохраненной функцией почек (СКФ > 85 мл/мин//1,73 м^2, n = 12), легкой дисфункцией почек (СКФ 60-74 мл/мин//1,73 м^2, n = 9), соответствующей нижним значениям С2 стадии ХБП, и выраженным нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин//1,73 м^2, n = 9). Группу сравнения составили 15 нормотензивных лиц (6 мужчин и 9 женщин, средний возраст 49,8±9,68 года) без явных признаков заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы. Всем пациентам проведено комплексное обследование с определением в моче содержания NGAL (Human NGAL Elisa kit) и KIM-1 (Human KIM-1 Immunoassay ELISA) на автоматическом приборе Watcher Bio-RAD PW40 и иммуноферментном анализаторе Microplate reader Bio-RAD 680 (Bio-RAD Laboratories Inc., США). Концентрацию креатинина в сыворотке крови и моче и альбуминов в моче определяли с помощью фирменных реагентов на автоматическом биохимическом анализаторе BioSystems A-25 (BioSystems, Испания). Величину СКФ рассчитывали по формуле CKD-EPI. Для оценки ФВ левого желудочка сердца использовали ультразвуковой сканер SonoAce X8 (Samsung Medison, Корея). Результаты исследования обработаны статистически с оценкой достоверности данных по критерию Манна-Уитни.

Результаты. У лиц контрольной группы показатели альбуминурии и содержания NGAL и KIM-1 в моче составили соответственно 2,49±0,93 мг/г креатинина, 1,76±4,18 нг/мл и 1,12±0,55 нг/мл. В моче больных ХСНсФВ с сохраненной функцией почек (СКФ 90,8±6,06 мл/мин/1,73 м^2) не было выявлено существенного изменения концентрации KIM-1, в то время как содержание NGAL возросло в 2,18 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контрольным уровнем. В моче пациентов с легкой дисфункцией почек (СКФ 67,2±5,93 мл/мин/1,73 м^2) и выраженным нарушением функции почек (СКФ 53,6±6,67 мл/мин/1,73 м^2) отмечено повышенное по сравнению с лицами контрольной группы содержание NGAL соответственно в 2,37 и 9,09 раза ($p < 0,05$). Аналогичный прирост KIM-1 в моче больных с легкой и значительно нарушенной функцией почек составил соответственно 1,84 и 6,87 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Прирост NGAL мочи более чем в 2,5 раза или прирост KIM-1 мочи более чем в 2 раза по сравнению с нормальными значениями может быть диагностическим критерием раннего повреждения ПК и тубулоинтерстиция у гипертензивных больных с ХСНсФВ II-III ФК NYHA и С2 стадией ХБП. Прирост содержания NGAL в моче более, чем в 2 раза позволяет выявлять в этой популяции пациентов аналогичное повреждение почек у лиц с сохраненной почечной функцией.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ КАНАЛЬЦЕВ И ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЛЕГКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Жежа В.В., Кузьмин О.Б.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Выяснить возможность применения биомаркеров NGAL (липокалин, ассоциированный с желатиназой нейтрофилов) и KIM-1 (молекула повреждения почки-1) мочи для раннего выявления повреждения проксимальных канальцев и тубулоинтерстиция почек у недиабетических больных АГ с С2 стадией ХБП.

Материал и методы. В исследовании участвовали 60 больных (16 мужчин и 44 женщины, средний возраст 60,4±8,37 года) с эссенциальной или нефрогенной АГ 2-3 степени, которые были разделены на группы с сохраненной функцией почек (СКФ > 85 мл/мин//1,73 м^2, n = 27), легкой дисфункцией почек (СКФ 60-74 мл/мин//1,73 м^2, n = 18), соответствующей нижним значениям С2 стадии ХБП, и выраженным нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин//1,73 м^2, n = 15). Группу сравнения составили 15

нормотензивных лиц (6 мужчин и 9 женщин, средний возраст 49,8±9,68 года) без явных признаков заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы. NGAL (Human NGAL Elisa kit) и KIM-1 (Human KIM-1 Immunoassay ELISA) мочи определяли на автоматическом приборе Watcher Bio-RAD PW40 и иммуноферментном анализаторе Microplate reader Bio-RAD 680 (Bio-RAD Laboratories Inc., США). Содержание креатинина в сыворотке крови и моче и альбуминов в моче определяли с использованием наборов фирменных реагентов на автоматическом биохимическом анализаторе BioSystems A-25 (BioSystems, Испания). Величину СКФ рассчитывали по формуле CKD-EPI. Результаты исследования обработаны статистически с оценкой достоверности различия данных по критерию Манна-Уитни.

Результаты. Результаты исследования показали, что отношение альбумин/креатинин мочи и уровни NGAL и KIM-1 мочи у лиц контрольной группы составляют соответственно 2,49±0,93 мг/г креатинина, 1,76±4,18 нг/мл, 1,12±0,55 нг/мл и достоверно не отличаются от аналогичных показателей больных АГ с сохраненной функцией почек (СКФ 94,2±7,50 мл/мин/1,73 м^2). В моче больных АГ с легкой (СКФ 67,3±5,22 мл/мин/1,73 м^2) и выраженной дисфункцией почек (СКФ 51,3±6,58 мл/мин/1,73 м^2) выявлено повышенное по сравнению с контрольной группой содержание NGAL соответственно в 2,62 и 7,22 раза ($p < 0,05$). Прирост концентрации KIM-1 мочи в этих же группах пациентов составил соответственно 2,12 и 3,14 раза ($p < 0,05$). Похожие результаты были получены и в выделенной группе ($n = 38$) больных эссенциальной АГ. Концентрация NGAL мочи в группе таких больных с легкой дисфункцией почек (СКФ 66,6±5,11 мл/мин/1,73 м^2, $n = 11$) превышала данные группы сравнения в 2,69 раза, а в группе пациентов с выраженным нарушением функции почек (СКФ 53,9±4,94 мл/мин/1,73 м^2, $n = 7$) – в 5,11 раза ($p < 0,05$). Аналогичные данные прироста содержания KIM-1 в моче указанных групп больных эссенциальной АГ составили соответственно 2,22 и 3,46 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Прирост уровня NGAL мочи более чем в 2,5 раза или прирост содержания KIM-1 мочи более чем в 2 раза по сравнению с нормальными значениями может быть диагностическим маркером раннего повреждения проксимальных канальцев и тубулоинтерстиция почек у недиабетических больных АГ с С2 стадией ХБП, включая пациентов с эссенциальной АГ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА У ПАЦИНЕТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Жексембаева С.О.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение эффективности применения ивабрадина в составе комплексной терапии на качество жизни, показатели внутрисердечной гемодинамики и функции внешнего дыхания у больных с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой.

Материал и методы. Обследованы 62 пациента с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой. Из них мужчины составили 40(64,5%), женщины 22(35,5%), возраст колебался от 45 до 78 лет. Диагноз артериальная гипертензия и степень повышения артериального давления устанавливали на основании критериев, рекомендованных Европейским обществом кардиологов(2013г). Диагноз бронхиальная астма был установлен согласно критериям GINA(2014г). Всем больным проводилась эхокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, спирография, электрокардиография. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу составили 30 пациентов, принимавшие антагонист кальция верапамил, включенный в

состав комплексной терапии. Во 2-ю группу вошли 32 больных, получавших комплексную терапию, включающую ингибитор If-каналов пейсмекеров синусового узла - ивабрадин.

Результаты. В результате 12- недельной терапии во 2-ой группе наблюдалась положительная динамика в виде достоверное уменьшение размера левого предсердия и показателей диастолической функции левого желудочка, а также достоверное снижение систолического давления в легочной артерии. Эти данные подтверждают положительное влияние ивабрадина на процессы ремоделирования миокарда и регресс гипертрофии левого желудочка. В результате регресса гипертрофии левого желудочка отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка. До начала терапии показатели систолического и диастолического артериального давления в группах не различались. Через 12 недель в группах лечения ивабрадином и верапамилом зарегистрирована нормотензия, что обусловлено системным вазодилатирующим эффектом препаратов. Применение ивабрадина у больных с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой обеспечивает снижение частоты сердечных сокращений, в результате ингибирования If-каналов клеток синусового узла и уменьшения скорости спонтанной диастолической деполяризации клетки. Во время комплексной терапии, включающие ивабрадин наблюдались более выраженные, чем при применении верапамила, регрессия гипертрофии левого желудочка и улучшение диастолической функции.

Заключение. Таким образом, включение ивабрадина в состав комплексной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой повышает эффективность лечения, улучшает клиническое состояние и качество жизни больных, способствует улучшению параметров центральной гемодинамики, структурно - функционального состояния сердца, уменьшает проявления легочной гипертензии и положительно влияет на состояние бронхолегочной системы.

ПРИМЕНЕНИЕ РОЗУВАСТАТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Жексембаева С.О., Молдабекова Б.Б.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение влияние терапии розувастатином на показатели липидного спектра и их связи с показателями функции внешнего дыхания, риска обострений у пациентов с хронической обстркутивной болезни лёгких, сочетающейся с гиперлипидемией.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты с хронической обструктивной болезни лёгких 1-2-й стадии по GOLD 2011г. (Global Initiative for Chronic Lung Disease 2011). Всем 65 пациентам было проведено комплексное клинико - лабораторное и инструментальное обследование включающее исследование липидного обмена, запись электрокардиограммы, рентгенографию органов грудной клетки, спирографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование электрокардиограммы. Течение хронической обструктивной болезни легких, количество обострений и качество жизни пациентов анализировались с помощью опросника Святого Георгия (SGRQ). Все пациенты были распределены на две группы: в первую группу составили 35 больных, принимавших розувастатин 10 мг с последующей титрацией дозы до достижения целевых уровней липопротеинов низкой плотности в соответствии с рассчитанным риском развития сердечно - сосудистых заболеваний. Во 2-ю группу вошли 30 пациентов,

которые принимали традиционной базисной терапии хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).
При расчёте риска развития сердечно - сосудистых заболеваний по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) все пациенты с ХОБЛ вошли в группу высокого и очень высокого риска. Анализ показателей липидного состава крови и риска развития сердечно - сосудистых заболеваний показал, что всем пациентам показано назначение гиполипидемической терапии. Каждому пациенту были определены целевые уровни липопротеинов низкой плотности.
И так, показанием к назначению розувастатина было наличие ХОБЛ с высоким риском развития сердечно - сосудистых заболеваний.
Результаты. В результате титрации дозы розувастатина к 2-му месяцу терапии все пациенты достигли индивидуальных целевых уровней липопротеинов низкой плотности. Во 2-ой группе статистической значимой динамики липидного состава крови не было. В результате терапии розувастатином наблюдались уменьшения одышки, улучшения толерантности к физической нагрузке, замедления ухудшения функции легких, а также улучшение прогноза выживаемости в ближайшие 4 года.
Следовательно, результаты проведённого исследования подтверждают противовоспалительные и иммуномодулирующие свойства розувастатина у больных ХОБЛ. Переносимость розувастатина была хорошей.
Заключение. Таким образом, включение розувастатина в состав традиционной базисной терапии пациентов хронической обструктивной болезни легких, сочетающейся, с гиперлипидемией позволяет, существенно нормализовать липидный профиль крови и тем самым проводить профилактику сердечно - сосудистых заболеваний и улучшить течения основного заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Жексембаева С.О., Рыскулов Б.Н.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Целью исследование явилось изучение клинической эффективности применение валсартана и бисопролола на риск возникновения фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией.
Материал и методы. Проведено комплексное обследование 68 пациентов с артериальной гипертензией II-III степени, сочетающейся с фибрилляцией предсердий. Из них 46 женщин(67,6%) и 22 мужчин(32,4%), в возрасте 55-78 лет.
Восстановление синусового ритма у пациентов было проведено с использованием фармакологической кардиоверсии в первые 3 суток. Анамнез артериальной гипертензии в среднем составил 5 лет, приступы фибрилляции предсердий регистрировали на электрокардиограмме 1-2 раза в месяц. Всем пациентам проводились эхокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, регистрация электрокардиограммы в 12-ти общепринятых отведениях. О наличие хронической сердечной недостаточности и её функциональном классе (ФК) судили на основании анализа клинических данных, результатов 6-минутной ходьбы, с учётом классификации хронической сердечной недостаточности по NYHA, а также по данным шкалы оценки клинического состояния (ШОКС, модификация В.Ю.Мареева, 2000г.).
Также на основании анамнестических данных отмечали длительность аритмического анамнеза. В зависимости от проводимой медикаментозной терапии пациенты были распределены на две группы. В 1-ю группу были включены 35 больных, получавших

валсартан в дозе 80-160мг в сутки в комбинации с бисопрололом в дозе 5 мг в день. Во 2-ю группу составили 33 пациента принимавшие лизиноприл 10 мг в сутки и верапамил SR 240 мг в день.

Результаты. Было выявлено, что валсартан в комбинации с бисопрололом обладают существенной эффективностью и хорошей переносимостью при лечении артериальной гипертензии у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий. Лечение данными препаратами у пациентов с сочетанием пароксизмальной фибрилляции предсердий и артериальной гипертензии сопровождалось достоверным уменьшением пароксизмов аритмий, в отличие от больных, леченных лизиноприлом и верапамилом SR.

Положительное влияние валсартана в комбинации с бисопрололом на клиническое течение пароксизмальной фибрилляции предсердий обусловлено воздействием на миокард, в виде уменьшение гипертрофии левого желудочка и дилатации левого предсердия. Кроме того, в 1-й группе реже возникали случаи рецидивов фибрилляции предсердий и меньше госпитализаций по поводу хронической сердечной недостаточности, меньшей частотой возникали необходимости имплантации искусственного водителя ритма.

Заключение. Таким образом, длительное применение валсартана в комбинации с бисопрололом приводит к улучшению параметров структурно - функционального ремоделирования миокарда и более эффективно снижает частоту возникновение пароксизмов фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Жексембаева С.О., Рахимбекова С.Р.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение распространенности факторов риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений среди пациентов с фибрилляцией предсердий и оценка эффективности мероприятий, направленных на профилактику тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы. Были обследованы 66 пациентов с фибрилляции предсердий. Среди обследованных больных у 9(13,6%) была пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, у 27(40,9%)-персистирующая, у 30(45,5%)- постоянная форма фибрилляции предсердий. Из них 28 (42,4%) мужчин и 38(57,6%) женщин в возрасте от 36 до 68 лет. У всех пациентов проведена стратификация риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений по шкале CHADS2,CHA2DS2-VASc, а также HAS-BLED. Большинство пациенты страдали ИБС-42 человека(63,6%), артериальная гипертензия встречалась у 24 человека(36,4%). Согласно существующим рекомендациям по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий при назначении антикоагулянтной терапии необходимо провести стратификацию рисков развития инсульта по шкале CHADS2,CHA2DS2-VASc и риска развития кровотечения по шкале HAS-BLED. При оценке риска развития инсультов 1 балл имели 26 пациентов(39,3%), для них могла быть рассмотрена возможность назначения антикоагулянтной терапии, 2 и более баллов по шкале CHADS2,CHA2DS2-VASc отмечено у 40 пациентов(60,7%), которым антикоагулянтная терапия должна была быть обязательно назначена.

Стратификации риска развития кровотечений по шкале HAS-BLED показала, что менее 3-х баллов было у 99,3% пациентов, что свидетельствует о низком риске кровотечений. В зависимости от проводимой медикаментозной терапии пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу были включены 26 больных, получавших ацетилсалициловой

кислоты по 80-100мг в сутки. Во 2-ю группу составили 40 пациентов принимавшие варфарина.

Результаты. Лучшие показатели МНО в диапазоне от 2 до 3 достигаются благодаря тщательному подбору дозы в начале терапии, ежемесячному контролю МНО и повторному титрованию дозы препарата в случае отклонений лабораторных показателей. Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что 60,7% пациентов с фибрилляцией предсердий имеют абсолютные показания к применению антикоагулянтной терапии. Наличие высокого риска тромбоэмболического осложнения у пациентов с фибрилляцией предсердий и высокая распространенность среди наблюдаемых больных высокого риска (по шкале CHA2DS2-VASc score более 2 баллов), обосновывают необходимости проведения длительной антикоагулянтной терапии у этих больных.

Заключение. Таким образом, более 60% пациентов в качестве профилактики тромбоэмболических и геморрагических осложнений получали варфарин. При этом решение о назначении варфарина принимается индивидуально и проводится под жестким мониторингом эффективности и безопасности терапии.

ЧАСТОТА ВАГОТОНИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКЦИИ НА ХОЛОДОВУЮ ПРОБУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ТОНУСОМ

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Сулиманова Д.Р., Рубанова М.П., Вебер К.В.
ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого».
Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Изучение частоты дезадаптивной ваготонической вегетативной реакции на холодовую пробу (ХП) у больных АГ в зависимости от исходного вегетативного профиля.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2013), в том числе 19 женщин (средний возраст 49,2±2,8 лет) и 18 мужчин (средний возраст 49,5±2,4 лет) ранее не получавших регулярную антигипертензивную терапию. Исследование функций вегетативной нервной системы проводилось методом вариационной интервалометрии в состоянии покоя и при ХП. Определялся показатель индекс напряжения (ИН), характеризующий активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регуляции. Исходный вегетативный профиль определялся по значениям ИН в покое: симпатикотония - ИН >200, ваготония - ИН <100, нормотония – ИН от 100 до 200. Дезадаптивная ваготоническая реакция на ХП регистрировалась при уменьшение ИН на ≥ 30% в ответ на холодовое воздействие. Холодовая проба проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 минуту.

Результаты исследования. Анализ динамики вегетативных показателей у пациентов с различным исходным вегетативным тонусом в покое показал, что у больных с преобладание исходной симпатикотонии при проведении ХП ваготоническая реакция отмечалась в 78,6% случаев у мужчин и в 35,0% случаев у женщин ($p<0,05$). Следует отметить, что в у 28,6% больных АГ мужчин и 6,5% женщин ваготоническая вегетативная реакция на холодовую пробу сочеталась со снижением АД на 10% и более.

В группе исходных «нормотоников» ваготоническая реакция при проведении ХП встречалась в 45,8% случаев у мужчин (в том числе у 11,1% больных в сочетании со снижением АД) и у 40,0% женщин. У больных АГ с исходной ваготонией при холодовом стрессе у 36,4% мужчин и 30% женщин отмечалось нарастание ваготонических влияний, в том числе у 12,4% мужчин сопровождавшееся выраженной гемодинамической реакцией со снижением АД.

Заключение. Таким образом, ваготоническая реакция на холодовой стресс встречалась во всех группах больных, независимо от исходного вегетативного профиля, причем чаще в группе больных АГ мужчин «симпатикотоников». Во всех группах, особенно в группе больных АГ мужчин с исходной симпатикотонией, наблюдались больные, у которых ваготоническая реакция на холодовой стресс сочеталась со значительным снижением АД, что можно расценить как неблагоприятную гемодинамическую реакцию на стресс.

Клинический опыт применения эналаприла малеат и нитрендипина в лечении гипертонической болезни

Жолбасканова К.Т., Есенгалиева И.Е., Молдашева З.Б.
ЗКГМУ им.Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

В настоящее время лидирующее место в лечении гипертонической болезни занимают антогонисты кальциевых каналов и ингибиторы АПФ. Наиболее распространенными и эффективными являются их фиксированные комбинации.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке клинической эффективности фиксированной комбинации эналаприла малеат и нитрендипина больным гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Были исследованы 32 пациента, состоящих на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни. Среди них мужчин было 18, женщин 14. Средний возраст составил 64,7 лет.

Результаты. Гипертензия – важнейшая проблема современного здравоохранения, так как более четверти взрослой популяции во всем мире страдают этим заболеванием. Артериальная гипертензия приводит к снижению качества жизни, ее продолжительности и инвалидизации. В этих условиях лекарственный преепарат, предназначенный для лечения, должен обладать высокой антигипертензивной эффективностью, лучшей переносимостью и безопасностью. Фиксированные комбинации блокаторов кальцевых каналов и ингибиторов АПФ логичны и разумны в данной ситуации, отвечают всем перечисленным требованиям. Был использован препарат «Энеас» фирмы Ferrer Internacional (эналаприла малеат 10 мг и нитредипина 20мг). Активные соединения, входящие в состав Энеас оказывают взаимодополняющее действие. В исследуемую группу были включены пациенты с эссенциальной формой артериальной гипертензии 1-2 степени без ассоциированных клинических состояний в анамнезе, не получавших регулярного лечения, либо получавших препараты других классов, без достижения целевых уровней артериального давления. В амбулаторных условиях пациентам назначили Энеас по 1 таблетке 1 раз в день в течение 6 месяцев. Исследование завершили 30 пациентов. Анализ показал, что 30 (93,7%) пациентов имели положительный результат. У данных пациентов достоверно фиксировалось стойкое снижение артериального давления до целевых уровней (САД<140 мм. рт.ст., ДАД<90 мм.рт. ст.) и его стабилизация в течение дня. Наблюдалась высокая приверженность, хорошая переносимость препарата. Процент побочных эффектов был минимальный: у 1 (3,1%) пациента отмечался желудочный дискомфорт, у 1 (3,1%) пациента – головокружение.

Заключение. Препарат «Энеас» фармацевтической фирмы Ferrer Internacional достоверно и эффективно снижает уровень артериального давления, имеет высокий профиль безопасности, хорошую переносимость. Это обстоятельство обусловливает возможность его применения в комплексной терапии у больных с артериальной гипертензией.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Жолдин Б.К., Ешниязов Н.Б., Кушимова Д.Е., Медовщиков В.В.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Общеизвестно, что стресс, депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства выступают как независимые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. На сегодняшний день психоэмоциональное напряжение у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) изучено недостаточно, что обуславливает необходимость изучения данной проблемы и поиска путей ее решения.

Цель. Изучить состояние психоэмоционального напряжения среди больных стабильной ИБС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения Актюбинской областной больницы (АОБ). В исследование было включено 45 пациентов (28 мужчин и 17 женщин), направленных для проведения плановой коронароангиографии в терапевтическое отделение АОБ в период с сентября 2016 по февраль 2017 годов. Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте 40-75 лет, со стабильной ИБС с инфарктом миокарда в анамнезе или без с верифицированным атеросклеротическим поражением коронарных артерий по данным коронароангиографии. Критерии исключения: мужчины и женщины в возрасте до 40 и старше 75 лет, с пороками сердца и сосудов, миокардитами, печеночной недостаточностью, заболеваниями крови, онкологическими и психическими заболеваниями в анамнезе. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Психоэмоциональное напряжение оценивалось по наличию у исследуемых тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10. Достоверность во всех видах анализа была принята при пороге значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и заключение. Средний возраст у мужчин составил 62,5±7,7, у женщин – 62,3±6,5. В шкале тревоги сумма набранных баллов у мужчин распределилась следующим образом: норма – 25 человек, клинически выраженная тревога у 3 человек. Среднее значение набранных баллов у мужчин составило 6,5±3,8, что соответствует отсутствию тревоги. Результаты в подгруппе женщин по шкале тревоги: норма – 7 человек, субклинически выраженная депрессия у 2, клинически выраженная депрессия – 8 человек, среднее значение – 13,0±4,7, что соответствует клинически выраженной тревоге. Статистически достоверные различия были обнаружены по U критерию Манна-Уитни в шкале тревоги между мужчинами и женщинами ($Z= -3,4$, $p= <0,0007$). Результаты по шкале депрессии у мужчин: норма – 11 человек, субклинически выраженная депрессия у 12, клинически выраженная депрессия – 5 человек, среднее значение – 10,0±2,2, что соответствует верхней границе субклинически выраженной депрессии. В группе женщин: норма – 4 человека, субклинически выраженная депрессия – 8, клинически выраженная депрессия – 4, среднее значение – 10,0±2,0, что также составляет верхнюю границу субклинически выраженной депрессии. Авторы продолжают изучать данную проблему, в том числе и факторы, влияющие на состояние психоэмоциональной сферы у пациентов со стабильной ИБС.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Жолдин Б.К., Ешниязов Н.Б., Сейтмагамбетова С.А., Мулдашева А.Э.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

На сегодняшний день под качеством жизни, связанным со здоровьем (health related quality of life – HRQL) понимается интегральная характеристика физического, психологического,

социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия. В стратегии ведения пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) лечащий врач должен преследовать две цели: улучшение прогноза и уменьшение частоты и интенсивности ангинозных приступов. Последнее в большей степени и определяет качество жизни. Все это обуславливает необходимость изучения качества жизни у данной категории пациентов с целью коррекции тактики ведения.

Цель. Изучить качество жизни среди больных стабильной ИБС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения Актюбинской областной больницы (АОБ). В исследование было включено 45 пациентов (28 мужчин и 17 женщин), направленных для проведения плановой коронароангиографии в терапевтическое отделение АОБ в период с сентября 2016 по февраль 2017 годов. Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте 40-75 лет, со стабильной ИБС с инфарктом миокарда в анамнезе или без с верифицированным атеросклеротическим поражением коронарных артерий по данным коронароангиографии. Критерии исключения: мужчины и женщины в возрасте до 40 и старше 75 лет, с пороками сердца и сосудов, миокардитами, печеночной недостаточностью, заболеваниями крови, онкологическими и психическими заболеваниями в анамнезе. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Качество жизни оценивалось по Сиэтловскому опроснику (Seattle Angina Questionnaire - SAQ), где больший показатель свидетельствует о лучшем качестве жизни. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10. Достоверность во всех видах анализа была принята при пороге значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и заключение. Средний возраст у мужчин составил 62,5±7,7, у женщин – 62,3±6,5. Результаты в группе мужчин распределились следующим образом: среднее значение по шкале ограничений физических нагрузок (PL) – 70%, шкала стабильности приступов (AS) – 100%, шкала частоты приступов (AF) – 75%, шкала удовлетворенность лечением (TS) – 95%, шкала отношения к болезни (DP) – 67%. Результаты в группе женщин: среднее значение по шкале PL – 31%, по шкале AS – 75%, по шкале AF – 60%, по шкале TS – 90%, по шкале DP – 67%. Статистически достоверные различия по U критерию Манна-Уитни между группами были обнаружены лишь в шкале ограничений физических нагрузок ($Z= 3,04$, $p= <0,002$), по другим шкалам различия были статистически недостоверны. Изучение факторов, влияющих на качество жизни пациентов со стабильной ИБС (антропометрических данных, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, коморбитности) продолжается. Ухудшение качества жизни у данной категории пациентов будет сопровождаться и ухудшением прогноза. Все это требует интегрального подхода в тактике ведения пациента со стабильной ИБС.

РОЛЬ ОПРОСНИКОВ В ОЦЕНКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Жусупова А.М.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель: определить возможность использования опросников mMRS, CAT, CCQ, SGRQ в оценке клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы исследования. Проведено одномоментное исследование 26 пациентов с ХОБЛ (средний возраст 59,5±12,2 лет) методом случайной выборки в пульмонологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды. Диагноз ХОБЛ подтвержден на основе интегральной оценки симптомов, анамнеза, объективного статуса, данных спирометрии (GOLD 2016). У 73,1% больных выявлена степень GOLD 3, у 26,9% – GOLD 4. 92,3% обследуемых пациентов были курящими, при этом

превалировали больные с индексом курильщика (ИК) > 30 пачка/лет (45,8%). У 53,8% пациентов фактором риска ХОБЛ послужило вдыхание производственной пыли. Подавляющее большинство больных имели сопутствующую патологию: ИБС (42,3%) и АГ (38,5%). Пациенты отвечали на вопросы анкет mMRS, CAT, CCQ, SGRQ. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью пакета программ «Statistica» 7.0.

Результаты исследования. В среднем длительность тестирования составила: mMRS – 2 минуты, CAT – 4 минуты, CCQ – 7 минут, SGRQ – 19 минут. Все пациенты справились самостоятельно лишь с опросником mMRS, тогда как с CAT – 76,9%, с CCQ – 65,4%, SGRQ – 11,5% человек. Следует отметить, что ухудшение состояния наблюдалось у 69,2% пациентов при ответе на опросники SGRQ, у 30,7% - CCQ, у 3,8% - CAT. При этом у обследуемых лиц пожилого возраста затрачивалось в 2,2 раза больше времени при анкетировании, и требовалась помощь медицинского персонала в сравнении с пациентами в возрастной категории до 45 лет ($p<0.05$). Корреляционный анализ показал прямую положительную связь между итоговыми баллами mMRS и CAT ($r=0.6$, $p<0.01$). При этом наиболее сильная корреляционная связь выявлена между значениями mMRS и баллами CAT, отражающими одышку. Выявлена корреляционная связь между суммарным количеством баллов шкалы mMRS и суммарным количеством баллов опросника CCQ ($r=0.42$, $p<0.05$), суммарным количеством баллов шкалы mMRS и суммарным количеством баллов опросника SGRQ ($r=0.44$, $p<0.05$). Обнаружена слабая связь между итоговыми баллами mMRS и доменом «функциональной состояние» CCQ ($r=0.2$, $p<0.05$), итоговыми баллами mMRS и доменом «симптомы» CGRQ ($r=0.22$, $p<0.05$).

Заключение. Опросники mMRS и CAT могут быть взаимозаменяемыми. Справиться самостоятельно пациенты ХОБЛ могут лишь с опросником mMRS. Пациентам пожилого возраста в 2,2 раза больше времени необходимо для заполнения опросников ($p<0.05$).

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Жусупова А.М.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель: проанализировать клинико-лабораторные данные при первичной диагностике острого лейкоза (ОЛ) у взрослого населения Карагандинской области.

Материал и методы исследования. Ретроспективно проанализированы истории болезней больных с впервые установленным в 2014-2016г.г. диагнозом ОЛ в гематологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды. Диагноз и вариант ОЛ подтвержден на основе количества бластных клеток в костном мозге 20% и более (ВОЗ, 1999), цитохимического исследования и иммунофенотипирования.

Результаты исследования. Всего за анализируемый период установлен диагноз острого лейкоза у 21 больного (14 женщин и 7 мужчин). Медиана возраста по всем пациентам составила 45 лет (разброс 30 – 81 год). Среди больных преобладали жители городов (Караганда, Темиртау, Абай, Сатпаев, Сарань) – 80,9%. Первичный ОЛ установлен у 95,2% больных, связь с ранее проведенной химио- и лучевой терапией по поводу других заболеваний выявлена у 4,8% человек. Ведущим вариантом был острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) – 71,4% случаев, реже встречались острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – 23,8%, лейкоз недифференцированный – 4,8%. В структуре ОЛЛ преобладал В-линейный common – 73,3%, pre-B и ранний pre-B (pro-B) составили по 13,3%.

Большинство больных (66,7%) поступали в гематологическое отделение в течение месяца от манифестации заболевания, 28,6% - спустя 30-60 дней и 4,8% - через 3 месяца от дебюта. Ведущими синдромами при госпитализации в стационар были анемический

(100%) и инфекционно-токсический (76,2%). Более чем у половины больных наблюдались гиперпластический (61,9%) и геморрагический (57,1%) синдромы. В 33,3% случаев отмечались петехиальная сыпь и экхимозы, 16,7% больных указывали на рецидивирующие носовые и десневые кровотечения. У 38,1% пациентов выявлена спленомегалия, при этом у 28,6% человек площадь селезенки по данным ультразвукового исследовании превышала 100 $см^2$. Гепатомегалия отмечена у 57,1% больных, но более чем у половины пациентов край печени не выступал более чем на 3 см из под края реберной дуги. Увеличение лимфоузлов зафиксировано у 52,4% больных.

В общем анализе крови в 90,5% случаях встречались бластные клетки и ускорение СОЭ. У 47,1% больных анемия была средней степени тяжести, у 38,1% - тяжелой степени. Тромбоцитопения регистрировалась у 71,4% пациентов, при этом в 61,9% случаев количество тромбоцитов было менее $50x10^9$/л. У 33,3% больных отмечена лейкопения и у 28,6% - лейкоцитоз. Следует отметить, что в 14,3% случаях число лейкоцитов превышало $100x10^9$/л.

Заключение. Среди взрослых пациентов с ОЛ в Карагандинской области преобладают женщины (66,7%), чаще ОЛ манифестирует в возрасте 45 лет. В клинической картине превалируют анемический и инфекционно-токсический синдромы, в 66,7% случаях проявления заболевания отмечаются менее 1 месяца до верификации диагноза.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II – III СТАДИЙ

Жумабаева Т.Н., Жилкибаева Б.Ж., Алтаева А. М.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан.

Цель: ранняя диагностика степени нефропатии у больных артериальной гипертензией (АГ) путем определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по Кокрофта – Гольта.

Материалы и методы: для выполнения поставленной цели нами обследовано 80 больных с АГ в возрасте 35 – 65 лет, которые были распределены по 40 больных каждой стадии. Из них 32 мужчин, 48 женщин. Давность АГ составляла 7 – 15 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от возраста: 35 – 45; 46 – 55; 56 – 65. Всем пациентам проведено определение креатина с последующим вычислением СКФ по Кокрофта – Гольта.

$$СКФ = \frac{(140 - возраст) \times вес\ (кг) \times коэффициент}{0{,}82 \times сыв.\ креатинин\ (мкмоль/л)}$$

Коэффициент для мужчин – 1.0; для женщин – 0.85.

Результаты: у больных АГ II стадии СКФ составляла 74% - у 17 пациентов, что соответствует легкой степени нефропатии; 86% - у 16, и 93% - у 4 больных; пациенты АГ III стадии распределены следующим образом: СКФ у 11 больных, перенёсших инфаркт миокарда с недостаточностью кровообращения (НК) составило 60 - 63%, также соответствует легкой степени нефропатии; у 16 больных, перенесших инсульт СКФ 59% соответствующая средний степени нефропатии, у 13 пациентов СКФ составила 80%, являющиеся нижней границей нормы.

Заключение. Таким образом, наше исследование показало, что у больных артериальной гипертензией снижение СКФ наблюдается уже во II стадии АГ и нарастает при наличии осложнений ее. Поэтому постоянное определение СКФ и проведение профилактических мероприятий способствовало бы сохранению функциональных способностей почек, улучшению качества жизни и предотвратить развития хронической почечной недостаточности.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕРЕНИЕ КОРРИГИРОВАННОГО Q-T ИНТЕРВАЛА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Жумабаева Т.Н., Каримсакова Б.К., Базарбаева С.К.
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Клиника семейной медицины ЗКГМУ имени Марата Оспанова, Госпиталь с Поликлиникой Департамента Внутренних Дел Актюбинской области, Актобе, Казахстан.

Цель: определение в амбулаторных условиях развитие проаритмогенного эффекта различных групп лекарственных препаратов путем определения корригированного Q-T интервала.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной задачи под наблюдением находились 50 больных. Пациенты были разделены на 3 группы с учетом возраста и пола. 1-ую группу составили 10 больных в возрасте от 30 до 55 лет. Из них 5 женщин и 5 мужчин с диагнозом: Хронический пиелонефрит. Симптоматическая артериальная гипертензия(САГ) и хроническая почечная недостаточность (ХПН) II А стадии; во 2-ую группу включены 15 пациентов мужского пола в возрасте 47 – 65 лет с хроническим гнойно-обструктивным бронхитом с частыми обострениями, хроническое легочное сердце и 3-ую группу составили 15 больных с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца в возрасте 35 – 70 лет. Из них мужчин – 8, женщин – 7. Пациенты 1-ой группы получали амлодипин и азитромицин; 2-ой группы – аугментин и амлодипин; пациенты 3-ей группы поучали только амлодипин. Всем пациентам определена концентрация калия, кальция, натрия, корригированный Q-T интервал до и после 5 месячного наблюдения.

Результаты. Результаты нашего наблюдения показали удлинение корригированного Q-T интервала до 0,47 у 6 пациентов при норме до 0,44 секунд; у 4-х больных до 0,40; во 2-ой группе удлинение корригированного Q-T выявлено у 3-х до 46 сек; у 2-х с 0,33 сек до начало лечения до 0,42 сек после 5 месячного приема амлодипина и 10 дневного приема аугментина; 3-ей группе из 15 больных удлинение корригированного Q-T интервала от 0,35 до 45 сек. зарегистрировано у 3-х; у 8 – ми пациентов до 49 сек и у 4 – х в пределах 0,34 – 0,37сек. Концентрация калия в вышеуказанных группах составила 3,9 – 5,9 ммоль /л, 3,0- 4,3 ммоль/л и 3,1 - 4,4ммоль/л соответственно.

Выводы. Таким образом, наше наблюдение показало, что определение корригированного Q-T интервала в поликлинических условиях способствовало бы раннему выявлению проаритмогенного эффекта антагонистов кальция у различных категорий больных с учетом возраста и состояния электролитного баланса и проводить своевременно профилактические мероприятия развития аритмии.

СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ СЕПСИСА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Жусупова А.М.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель: проанализировать структуру возбудителей сепсиса у больных депрессиями кроветворения.

Материал и методы исследования. Исследованы гемокультуры от больных депрессиями кроветворения и симптомами сепсиса, находившихся в 2014-2016г.г. на стационарном лечении в гематологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды. Кровь брали из периферической вены в коммерческие флаконы, предназначенные для

культивирования образцов крови, при возникновении температуры выше 38°С. Идентификацию микроорганизмов проводили с помощью рутинных методов.

Результаты исследования. Выделено 62 микроорганизма от 48 больных с нейтропенией в возрасте от 18 до 79 лет. Больных с множественной миеломой было 25%, лимфомой – 20,8%, апластической анемией – 18,8%, острым лейкозом -12,5%, другими заболеваниями – 22,9%.

Частота выявления грамотрицательных бактерий составила 45,2% (n=28), грамположительных бактерий – 41,9% (n=26), дрожжевых грибов – 12,9% (n=8). У 3 (6,25%) пациентов одновременно выделили более одного микроорганизма, при этом в гемокультуре преобладало сочетание грамотрицательных и грамположительных бактерий. В структуре грамотрицательных бактерий, выявленных у больных с сепсисом на фоне нейтропении, преобладали бактерии семейства Enterobacteriaceae (29%), а именно E. coli (16,1%), K. pneumoniae (9,7%), Pseudomonas aeruginosa (4,8%). Среди грамположительных бактерий доминирующие позиции в структуре принадлежали Enterococcus spp. и коагулазонегативному стафилококку (12,9%), S. aureus (8,1%). Из дрожжевых грибов лидирующими были Candida non-albicans (6,25%).

Анализ чувствительности микрофлоры, проведенный с использованием автоматических бактериологических анализаторов, выявил устойчивость E. coli в 81,6% случаев к цефотаксиму, цефтриаксону, левофлоксацину, ципрофлоксацину. К амикацину устойчивость сохранялась на уровне 21,2%. E. coli были в 100% случаев чувствительны к карбапенемам. Pseudomonas aeruginosa в 62,5% случаев были устойчивы к амикацину, ципрофлоксацину, цефтазидиму, в 30,3% случаев определялись условно-резистентные штаммы к имипенему. Обнаружена полная резистентность Enterococcus spp. к амикацину, цефотаксиму, цефтриаксону, при этом в 100% случаев не выявлены устойчивые штаммы Enterococcus spp. к ванкомицину. Аналогичный спектр устойчивости к антибактериальным препаратам был обнаружен у S. aureus.

Заключение. В структуре возбудителей сепсиса по результатам гемокультур преобладали грамотрицательные бактерии (45,2%). В 6,25% случаев флора была смешанной.

АССОЦИАЦИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Зуева И.Б., Кривоносов Д.С., Буч А.В., Урумова Е.Л., Ким Ю.В.
ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь показателей когнитивных функций с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и оценить их прогностическое значение у пациентов среднего возраста.

Материал методы. В исследование были включены 883 пациента 409 (46,1%) женщин и 474 (53,9%) мужчин в возрасте от 35 до 55 лет. Средний возраст составил 47,08±6,3 лет. Всем больным проводилось клиническое обследование с исследованием антропометрических показателей. Осуществлялся забор крови для определения уровня глюкозы плазмы и показателей липидного спектра. Для исключения значимой тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Когнитивные функции оценивались с помощью применения скрининговых нейропсихологических шкал. Применялась батарея тестов для диагностики лобной дисфункции – FAB - тест, краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE)), тест «рисования часов», тест «10 слов по Лурии». Проспективное наблюдение осуществлялось в течении пяти лет. Один раз в год проводилось повторное обследование пациентов включая анкетирование и клинико-лабораторные методы исследования.

Математическая модель, построенная в данной работе, описывающая процесс изменения во времени показателей когнитивных нарушений, основана на применении аппарата нелинейного регрессионного анализа.
При систематизации и статистической обработке данных различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.
Результаты. При проведении корреляционного анализа была выявлена тесная взаимосвязь между результатами теста MMSE и уровнем глюкозы ($r=-0,45$), ($p<0,05$), артериального давления ($r=-0,53$), ($p<0,05$), общего холестерина ($r=-0,41$), ($p<0,05$). Была отмечена корреляция длительности ожирения с MMSE ($r=-0,54$) и тестом «10 слов по Лурии» ($r=-0,37$), ($p<0,05$).
На протяжении пяти лет наблюдения множественный регрессионный анализ показал, что уровень когнитивных функций в целом, по результатам теста MMSE определяется в основном уровнем глюкозы ($p<0,001$) и САД ($p<0,001$).
Заключение. В результате проведенного исследования было продемонстрировано, что уровень глюкозы и артериального давления были наиболее значимыми факторами риска, определяющими развитие и прогрессирование когнитивного дефицита у пациентов среднего возраста.

АССОЦИАЦИЯ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зуева И.Б., Кривоносов Д.С., Буч А.В., Урумова Е.Л.
ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь скорости распространения пульсовой волны с показателями когнитивных функций у пациентов с артериальной гипертензией.
Материал и методы. В исследование были включены 70 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет. Средний возраст составил 47,6±6,1 лет. Пациенты были разделены на две группы: Группа А: больные с артериальной гипертензией (n=34). Группа Б: здоровые лица (n=36). Всем больным проводилось клиническое обследование с исследованием антропометрических показателей. Для исключения значимой тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Когнитивные функции оценивались с помощью применения батареи нейропсихологических шкал. Количественная оценка когнитивных функций определялась методом когнитивного вызванного потенциала с помощью ЭМГ/ВП Nicolet Viking Select.
Оценка скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) выполнялась на приборе SphygmoCor (AtCor, Австралия) методом аппланационной тонометрии с соблюдением стандартных условий исследования. СРПВ на участке сонная артерия-бедренная артерия измеряли сфигмографическим методом с использованием непрямого метода измерения каротидно-феморального расстояния.
При систематизации и статистической обработке данных различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.
Результаты. Скорость распространения пульсовой волны у пациентов с артериальной гипертензией была выше по сравнению со здоровыми лицами ($11,2 \pm 1,79$ и $8,42 \pm 1,41$ м/с $p<0,01$). В группе пациентов с артериальной гипертензией результат теста MMSE был достоверно ниже, по сравнению с группой здоровых лиц ($p<0,01$). В группе А отмечалось снижение как краткосрочной ($p<0,01$), так и долгосрочной ($p<0,01$) памяти по сравнению с пациентами группы Б. При оценке когнитивных функций методом когнитивного вызванного потенциала было продемонстрировано, что латентный период Р300 был достоверно больше у пациентов с артериальной гипертензией, по сравнению с группой здоровых лиц ($p<0,01$).

Более высокая скорость распространения скорость пульсовой волны была ассоциирована с большим значением латентного периода когнитивного вызванного потенциала (r=0,48, p=0,003).

Заключение. У пациентов с артериальной гипертензией отмечаются доклинические структурно-функциональные изменения сосудистого русла в виде повышения жесткости сосудистой стенки с неатероматозным ремоделированием артерий, что ассоциируется со снижением когнитивных функций по данным нейропсихологического тестирования и когнитивного вызванного потенциала.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОДОЗНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Зуева И.Б., Кривоносов Д.С., Буч А.В., Урумова Е.Л.
ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить влияние высокодозной терапии статинами на параметры когнитивных функций у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. В исследование было включено 80 больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС). Средний возраст составил 52,87±5,3 лет. Длительность ИБС 5,8±1,72 лет. Все пациенты получали высокоинтенсивную терапию аторвастатином в дозе 80 мг (n=40) и озувастатином 40 мг (n=40) в сутки. Длительность терапии составила 12 месяцев. Для исключения значимой тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Когнитивные функции оценивались с помощью применения батареи нейропсихологических шкал: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination(MMSE)), батарея тестов на лобную дисфункцию, тест рисования часов, тест «10 слов по Лурии. Для оценки быстроты реакции и способности концентрировать внимание была использована проба Шульте. Для оценки памяти применялась шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Scale, WMS).

Количественная оценка когнитивных функций определялась методом когнитивного вызванного потенциала с помощью ЭМГ/ВП Nicolet Viking Select.

При систематизации и статистической обработке данных различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты. Через 12 месяцев гиполипидемической терапии отмечалась положительная динамика липидного спектра в обеих группах: отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина ($p<0,05$), триглицеридов ($p<0,05$). На фоне терапии статинами были достигнуты целевые уровни холестерина липопротеидов низкой плотности: на фоне терапии аторвастатином (с 3,57±1,06 до 1,81±0,68 ммоль/л ($p<0,05$) и розувастатином (с 3,51±1,02 до 1,78±0,64 ммоль/л ($p<0,05$). На фоне терапии аторвастатином и розувастатином отмечалось улучшение когнитивных функций в целом ($p<0,01$), улучшение как краткосрочной ($p<0,01$), так и долгосрочной ($p<0,01$) памяти, а также параметров внимания ($p<0,01$).

При оценке когнитивных функций методом когнитивного вызванного потенциала было продемонстрировано достоверное уменьшение латентного периода Р300 через один год терапии в группе пациентов, получавших как аторвастатин ($p<0,01$), так и розувастатин ($p<0,01$).

Заключение. Высокодозная терапия розувастатином и аторвастатном значимо улучшала липидный профиль и способствовала достижению целевых уровней холестерина липопротеидов низкой плотности. Гиполипидемическая терапия способствовала улучшению когнитивных функций у пациентов с ишемической болезнью сердца по данным нейропсихологического тестирования и когнитивного вызванного потенциала.

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить особенности характер питания пациентов с ожирением на современном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 263 жителя г.Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся на прием к диетологу по поводу коррекции алиментарно-зависимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Средний возраст мужчин - 47,8±12,4года, женщин - 52,9±13,5лет. Из всех обследованных лиц пациенты с нормальной массой тела составили 31 % (82 человека – 62 женщины и 20 мужчин), с избыточной массой тела – 36 % (94 человека – 59 женщин и 35 мужчин) и ожирением - 32 % (84 человека -52 женщины и 32 мужчин). Измерение массы тела проводилось по стандартной методике. Оценка фактического питания выполнена с использованием программы «Анализ состояния питания человека» версия 1.2.4.

Результаты. Суточная калорийность рациона питания пациентов с ожирением составила 2293,5±692,9 ккал и достоверно не отличалась от лиц с нормальной массой тела (2085,7±585,9 ккал). Рацион питания пациентов ожирением, также как и лиц с нормальной массой тела характеризовался избыточным потреблением жиров, главным образом, за счет насыщенных. Так, доля общего жира в обеспечении общей калорийности рациона питания пациентов с ожирением и нормальной массой тела составила 42,3% и 43,4%, соответственно, что значительно превышает рекомендуемую величину в 30 %. Потребление общего и насыщенного жира было несколько выше у пациентов с ожирением (106,9±37,7 г/сут. и 35,7±14,4 г/сут., соответственно), чем у лиц с нормальной массой тела (98,1±34,2 г/сут., и 30,2±12,0 г/сут., соответственно), но без достоверной разницы. Потребление пациентами с ожирением полиненасыщенных жирных кислот составило 23,7±8,3 г/сут. и не отличалось от уровня потребления лицами с нормальной массой тела. Выявлено более высокое содержание пищевого холестерина в рационе лиц с ожирением по сравнению с рационом лиц с нормальной массой тела (256,6±118.1 мг/сут. и 211,9 ±92,8 мг/сут., соответственно). Пациенты с ожирением достоверно отличались от лиц с нормальной массой тела более высоким потреблением общих углеводов (227,3±107,9 г/сут. и 184,9±78,6 г/сут., соответственно, $p<0,001$). Однако, достоверной разницы в потреблении крахмала (110,2±72,8 г/сут. и 84,9±53,3 г/сут.) и добавленного сахара (48,4±37,7 г/сут. и 36,78±30,2 мг/сут.) между лицами с ожирением и нормальной массой тела не выявлено. Потребление пищевых волокон было значительно ниже рекомендуемых величин и составило 9,16±4,9 г/сут. у пациентов с ожирением и 7,46±3,56 г/сут. – у пациентов с нормальной массой тела, без достоверных различий между группами.

Заключение. Рацион питания пациентов с ожирением характеризуется избыточным потреблением общего и насыщенного жиров и низким потреблением общих углеводов и пищевых волокон, что целесообразно учитывать при проведении профилактического консультирования по коррекции характера питания.

ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Иевлев Е.Н., Руденко И.Б., Наумова В.Г., Бирюкова Т.А.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель исследования. Провести анализ выраженности депрессии у больных, находящихся на хроническом гемодиализе в Удмуртской республике.
Материалы и методы исследования. Обследовано 248 пациентов с ХБП 5д стадии, М/Ж = 129/119, в возрасте от 18 до 61 года, проходивших лечение в отделениях гемодиализа Удмуртской республики (г. Ижевска, Глазова, Воткинска, Можги, Сарапула). Длительность диализной терапии в среднем составила 7,9±3,5 лет; длительность АГ - 15,4±7,5 лет. В зависимости от уровня АД, все пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимых по возрасту и полу. Первую группу составили 173 пациента с повышенным АД, вторую группу - 28 пациента с нормальным АД и третью группу - 47 пациентов с пониженным АД. Все пациенты с АГ получали базисную антигипертензивную терапию. Для исследования выраженности депрессии пациенты самостоятельно заполняли опросник шкалы депрессии Бека (1961г.)
Результаты исследования. При анализе данных шкалы депрессии Бека получено, что у больных, находящихся на ГД, симптомы депрессии встречались у 205 (82,7%) пациентов. Из них субдепрессия наблюдалась у 65 (26,2%) пациентов. Встречаемость симптомов депрессии по степени была следующей: умеренная депрессия у 49 (19,8%), средней степени у 70 (28,2%), тяжелая у 21 (8,5%) пациентов. Выявлено, что для выраженной и тяжелой депрессии у данной когорты характерно присутствие большинства проявлений депрессивного симптомокомплекса, в т.ч. суицидальных мыслей, возможны психотические проявления (с бредовыми идеями вины), выраженное нарушение профессионального и социального функционирования. У больных с АГ депрессия встречалась у 167 (96,5%) пациентов; у больных с нормальным АД у 17 (60,7%), с пониженным АД у 23 (48,9%). Выраженность депрессии у пациентов с АГ составила в среднем 20,6±1,1 балла, с нормальным АД – 18,6±2,7, с пониженным АД - 11,6±1,5(p_{1-3}<0,001; p_{2-3}<0,001). Симптомы депрессии выявлены у 114 (95%) пациентов с АГ 1 степени и у всех (100%) пациентов со 2 и 3 степенью. У пациентов с АГ 1 степени выраженность в среднем составила 17,9±1,3 балла, с АГ 2 степени - 20,9±2,5 балла и с АГ 3 степени - 26±2,7 балла (p_{1-3}=0,0003).
Заключение. Исходя из вышеизложенного следует, что депрессия у пациентов на гемодиализе встречается практически у всех больных. Пациенты с АГ имеют бóльший риск возникновения депрессии. Степень тяжести симптомов депрессии увеличивается с увеличением степени АГ. Так как депрессия по данным литературы является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, то у больных АГ, находящихся на хроническом гемодиализе, требуется совместное коррекция АД и проведение проведение психотерапевтического и психофармакологического лечения.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНАМИ И МИНЕРАЛЬНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценить обеспеченность рациона питания пациентов с ожирением витаминами и минеральными веществами на современном этапе.
Материалы и методы. Обследовано 263 жителя г. Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся на прием к диетологу по поводу коррекции алиментарно-зависимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Средний возраст мужчин составил 47,8±12,4года, женщин - 52,9±13,5лет. Из всех обследованных пациенты с нормальной массой тела составили 31 % (82 человека – 62 женщины и 20 мужчины), с избыточной массой тела – 36 % (94 человека – 59 женщины и 35 мужчины), и ожирением - 32 % (84 человека -52 женщины и 32 мужчины). Измерение массы тела проводилось по

стандартной методике. Оценка фактического питания проводилась с использованием программы «Анализ состояния питания человека» версия 1.2.4.

Результаты. В пищевом рационе пациентов с ожирением отмечено сниженное относительно рекомендуемых норм содержание витаминов В1, В2, ниацина и витамина D (1,14±0,35 мг/сут.; 1,3±0,49 мг/сут.;13,7±5,1 мг/сут и 4,1±3,2 мкг/сут., соответственно). Среднее потребление витаминов А и С с пищей составило 1119,7±648.1 мг/сут. и 195,6±117,7 мг/сут., соответственно, что сопоставимо с адекватным уровнем потребления. Профиль потребления витаминов пациентами с ожирением достоверно не отличался от такого у лиц с нормальной и избыточной массой тела. В рационе питания пациентов с ожирением выявлено пониженное относительно рекомендуемых норм потребление кальция и магния - 940.8 ±354,8 мг/сут. и 330.0±113,0 мг/сут., соответственно, в то время как потребление фосфора было выше рекомендуемой величины и составило 1318,2±417,4 мг/сут. Соотношение кальций/фосфор в рационе питания составило 1:1,4, что не соответствовало оптимальному. Отмечен адекватный профиль потребления калия и железа - 3246,5±1109,1 мг/сут. и 17,0±6,29 мг/сут., соответственно. Достоверных отличий в потреблении кальция, калия, магния и железа у лиц с ожирением и с нормальной или избыточной массой тела не выявлено.

Заключение. Рацион питания пациентов с ожирением характеризуется недостаточным потреблением витаминов В1, В2, ниацина и витамина D и минеральных веществ – кальция и магния, что необходимо учитывать при проведении консультирования и коррекции рациона питания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Исмаилов Э.А., Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Беков Е.К., Сулейменова Ш.Б.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования. Изучить факторы риска, клинические особенности фибрилляции предсердий (ФП) неклапанной этиологии.

Материал и методы. Проведено общеклиническое исследование с включением электрокардиографии, эхокардиографии (ЭхоКГ) 134 больных с ФП. Диагноз ФП выставлялся согласно Клиническому протоколу МЗ РК от 22.05.2014 г. Оценены риски развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA_2DS_2VASc, риски развития кровотечений по шкале HAS-BLED.

Результаты. Из 134 больных с ФП 63,43±4,16% (85) составили мужчины, 36,57±4,16% (49) женщины. При распределении обследованных по возрасту установлено наибольшее количество пациентов с ФП в возрасте 66-70 лет, что составило 35,07±4,12% от всего числа пациентов с ФП. Средний возраст больных составил 66,8 ± 0,78 лет. Все обследованные имели постоянную форму ФП, с преобладанием больных с 3 классом тяжести заболевания, который зарегистрирован у 76,12±3,68%. 4 класс тяжести зафиксирован у 23,88±3,68% лиц с ФП. Средняя длительность ФП у обследованных лиц составила 5,8±1,9 лет. У всех обследованных установлена ФП неклапанной этиологии. Так, наиболее частой причиной развития ФП среди обследованных пациентов была артериальная гипертензия (АГ) - 69,40±3,98%, на втором месте оказалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 55,97±4,29%, на третьем месте установлен инсульт – 41,79±4,26%. Результаты анализа распространенности риска развития ТЭО показали, что у большинства пациентов (85,07±,08%) он оказался равным или более 2 баллов и все они нуждались в проведении лечения варфарином. В 14,93±3,08% случаев риск ТЭО составил менее 2 баллов. 72,39±3,86% обследованных имели средний риск развития кровотечений (HAS-BLED 1-2 балла). Низкий риск кровотечений (HAS-BLED - 0 баллов) отмечался у

18,66±3,36% обследованных, высокий (HAS-BLED - равно или более 3 баллов) – у 8,95±2,47%). У 62,68±4,18% обследованных установлен тахисистолический вариант аритмии, в 26,12±3,79% - нормосистолический. У 11,19±2,72% - брадисистолический. 61,19±4,21% пациентов с ФП предъявляли жалобы на ощущение перебоев в работе сердца, 21,64±3,56% - на неритмичное сердцебиение, 17,16±3,26% - не ощущали аритмию. Одышка выявлена 83,58±3,20% больных с ФП, приступы удушья имели место в 10,45±2,64% случаев, головокружение – 15,67±3,14%, боли в области сердца – в 60,44±4,22%, утомляемость – в 50,75±4,32%. 4 функциональный класс (ФК) ХСН установлен в 29,10±3,92% случаев, 3 ФК – в 55,22±4,29% случаев, 2 ФК – в 15,67±3,14% случаев. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (ФВ > 40%) имела место в 88,06±2,80% случаев, снижение фракции выброса установлено у 11,94±2,80% больных с ФП. Среднее значение ФВ составило 56,14±9,12%.

Заключение. Преобладание среди пациентов с ФП лиц в возрасте старше 65 лет с преимущественным развитием тахисистолической формы заболевания и высоким риском развития тромбоэмболий, требует оптимизации терапии аритмии с назначением антикоагулянтов непрямого действия.

КОНЦЕНТРАЦИЯ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кадырова И.А., Миндубаева Ф.А., Беляев Р.А., Евневич А.М, Гитенис Н. В.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Целью нашего исследования явилась определение у пациентов с МС маркеров повреждения головного мозга: нейрон-специфическую енолаза (НСЕ), глиальный фибриллярный кислый протеин (GFAP), матриксную металлопротеиназа (ММП-9), чтобы описать их концентрации и прогностическую ценность в развитии острого нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Для ответа на поставленные задачи было проведено одномоментное поперечное аналитическое исследование, которое включало в себя анкетирование, измерение антропометрических данных и лабораторное обследование в 4 группах пациентов (контрольная группа, пациенты с МС, пациенты с ишемическим инсультом и пациенты с ишемическим инсультом и МС). Конечная выборка составила 157 человек. Лабораторные исследования включали измерение необходимых параметров для определения метаболического синдрома (общий холестерин, глюкоза крови, холестерин ЛПВП и ЛПНП, триглицериды) и нейроспецифических маркеров НСЕ, GFAP и ММР-9 методом иммуноферментного анализа. Диагностирование метаболического синдрома осуществлялось по критериям IDF (2005). Статистическая обработка измерений проводилась с помощью пакета программ SPSS 20 (SPSS Inc, Chicago, IL). Проверка нормальности распределения производилась с помощью описательной статистики, квантильных диаграмм и критерия Колмогорова-Смирнова. Различия концентраций маркеров в четырех группах оценивали при помощи критерия Краскена- Уоллиса, критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни, в зависимости от характера расспределения признака. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05. Связь между возникновением инсульта, МС и маркерами крови определяли методом многомерного логистического регрессионного анализа, в котором событие «инсульт» учитывался в виде бинарной переменной отклика.

Результаты. Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

У пациентов с МС в 1,3 раза повышен уровень НСЕ – маркера повреждения нейронов головного мозга. Присутствие у пациента МС и повышенной концентрации НСЕ повышает риск развития ишемического инсульта в 2,9 раз с уровнем значимости p=0,001.

Обнаружена тесная корреляция между GFAP и липидным спектром пациентов с МС. Изменений концентрации ММР-9 у пациентов с МС обнаружено не было.
Разработана прогностическая модель определения вероятности возникновения ишемического инсульта у пациентов с МС.
Заключение. Таким образом, повышенная концентрация НСЕ у пациентов с МС указывает наличие бессимптомного ишемического повреждения нейронов и нарушении целостности ГЭБ, что предполагает необходимость нейропротекторного лечения до манифестации острого нарушения мозгового кровообращения.

НАРУШЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 5 СТАДИИ: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Казакова И.А., Иевлев Е.Н.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель исследования. Выявить нарушения циркадного ритма артериального давления у больных, находящихся на программном гемодиализе, и определить связи с метаболическими параметрами.
Материалы и методы. В исследование были включены 60 больных с АГ получавших лечение программным гемодиализом отделении БУЗ УР "ГКБ №6 МЗ УР" г. Ижевска. Мужчин и женщин было 46,7% и 53,3% соответственно. Средний возраст больных составил 52,3±9,4 лет. Процедуры выполнялись на аппаратах 4008S («*Fresenius*», Германия) 3 раза в неделю по 4 часа. Пациентам проведено СМАД (аппарат МЭКГ-ДП-НС-01, 2003г.) в течение 23,6±0,4 часов. Оценивались связи биохимических анализов с параметрами СМАД, проведенных в соответствии со стандартами диагностики больных, находящихся на программном гемодиализе. Статистический анализ проводился с помощью программы StatPlus 2009.
Результаты исследования. Согласно полученным данным нормальный суточный ритм (Dipper) встречался у 8,3% пациентов по САД и 23,3% по ДАД. У большинства пациентов тип вариабельности суточного ритма был night peacker, который характеризуется парадоксальной ночной гипертензией, т.е. отчетливый подъем АД ночью. Так САД в ночные часы повышалось в 66,7% случаев, ДАД в 45% случаев. Также встречались лица с недостаточным снижением ночного АД (non dipper) 25% по САД и 31,7% по ДАД. Пациенты с чрезмерным снижением ночного АД в нашем исследовании не встречались.
У пациентов, находящихся на программном ГД, выявлена корреляционная связь величины утреннего подъема САД и ДАД с уровнем мочевины ($r=-0,8$; $p<0,001$ и $r=-0,88$; $p<0,001$ соответственно), калия ($r=-0,8$; $p<0,001$ и $r=-0,8$; $p<0,001$ соответственно) и фосфора ($r=-0,7$; $p<0,001$ и $r=-0,76$; $p<0,001$ соответственно). Установлена сильная корреляционная связь между уровнем натрия крови и величиной утреннего подъема САД ($r=0,72$; $p<0,001$).
Заключение: Таким образом, у больных с АГ, находящиеся на программном ГД, превалируют суточные ритмы АД типа nightpeakers, nondippers. У пациентов с ХБП 5 стадией установлены корреляционные связи показателей СМАД с уровнем мочевины, креатинина, калия, натрия, фосфора. Терапия больных артериальной гипертензией, находящихся на программном гемодиализе, должна сочетать в себе адекватную процедуру гемодиализа (применение растворов со сниженным содержанием натрия) и коррекцию метаболических показателей азотистого и костно-минерального обменов.

СРЕДНЕСРОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СОАС

Каллистов Д.Ю., Дудко Т.Л., Романова Е.А., Сергеева М.Д., Романов А.И.
ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ, Московская область, Россия

Прогностическая роль особого кластера кардиоваскулярных факторов риска, обозначаемого термином «метаболический синдром» (МС), подтверждена результатами многочисленных исследований. Наряду с классическими компонентами МС, такими как абдоминальное ожирение, дислипидемия, артериальная гипертензия и нарушенная толерантность к глюкозе, полученные к настоящему времени данные свидетельствуют о том, что другими важными проявлениями этого синдрома могут являться и связанные со сном нарушения дыхания, в частности обструктивное апноэ сна (СОАС).

Цель исследования заключалась в изучении среднесрочных эффектов основного метода лечения СОАС – терапии положительным давлением в дыхательных путях – на антропометрические показатели, уровень гликированного гемоглобина, триглицеридов и среднесуточные величины артериального давления у пациентов с СОАС и метаболическим синдромом.

Пациенты и методы. обследовано 183 пациента с МС (105 мужчин и 77 женщин, средний возраст 52,3+7,3 года, ИМТ = 32,1+2,2). Диагноз МС ставился в соответствии с совместным гармонизированным определением Международной федерации диабета, Национального института сердца, легких и крови США. Диагноз СОАС устанавливался по результатам полисомнографического исследования (Comet PSG). Подбор режима терапии положительным давлением в дыхательных путях осуществлялся в соответствии с рекомендациями Американской академии медицины сна.

Результаты. У 123 пациентов с МС выявлен синдром обструктивного апноэ сна, в том числе у 92 больных – СОАС средней и тяжелой степени. 48 пациентам после подбора режима CPAP-терапии лечение проводилось в амбулаторных условиях в течение 1.5 года; 45 пациентов с МС и СОАС составили контрольную группу. Всем пациентам был рекомендован режим физической нагрузки, гипокалорийная диета, гипотензивная терапия. По данным повторного исследования у пациентов, получавших лечение методом CPAP-терапии по сравнению с больными контрольной группы отмечено более выраженное снижение диастолического артериального давления (исходное 98,3$\pm$5,1 и 92,3$\pm$4,1мм.рт.ст. после лечения у основной и 97,1$\pm$6,1 и 96,2$\pm$5,2 мм.рт.ст. у контрольной); HвA1c (исходно 7,1+1,8% и 6,2+1,1% после лечения у основной и 7,0+2,1 и 6,8+1,9%, соответственно, у контрольной) и уровня триглицеридов (исходно 2,3+0,8ммоль/л и 1,9+0,9% после лечения у основной и 2,2,0+1,1 и 2,0+0,9%, соответственно, у контрольной). Существенного отличия антропометрических показателей не выявлено. Уменьшение дневной сонливости (15,1+3,3 балла до лечения и 11,4+3,2 балла Эпфордской шкале после курса терапии также может рассматриваться в качестве компонента, повышающего потенциал физической реабилитации.

Заключение. Среднесрочные результаты применения терапии положительным давлением в дыхательных путях у больных с метаболическим синдромом свидетельствуют о значимом позитивном влиянии этого метода лечения на основные компоненты МС.

МЕСТО ИАПФ И АРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Камилова У.К., Расулова З.Д., Тагаева Д.Р., Машарипова Д.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить сравнительную эффективность лизиноприла и лозартана на уровень нейрогуморальных факторов - Nt-proBNP мозговой натрийуретический пептид (МНУП), альдостерон (Ал) и норадреналин (НА) у больных II - III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 48 больных мужского пола, в возрасте от 45 до 60 лет с ХСН. Всем пациентам определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ MDRD). Все больные были разделены на две группы первую группу составили 25 больных с II (13) и III (12) ФК ХСН, принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии – лизиноприл, вторую группу – 23 больных с II (11) и III (12) ФК ХСН, принимавшие лозартан. Определение в плазме крови уровня Nt-proBNP мозгового натрийуретического пептида (МНУП), альдостерона (Ал) и норадреналина (НА) проводилось на иммуноферментном анализаторе «HUMAREADER SINGLE» с использованием реактивов фирмы «Biomedica», "IMMUNOTECH" Aldosteron ELISA (Франция), Noradrenalin Elisa Labor Diagnostika Nord GmbH (Германия).

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у больных первой группы с I, II и III ФК ХСН показатель ККр составил – 74,8±11,9, 74,7±11,0, 66,8±13,8 мл/мин соответственно. СКФ по формуле MDRD у больных первой группы с I, II и III ФК ХСН составил – 65,08±9,06, 64,53±9,06, 60,6±10,3 мл/мин/1,73 м2 , соответственно. СКФ (MDRD)<60 мл/мин/1,73 м2 наблюдалось у 17 (37,8%) больных. У больных III ФК ХСН высокий уровень повышения МНУП и Ал отмечалось у 59% и 64% больных соответственно. При этом у больных со II ФК преобладали средневысокие уровни нейрогормонов, а у больных с III ФК высокие уровни этих показателей Анализ показателей нейрогуморальных факторов в динамике лечения показал, что через 6 месяцев лечения у больных первой группы (n=23) было отмечено снижение уровня МНУП, Ал и НА у больных с II ФК на 36,5%, 21,2%, 22,5% соответственно; у больных с III ФК на 35,2%, 31,2%, 8,3% соответственно. Через 6 месяцев лечения у больных второй группы (n=23) было отмечено снижение уровня нейрогормонов (МНУП, Ал и НА) у больных с II ФК на 43,7%, 21,2%, 22,5% соответственно; у больных с III ФК на 31,7%, 42,6%, 9,9% соответственно.

Заключение. У больных с ХСН отмечалось увеличение уровня нейрогормнов, а шестимесячная терапия с включением лизиноприла или лозартана оказывает нефропротективный эффект, характеризующиеся увеличением СКФ и достоверным снижением уровня МНУП, Ал и НА.

ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М., Выгодин В.А.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель – оценить изменения характера питания пациентов с ожирением на фоне диетологического вмешательства.

Материалы и методы Обследовано 63 пациента с ожирением, обратившихся с целью редукции массы тела (МТ). Все 63 пациента проконсультированы диетологом, рекомендована редукция рациона с уменьшением жирового компонента за счет насыщенных животных жиров и углеводного компонента питания за счет добавленных сахаров. Со 2-го визита, в группе коррекции МТ осталось 20 пациентов (7 мужчин и 13 женщин), отклик 32%. Период наблюдения - 12 месяцев, интервал – 1раз в месяц. Средний возраст мужчин - 47,8±12,4года, женщин - 52,9±13,5лет. Оценка фактического питания выполнена на программе «Анализ состояния питания человека, версия 1.2.4», а биоимпедансный анализ состава тела – на аппарате «АВС-01 МЕДАСС».

Результаты Энергетическая ценность рациона снизилась на 25,4% с 2448,1±710,0 до 1827,0±581,8ккал. Потребление общего жира уменьшилось на 19,4% с 113,1±29,8 до 91,3±31,5г/день, насыщенных жирных кислот на 28,1% с 39,1±14,1 до 28,5±12,1г/день, моно-и дисахаров на 39,1% с 120,3±53,9 до 73,9±31,7г/день, добавленного сахара на 75,5% с 45,0±40,2 до 10,9±16,6г/день, крахмала на 35,4% с 130,3±69,9 до 84,1±43,9г/день и натрия на 17,9% с 3,9±1,1 до 3,2±1,2мг/день, $p<0,005$. Потребление общего белка, пищевых волокон, микронутриентов и витаминов изменилось не достоверно. Отмечено уменьшение потребления картофеля на 23,5% с 46,9±50,7 до 35,9±66,2г/день, хлебобулочных изделий на 24% с 309,8±145,5 до 235,2±100,4г/день и молочных продуктов на 37,8% с 246,1±147,7 до 153,2±90,8г/день, $p<0,005$. В рационе питания пациентов снизилось потребление красного мяса с 137,8±81,8 до 111,7±60,9г/день, алкоголя с 46,6±129,3 до 21,7±49,7мл/день, увеличение потребления рыбы, овощей и фруктов, без статистической достоверности. Сложнее пациентам, было ограничить потребление кондитерских изделий, доля которых уменьшилась незначительно с 761,1±517,8 до 639,4±331,5г/день, при $p=0,394$. В группе коррекции отмечено снижение МТ в среднем на 12,3% от исходного значения, вес тела уменьшился с 99,8±17,2 кг до 88,9±15,3кг, ИМТ на 11,4% с 35,4±4,2 до 31,5±4,1, окружность талии на 8,4% с 107,1±10,5см до 98,3±10,1см, а окружность бедер на 6,0% - с 117,8±7,8см до 110,9±8,2см, $p<0,05$. Отмечено уменьшение на 21% объема и на 10,5% доли жировой массы с 38,4±6,6кг до 30,6±7,5кг ($p<0,05$) и 38,7±4,5% до 34,6±6,3% ($p<0,05$), при увеличении на 6,5% доли тощей массы с 61,4±4,5% до 65,4±6,3% ($p<0,05$). Другие параметры тела (тощая масса, скелетно-мышечная масса, водные среды) достоверно при редукции МТ не изменились.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карамнова Н.С.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства Здравоохранения РФ, Москва, Россия

Пищевые продукты, содержащие в своем составе ингредиенты, способные оказывать оздоравливающий эффект на организм человека, относятся к функциональным продуктам питания (ФПП) и согласно ГОСТу Р52349-2005 предназначены для систематического потребления всеми возрастными группами здорового населения с целью профилактики и снижения риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), имеющих алиментарно-обусловленный компонент.ФПП, содержащие в составе функциональные ингредиенты, способствующие модификации алиментарно-зависимых факторов риска могут быть использованы для большинства ХНИЗ в превентивных целях. На индивидуальном, групповом и популяционных уровнях профилактики интерес представляют ФПП, способные снижать уровень артериального давления, влиять на уровни липопротеидов и толщину комплекса интима-медия с целью профилактики развития атеросклероза, оказывать влияние на уровни инсулина и глюкозы крови, а также на коррекцию общей и жировой массы тела с целью профилактики ожирения и сахарного диабета, способствовать увеличению костной плотности и оптимизации механизма усвоения кальция с целью профилактики переломов. Отмечены протективные эффекты омега-3 ПНЖК в коррекции гипертриглицеридемии (уровень А, ++), фитостеролов (уровень А, +++) и пищевых волокон (уровень А, ++) в коррекции уровней ОХС и ХС ЛПНП, что явилось основанием для включения ФПП в клинические рекомендации. Результаты клинических исследований убедительно продемонстрировали 7-10% снижение уровня ОХС и ХС ЛПНП от исходных показателей при приеме йогурта обогащенного 2г

фитостеролов и снижение на 18% и 22% ОХС и ХС ЛПНП соответственно, при приеме данного йогурта на фоне антиатерогенного питания. Прием 2-3г омега-3 ПНЖК способствует снижению уровня ТГ на 25-30% у лиц с нормо- и гипертриглицеридемией. Дополнительный к ежедневному рациону прием 5-15г пищевой водорастворимой клетчатки влечет снижение уровня ХС ЛПНП в среднем на 5% от исходного значения. Особый интерес представляют ФПП, способные предотвращать дефицит питательных веществ. Коррекция йододефицитных состояний на уровне популяции при приеме йодобогащенной соли используется в 120 стран мира. С позиций совершенствования профилактики ХНИЗ отмечается возрастающая потребность в ФПП, способствующих снижению потребления соли/натрия, добавленного сахара, насыщенных жиров и транс-изомеров жирных кислот.

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Каримов М.М.[1], Асатуллаева Д.Ш.[2], Раимкулова Н.Р.[2], Собирова Г.Н.[1]
[1] - АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»
[2] - Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Целью исследования являлась изучение состояния кишечного микробиоценоза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).
Материал и методы. В исследование было включено 30 больных с НАЖБП в возрасте от 18 до 57 лет (в среднем 41, 3 ± 5, 4 лет), из них 18 мужчин, 12 женщин. Всем больным были проведены клинико-биохимические и микробиологические исследования.
Результаты. Из всех больных, включенных в исследование, у 22 был выявлен абдоминально-болевой синдром и флатуленция различной интенсивности, которые составляли 2,3± 0,25 и 2,2 ± 0,2 баллов соответственно. Оценка состояния кишечного дисбиоза показала, что среди наблюдаемых больных у 70% больных отмечалось наличие дисбактериоза. Дисбактериоз I степени наблюдался у 31,8% больных, а дисбактериоз II степени - у 38,2 % больных. Следует отметить, что дисбактериоза 3 степени среди обследованных больных не было. Выраженность дисбактериоза в большинстве случаев протекала в субклинической форме, с минимально выраженными такими клиническими симптомами, как периодический метеоризм, послабление стула по Бристольской шкале кала, соответствующей 4 баллам. Изучение микробиологического состояния толстого кишечника больных НАЖБП выявило снижение нормальной микрофлоры за счет лакто- и бифидобактерий и увеличение условно патогенной микрофлоры.
Выводы. Таким образом, у большинства больных НАЖБП отмечаются нарушения кишечного микробиоценоза.

ИЗУЧЕНИЕ ВИРУЛЕТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI В УЗБЕКИСТАНЕ

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Рустамова С.Т., Юнусова Л.И., Дустмухамедова Э.Х.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилась выявление генотипов, ассоциированных с различной степенью вирулентности бактерии H.pylori.
Материал и методы. В исследование было включено 46 больных с хроническим гастритом В и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Генотипирование изолятов

H.pylori осуществлялось непосредственно на образцах биопсии слизистой желудка больных с хеликобактер - ассоциированными заболеваниям желудочно-кишечного тракта.
Результаты исследований, проведенных сотрудниками отдела гастроэнтерологии АО «РСНПМЦТ и МР» у 46 больных с хеликобактер - ассоциированными заболеваниям желудочно-кишечного тракта показали, что при исследовании образцов биопсии слизистой оболочки 18 больных из 22 с хроническим гастритом были CagA положительными, что составляло 81, 2%. У больных с язвой желудка 3 (50%) больных были CagA положительными и 3 (50%) больных были CagA отрицательными. Исследование биоптатов слизистой оболочки больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявил положительные штаммы у 77, 8% больных. Из общего количества обследованных больных у 11 больных ген не был обнаружен. Таким образом, 71,4 % больных с хеликобактер- ассоциированными заболеваниями были CagA положительными.
Выводы. Таким образом, CagA положительные штаммы встречаются у 71,4 % больных с хеликобактер- ассоциированными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Каримов М.М., Раимкулова Н.Р., Исмаилова Ж.А., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилась изучение эффективности и безопасности схемы последовательной антихеликобактерной терапии при хеликобактер пилори (HP) - ассоциированной язвенной болезни в Узбекистане.
Материал и методы. У 80 пациентов с HP ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) проводились сравнительная оценка стандартной «тройной» и последовательной эрадикационной схем лечения. Пациенты первой группы (n=40) получали стандартную “тройную” терапию с использованием ингибитора протонной помпы (ИПП), амоксициллина (А) по 1,0 г дважды в день, кларитромицина (К) 500 мг дважды в день в течение 10 дней. Второй, аналогичной группе пациентов (n=40) назначали: ИПП + А по 1,0 г дважды в день в течение 5 дней, затем А сменялся на К 500 мг дважды в день + метронидазол 500 мг дважды в день в течение 5 дней. Контроль эрадикации оценивали по результатам прямого уреазного теста и дыхательного теста с C^{13}.
Результаты. В результате проведенной терапии, в первой группе больных была отмечена эрадикация HP по результатам двух тестов к концу шестой недели у 75% больных. Во второй группе больных стойкая эрадикация H. pylori к концу шестой недели отмечалась у 90% больных.
В процессе эрадикационой терапии у 12 (30%) пациентов первой группы на 5-8 день лечения появились симптомы кишечной диспепсии в виде легкой диареи, тогда как во второй группе данный симптом отмечался у 4 (10%) пациентов. Переносимость последовательной терапии у пациентов была оценена как удовлетворительная.
Выводы. Таким образом, по сравнению с классической трехкомпонентной схемой лечения последовательная терапия показала более высокий процент эрадикации, наряду со снижением побочных эффектов антибактериальной терапии.

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Каримов М.М.[1], Асатуллаева Д.Ш.[2], Раимкулова Н.Р.[2], Собирова Г.Н.[1]
[1] - АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»
[2] - Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Целью исследований являлась изучение состояния кишечного микробиоценоза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).
Материал и методы. В исследование было включено 30 больных с НАЖБП в возрасте от 18 до 57 лет (в среднем 41, 3 ± 5, 4 лет), из них 18 мужчин, 12 женщин. Всем больным были проведены клинико-биохимические и микробиологические исследования.
Результаты. Из всех больных, включенных в исследование, у 22 был выявлен абдоминально-болевой синдром и флатуленция различной интенсивности, которые составляли 2,3± 0,25 и 2,2 ± 0,2 баллов соответственно. Оценка состояния кишечного дисбиоза показала, что среди наблюдаемых больных у 70% больных отмечалось наличие дисбактериоза. Дисбактериоз I степени наблюдался у 31,8% больных, а дисбактериоз II степени - у 38,2 % больных. Следует отметить, что дисбактериоза 3 степени среди обследованных больных не было. Выраженность дисбактериоза в большинстве случаев протекала в субклинической форме, с минимально выраженными такими клиническими симптомами, как периодический метеоризм, послабление стула по Бристольской шкале кала, соответствующей 4 баллам. Изучение микробиологического состояния толстого кишечника больных НАЖБП выявило снижение нормальной микрофлоры за счет лакто- и бифидобактерий и увеличение условно патогенной микрофлоры.
Выводы. Таким образом, у большинства больных НАЖБП отмечаются нарушения кишечного микробиоценоза.

ИЗУЧЕНИЕ ВИРУЛЕТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI В УЗБЕКИСТАНЕ

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Рустамова С.Т., Юнусова Л.И., Дустмухамедова Э.Х.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»
Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилась выявление генотипов, ассоциированных с различной степенью вирулентности бактерии H.pylori.
Материал и методы. В исследование было включено 46 больных с хроническим гастритом В и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Генотипирование изолятов H.pylori осуществлялось непосредственно на образцах биопсии слизистой желудка больных с хеликобактер - ассоциированными заболеваниям желудочно-кишечного тракта.
Результаты исследований, проведенных сотрудниками отдела гастроэнтерологии АО «РСНПМЦТ и МР» у 46 больных с хеликобактер - ассоциированными заболеваниям желудочно-кишечного тракта показали, что при исследовании образцов биопсии слизистой оболочки 18 больных из 22 с хроническим гастритом были CagA положительными, что составляло 81, 2%. У больных с язвой желудка 3 (50%) больных были CagA положительными и 3 (50%) больных были CagA отрицательными. Исследование биоптатов слизистой оболочки больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявил положительные штаммы у 77, 8% больных. Из общего количества обследованных больных у 11 больных ген не был обнаружен. Таким образом, 71,4 % больных с хеликобактер- ассоциированными заболеваниями были CagA положительными.
Выводы. Таким образом, CagA положительные штаммы встречаются у 71,4 % больных с хеликобактер- ассоциированными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Каримов М.М., Раимкулова Н.Р., Исмаилова Ж.А., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
Ташкент, Узбекистан

Целью наших исследований явилась изучение эффективности и безопасности схемы последовательной антихеликобактерной терапии при хеликобактер пилори (HP) - ассоциированной язвенной болезни в Узбекистане.

Материал и методы. У 80 пациентов с HP ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) проводились сравнительная оценка стандартной «тройной» и последовательной эрадикационной схем лечения. Пациенты первой группы (n=40) получали стандартную "тройную" терапию с использованием ингибитора протонной помпы (ИПП), амоксициллина (А) по 1,0 г дважды в день, кларитромицина (К) 500 мг дважды в день в течение 10 дней. Второй, аналогичной группе пациентов (n=40) назначали: ИПП + А по 1,0 г дважды в день в течение 5 дней, затем А сменялся на К 500 мг дважды в день + метронидазол 500 мг дважды в день в течение 5 дней. Контроль эрадикации оценивали по результатам прямого уреазного теста и дыхательного теста с C^{13}.

Результаты. В результате проведенной терапии, в первой группе больных была отмечена эрадикация HP по результатам двух тестов к концу шестой недели у 75% больных. Во второй группе больных стойкая эрадикация H. pylori к концу шестой недели отмечалась у 90% больных.

В процессе эрадикационой терапии у 12 (30%) пациентов первой группы на 5-8 день лечения появились симптомы кишечной диспепсии в виде легкой диареи, тогда как во второй группе данный симптом отмечался у 4 (10%) пациентов. Переносимость последовательной терапии у пациентов была оценена как удовлетворительная.

Выводы. Таким образом, по сравнению с классической трехкомпонентной схемой лечения последовательная терапия показала более высокий процент эрадикации, наряду со снижением побочных эффектов антибактериальной терапии.

НЕКОТОРЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Карнишкина О.Ю., Лещанкина Н. Ю., Трофимов В.А., Еремеева Е.Н.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель: изучение влияния генетических полиморфизмов генов *ITGA2* (C807T), *GPIIIa* (T1565C), *PAI-1* (5G(-675)4G), *FGB* (G(-455)A), ассоциированных с повышенным риском тромбообразования, у пациентов, которым планируется проведение планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Объектом исследования выступала геномная ДНК, выделенная из ядросодержащих клеток периферической крови 22 пациентов в возрасте от 39 до 70 лет с критическими стенозами КА. Полиморфизмы выявляли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с помощью прибора CFX96 Touch и использованием тест-систем производства ЗАО «Синтол» (Россия).

Результаты. При исследовании гена *ITGA2* полиморфизм C807T выявлен у 90% пациентов, при этом в гомозиготе T/T, ассоциированной с повышением агрегационной

активности тромбоцитов, данный полиморфизм встречался у 32% носителей данного аллеля. Исследование полиморфизма T1565C гена *GPIIIa* показало, что генотипы T/C и C/C, сопряженные с повышенной агрегационной способностью тромбоцитов, встречались у 18%. У 91% пациентов выявлен полиморфизм 5G(-675)4G гена *PAI-1*, генотип 4G/5G встречался у 41% больных, генотип 4G/4G встречался у 11 пациентов (50%), что также свидетельствует о высоком риске тромбообразования у данных пациентов. При исследовании генетического полиморфизма G(-455)A гена *FGB* получены данные, свидетельствующие о том, что у 41 % больных присутствует генотип G/A, связанный с повышенным содержанием фибриногена в плазме крови. Подчеркнем, что у 95% пациентов выявлено неблагоприятное сочетание полиморфизмов нескольких генов гемостаза, причем у 50% имелись полиморфизмы двух генов (чаще *ITGA2* и *PAI-1*; *ITGA2* и *FGB*), у 36% пациентов – трех генов (чаще сочетания *ITGA2, PAI-1* и *FGB*) и у 9% пациентов все четыре гена имели полиморфизмы, ассоциированные с очень высоким риском тромбообразования (*ITGA2, PAI-1, FGB*, *GPIIIa*).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что у всех обследованных пациентов с критическими стенозами КА имелись полиморфизмы генов системы гемостаза, сопряженные с повышенным риском тромбообразования. В большинстве случаев наблюдалось сочетание нескольких неблагоприятных генотипов: наряду с повышенной агрегационной способностью тромбоцитов имелось замедление фибринолиза и повышение концентрации фибриногена. Наличие генетических полиморфизмов генов при определенных условиях может способствовать возникновению тромботических осложнений после проведения стентирования КА, несмотря на проводимую антиагрегантную терапию.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кароли Н.А., Долишняя Г.Р., Ребров А.П.
ФГБОУВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Изучение показателей суточного мониторирования артериальной ригидности (АР) у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) с наличием и отсутствием артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Обследованы 159 мужчин с ХОБЛ. У больных ХОБЛ отсутствовали клинические признаки периферического атеросклероза и ишемической болезни сердца, средний возраст - 61,39±7,94 лет. Группа контроля - 24 практически здоровых добровольца без АГ, возраст - 59,83±5,7 лет. Пациенты с ХОБЛ разделены на две группы: 1 группа - 116 пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ, 2 группа – 43 пациента с ХОБЛ без АГ. Пациентам проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 («Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия). Для оценки АР использованы время распространения отражённой волны (RWTT), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте, индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (ИА). Для решения проблемы зависимости эластичности артерий от величины артериального давления (АД) нами использованы параметры АР, приведенные к систолическому АД=100 мм рт.ст. и частоте сердечных сокращений (ЧСС) = 60 ударам в минуту ($RWTT_{100\text{-}60}$, $СРПВ_{100\text{-}60}$, $ASI_{100\text{-}60}$), ИА, приведённый к ЧСС = 75 ударам в минуту ($ИА_{75}$).

Результаты. У пациентов с ХОБЛ двух групп выявлены патологические показатели суточной АР в сравнении с пациентами группы контроля. В течение суток отмечено преобладание большинства показателей у больных с ХОБЛ и АГ ($RWTT_{100\text{-}60}$ 131,51±16,75

мс, $СРПВ_{100-60}$ 10,63±2,15 м/с, ASI_{100-60} 130,5 [107,5; 165,0]) в сравнении с пациентами с ХОБЛ без АГ ($RWTT_{100-60}$ 141,13±16,62 мс, p=0,04; $СРПВ_{100-60}$ 9,59±1,86 м/с, p=0,013; ASI_{100-60} 111,0 [93,0; 133,0], p=0,0098 соответственно). В дневные часы в 1 группе определено статистически значимое увеличение $СРПВ_{100-60}$ (10,51±2,49 м/с), ASI_{100-60} (122,0 [101,0; 150,0]), в сравнении со 2 группой (9,17±2,27 м/с, p=0,014; 104,0 [87,0; 122,0], p=0,0049 соответственно). В течение ночных часов значимые различия между двумя группами пациентов выявлены лишь в величинах $ИА_{75}$ и ASI, что свидетельствует о вкладе ХОБЛ в развитие структурных изменений сосудистой стенки даже в отсутствие АГ. В обеих изучаемых группах пациентов в ночные часы ИА, $ИА_{75}$ и ASI статистически значимо превышали аналогичные показатели дневных часов (p=0,032, p=0,03, p=0,04 – для пациентов с АГ и p=0,044, p=0,037, p=0,044 – для пациентов без АГ соответственно).

Заключение. Суммируя вышеизложенное, можно говорить о негативном влиянии АГ на развитие АР у больных ХОБЛ. Однако даже при отсутствии АГ у больных ХОБЛ отмечалось нарушение механических свойств артерий, повышение ригидности артериальной стенки, как проявление доклинического атеросклероза. Полученные отрицательные изменения показателей сосудистой жёсткости могут свидетельствовать о наличии дополнительных субклинических признаков поражения сосудистой стенки как органа-мишени и, таким образом, увеличении суммарного сосудистого риска.

ОБЪЕКТИВНО-СУБЪЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмова М.М., Гакова Е.И., Акимова Е.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия;
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель: изучение отношения к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции у женщин 25-64 лет в зависимости от возраста.

Материал и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц женского 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 70,5% – 705 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Респондентам были заданы следующие вопросы: «Считаете ли Вы, что здоровый человек Вашего возраста может заболеть серьезной болезнью в течение 5-10 лет?»; «Как Вы думаете, может ли здоровый человек Вашего возраста избежать некоторых серьезных заболеваний, если заранее принял бы предупредительные меры?»; «Верите ли Вы, что современная медицина может предупредить болезни сердца?». Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

Результаты. По отношению к предупреждению или лечению ССЗ 50,0% женщин не сомневалось, что современная медицина может предупредить большинство болезней сердца, 42,4% женского 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 45-54 лет – доля женщин, уверенных, что можно предупредить все болезни сердца в этой группе достигла 8,2%, однако этот показатель не имел статистически значимых различий с аналогичным показателем в других возрастных

категориях. На вопрос: «Верите ли Вы, что современная медицина может предупредить болезни сердца?», ответ: «Это зависит от того, какая болезнь» в популяции составил 42,5%, в возрастных группах – 37,7% – 44,7%, существенных различий по этому показателю у женщин разного возраста не отмечалось. Ответ на тот же вопрос «Нет, только некоторые» в минимальном количестве (4,9%) встречался в младшей возрастной группе 25-34 лет, распределяясь по другим возрастным группам практически одинаково и в целом составив 6,9% в женской популяции. 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.

Заключение. Таким образом, наиболее перспективными для проведения профилактических мероприятий в городской сибирской популяции женщин являются молодые возрастные группы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И ИНДЕКСА БЛИЗКИХ КОНТАКТОВ У МУЖЧИН СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Каюмова М.М., Акимов А.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия;
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Целью исследования явилась изучение ассоциаций стресса в семье и на работе с индексом близких контактов, как составляющей социальной поддержки, в открытой городской популяции у мужчин 25-64 лет.

Материал и методы. Исследование выполнено по алгоритмам программы ВОЗ «МОНИКА – психосоциальная» на репрезентативной выборке неорганизованного населения г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек в рамках кардиологического скрининга с откликом 85,0 %. Для оценки индекса близких контактов (ИСС) использовался бланк шкалы близких контактов (тест Бекман-Сим). ИСС оценивался как низкий, средний, высокий. Для анализа стресса в семье и на работе использовалась анкета ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью». Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

Результаты исследования. У мужчин 25-34 лет преобладали низкий (39,6%) и средний (41,7%) ИСС, высокий ИСС встречался существенно реже – в 18,7% случаев. У лиц с разными уровнями ИСС в категории «стресс в семье» не было получено статистически значимых различий при ответах на вопросы по поводу тяжелой болезни или смерти близких в течение последних 12-ти месяцев, изменения семейного положения за последние 12 месяцев, серьезных конфликтов в семье в течение последних 12-ти месяцев, а также спокойного отдыха дома. На вопрос: «Изменилась ли Ваша специальность в течение последних 12-ти месяцев?» наибольшее количество положительных ответов было получено у лиц с низким и средним ИСС, сравнительно с группой лиц с высоким уровнем ИСС (42,8% – 25,2%, $p<0,01$; 44,2% – 25,2%, $p<0,001$, соответственно). Вместе с тем, отрицательный ответ на этот вопрос достоверно чаще имел место у мужчин с высоким уровнем ИСС, сравнительно с мужчинами, имеющими низкий и средний уровень ИСС (74,8% – 57,2%, $p<0,001$; 74,8% – 55,8%, $p<0,001$, соответственно). 60,5% мужчин с высоким ИСС ответили, что им нравится их работа, что оказалось существенно больше сравнительно с количеством таких мужчин в группах с низким и средним ИСС (60,5% – 46,4%, $p<0,01$; 60,5% – 50,7%, $p<0,05$, соответственно). Ответственность своей работы в

течение последних 12-ти месяцев как высокую оценило минимальное количество мужчин с низким уровнем ICC сравнительно с группами лиц со средним и высоким уровнями ICC, достоверные различия показателей установлены в группах с низким и средним уровнями ICC (39,2% – 50,4%, $p<0,01$).

Заключение. В открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города среди мужчин 25-64 лет при низком уровне близких контактов установлены ассоциации с некоторыми параметрами стресса на рабочем месте: более частое изменение специальности, негативное отношение к своей работе, снижение высокой ответственности на рабочем месте.

ВИТАМИН Д И ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кежун Л.В., Корсак О.А., Касюк О.А.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель. Оценить уровень 25(OH)D в плазме и показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) II степени в раннем постменопаузальном периоде

Материал и методы. Обследовано 52 женщины с АГ II степени риск 3 в возрасте 52 [50; 54] лет, находящихся в раннем (до 5 лет) постменопаузальном периоде – группа I Методом иммуноферментного анализа определяли уровень 25(OH)D в плазме крови. В группе I была выделена подгруппа IБ (n=21) с дефицитом/недостаточностью витамина D (с уровнем 25(OH)D<30нг/мл) и подгруппа IА (n=31) без дефицита витамина D. СМАД проводилось аппаратом Watch BP 03 фирмы «Microlife» на нерабочей руке. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0».

Результаты. Подгруппы IА и IБ были сопоставимы ($p>0,05$) по возрасту, индексу массы тела, длительности АГ и постменопаузального периода, приёму антигипертензивной терапии. Уровень 25(OH)D был ниже ($p<0,05$) в подгруппе IБ по сравнению с подгруппой IА (18,2±9,5 нг/мл и 27,4±10,5 нг/мл). В подгруппе IБ по сравнению с подгруппой IА были выше ($p<0,05$) значения средненочного диастолического (ДАД) (73,0[69,0;79,0] мм рт. ст и 68,8±7,4 мм рт. ст.), индекса времени (ИВ) ДАД ночью (14,3[12,5;33,4]%, и 12,5[0,0;12,5]%,), скорости утреннего подъёма (СУП) ДАД (16,5[11,0;22,0] мм рт. ст./ч. и 10,0[8,5;17,3] мм рт. ст./ч.), вариабельности систолического (САД) днём (36,0[29,0;43,0] мм рт. ст и 25,0[22,0;38,0 мм рт. ст,). ИВ ДАД ночью превышал пороговое значение у 42,9% женщин в подгруппе IБ против 17,2% ($p =0,05$) обследуемых в подгруппе IА. СУП ДАД в подгруппе IБ в 81% случаев не соответствовала норме по сравнению с подгруппой IА - 37,9% ($p=0,004$). Установлены обратные умеренные корреляционные взаимосвязи в подгруппе IБ между исходным уровнем 25(OH)D в плазме крови и рядом показателей СМАД: средненочным САД ($R=-0,37$, $p=0,004$), ИВ САД ночь ($R=-0,42$, $p=0,04$), средненочным ДАД ($R=-0,43$, $p=0,03$), ИВ ДАД ночь ($R=-0,39$, $p=0,05$).

Заключение. Таким образом, у женщин с АГ II степени в раннем постменопаузальном периоде при дефиците/недостаточности уровня 25(OH)D в плазме крови превышение ряда показателей СМАД встречалось чаще, чем при оптимальном его уровне.

СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ВОСПОЛНЕНИИ ДЕФИЦИТА/НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ И РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Кежун Л.В., Янковская Л.В., Кежун Е.Н.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно Беларусь

Цель. Оценить суточный индекс (СИ) артериального давления (АД) при восполнении дефицита/недостаточности уровня 25(OH)D в плазме крови у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в пременопаузальном и раннем постменопаузальном периодах.
Материал и методы. Обследовано 102 женщины с АГ II степени риск 3 в возрасте 50[48;53] лет: 50 женщин в пременопаузальном периоде – группа I и 52 женщины в раннем постменопаузальном периоде – группа II. При проведении суточного мониторирования АД рассчитывался СИ систолического (САД) и диастолического (ДАД), как относительное снижение АД в ночные часы. Выделяют 4 варианта суточного профиля АД: с нормальным ночным снижением АД (dippers) (СИ>10<20%); с недостаточным ночным снижением АД (non-dippers) (СИ<10%); с чрезмерным ночным снижением АД (over-dippers) (СИ>20%); с ночной гипертензией (night-peakers) (СИ<0). Методом иммуноферментного анализа определяли уровень общего витамина D – 25(OH)D в плазме крови. В группах I и II были выделены подгруппы с уровнем 25(OH)D <30нг/мл: подгруппа IБ (n=25) и подгруппа IIБ (n=21), соответственно, в которых к антигипертензивной терапии (рамиприл с индапамидом) добавляли приём холекальциферола 2000 МЕ/сут в течение 3-х месяцев. В подгруппах IA (n=25) и IIA (n=31), холекальциферол не назначался. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью «STATISTICA 10.0».
Результаты. Исходно по СИ САД и СИ ДАД подгруппы IA и IБ, IIA и IIБ не различались (p>0,05). Однако, патологический СИ САД и СИ ДАД, соответствующий категории non-dippers и night-peakers, в 1,5 и 1,3 раза чаще встречался в подгруппах IБ и IIБ по сравнению с сопоставимыми подгруппами IA и IIA. Уровень 25(OH)D был ниже (p<0,05) в подгруппе IБ по сравнению с подгруппой IA (19,3±8,5 нг/мл и 26,7±11,5 нг/м); в подгруппе IIБ по сравнению с подгруппой IIA (18,2±9,5 нг/мл и 27,4±10,5 нг/мл). После терапии уровень 25(OH)D повысился (p<0,001) в подгруппе IБ (37,28±11,97 нг/мл) и в подгруппе IIБ (36,4±10,0нг/мл), и стал выше (p<0,001), чем в сопоставимых подгруппах IA и IIA. После терапии СИ САД, категории dippers, увеличился (p<0,05) во всех подгруппах: в подгруппе IБ – с 36% до 84%; в подгруппе IA – с 21,6 до 60%; в подгруппе IIБ – с 23,8% до 61,9%; в подгруппе IIA – с 31% до 64,7%. СИ ДАД, категории dippers, увеличился (p<0,05) только в подгруппе IБ – с 48% до 80% и в подгруппе IIБ – с 42,9% до 81%. В подгруппах IA и IБ, IIA и IIБ после терапии не выявлен патологический СИ САД и СИ ДАД, категории night-peakers.
Заключение. Восполнение дефицита/недостаточности витамина D у женщин с АГ в пременопаузальном и раннем постменопаузальном периодах путём приёма холекальциферола 2000 МЕ/сут в течение 3-х месяцев способствует формированию нормального СИ САД и ДАД, соответствующего категории dippers в 80% случаев.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Киличев А.А.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных Q-инфарктом миокарда (ИМ) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ)
Материал и методы. Проведено обследование у 70 больных мужского пола с первичным Q волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные. Критериями исключения были: повторный ИМ, сопутствующие

злокачественные новообразования, системные заболевания легких, заболевания почек. ЭхоКГ и допплерографическое исследование проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Методом допплерэхокардиографии оценивалась диастолическая функция. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Интерпретация данных вариабельности ритма сердца (ВРС) проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г), согласно которым значение показателя SDNN<100 мс расценивалось как снижение общей ВРС.

Результаты. Больные в зависимости от типа ДДЛЖ были распределены на 3 группы: нарушения по I типу выявлялось у 29,8 %, по II типу – у 45,2 %, III типу – у 25 % пациентов. Анализ SDNN в изучаемых группах показал снижение его во всех группах, но с достоверной значимостью при ДДЛЖ II и III типов (84,5 и 76,1мс, соответственно, $p<0,05$). Пропорционально прогрессированию ДДЛЖ отмечалась динамика и со стороны спектральных показателей. Так, наблюдалось выраженное снижение общей мощности спектра при III типе ДДЛЖ, а также повышение вклада в него низкочастотных показателей. Отношение LF/HF было достоверно выше в III группе, тогда как между I и II группами достоверных различий не наблюдалось.

Заключение. У больных Q-волновым ИМ с ДДЛЖ отмечалось снижение показателей общей ВРС и нарушением вегетативного баланса, которое было более выраженным у больных с III типом ДДЛЖ.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Ковалевская Е.А.[1,2], Крылова Н.С.[1,2], Потешкина Н.Г.[1,2] Бондаренко С.А.[2], Ванюков А.Е.[2]
[1] ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Российская Федерация, Москва
[2] ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52» ДЗМ, Москва

Стенокардия напряжения у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) может быть обусловлена относительной коронарной недостаточностью за счет выраженной гипертрофии ЛЖ, а также наличием сопутствующего атеросклероза коронарных артерий. Своевременное выявление сопутствующей ИБС у больного ГКМП является важной задачей для клинициста, т.к. требует особой стратегии лечения пациента с целью улучшения прогноза.

Цель: Выявить клинико-инструментальные параметры, ассоциированные с наличием сопутствующего коронарного атеросклероза (КА) у больных ГКМП.

Материал и методы: Обследовано 38 больных ГКМП из них 5 мужчин, средний возраст 65±9,9 лет, с симптомами стенокардии напряжения и депрессией сегмента ST по данным нагрузочного теста и ХМ-ЭКГ. С целью верификации КА всем больным выполнена коронароангиография (КАГ). Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – больные ГКМП с сопутствующим КА - 12 (32%) человек, 2 группа – ГКМП без КА - 26 (68%) человек. По данным КАГ односсудистое поражение коронарных артерий выявлено у 5 человек (33,3%), двухсосудистое – у 2 -х (16,7%), многососудистое – у 3-х (25%), поражение ствола ЛКА - у 2-х (16,7%).

Результаты: Группы больных были сопоставимы по полу ($p=0,8$) и возрасту ($p=0,3$). У больных 1 группы чаще регистрировался отягощенный по ИБС семейный анамнез (75% vs 4%, $p=0,01$). Степень артериальной гипертензии АГ оказалась выше у больных с сопутствующим КА (максимальное систолическое АД 211±33 vs 184±28 мм рт.ст., $p=0,02$). У больных 1 группы отмечалась более выраженная гипертрофия задней стенки

ЛЖ (15,2±2,7 см vs 12,8±3,5 см, p=0,006) при одинаковой толщине межжелудочковой перегородки в обеих группах (p=0,8).
В клинической картине пациентов одинаково часто встречалась стенокардия (p>0,05). Функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA был несколько выше у больных с сопутствующей ИБС (2,5±0,5 vs 2,0±0, p=0,06). Анализ факторов риска ИБС продемонстрировал отсутствие значимых межгрупповых различий по количеству курящих, индексу массы тела, наличию АГ, сахарному диабету и показателям липидного профиля (p>0,05).
У больных ГКМП 1 группы выявлена корреляция между наличием КА и отягощенным анамнезом по ИБС (r=0,74, p<0,000001), степенью систолического АД (r=0,4, p=0,01) и толщиной задней стенки ЛЖ (r=0,46, p=0,004).
Выводы: У больных ГКМП с клиникой стенокардии напряжения сопутствующий атеросклероз коронарных артерий выявлен в 32% случаев. Пациенты ГКМП с сопутствующим КА имели отягощенный по ИБС семейный анамнез, более высокую степень АГ, более выраженную гипертрофию ЛЖ за счет толщины задней стенки.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА В ОТСУТСТВИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Ковалевская Е.А.[1,2], Крылова Н.С.[1,2], Потешкина Н.Г.[1,2]Дорофеева Е.Ю.[2], Ванюков А.Е.[2]
[1] ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗРФ, Москва
[2] ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52» ДЗМ, Москва

При гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) возможно наличие ишемии миокарда даже в отсутствии коронарного атеросклероза. Ишемия миокарда при ГКМП способствует формированию зон фиброза и прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН).
Цель: Выявить клинико-инструментальные особенности, ассоциированные с ишемией миокарда у больных ГКМП без сопутствующего коронарного атеросклероза.
Материалы и методы: Обследовано 39 пациентов с ГКМП из них 14 мужчин. Средний возраст больных 54,4±16,8 лет. Наличие ишемии миокарда оценивалось по преходящей депрессии сегмента ST при физической нагрузке (ФН) во время ХМ-ЭКГ и велоэргометрии (ВЭМ). Больные разделены на 2 группы: I группа – больные ГКМП с преходящей депрессией ST≥1 мм на ЭКГ при ФН - 24 (61,5%) человека, II группа – ГКМП без смещения сегмента ST при ФН - 15 (38,5%) человек. Критерием исключения из исследования являлось наличие атеросклеротического поражения коронарных артерий при коронароангиографии или МСКТ сердца.

Результаты: Обе группы были сопоставимы по полу (p=0,37). Пациенты I группы были старше: 57,8±16,7 vs 48,9±16,2 лет (p=0,08) и чаще предъявляли жалобы на ангинозные боли при ФН: 91,7% vs 46,7% (p=0,02). Степень повышения диастолического АД (ДАД) была выше у больных I группы: 102±15 vs 91±8 мм рт.ст. (p=0,02). Отмечалась более выраженная митральная регургитация у больных I группы: 1,7±0,5 vs 1,2±0,7 степени (p=0,03). По данным ВЭМ в I группе более низкая толерантность к ФН: 2,6±1,2 vs 5,7±3,4 METs (p=0,04) и более короткое время ФН составило 4,7±2,7 vs 8,45±5,0 мин (p=0,03).

Больные I и II групп не имели существенных различий по функциональному классу ХСН по NYHA, толщине межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ, наличию обструкции выносящего тракта ЛЖ и глобальной сократительной способности миокарда ЛЖ (p>0,05).

У больных ГКМП I группы выявлена корреляция между ишемическими изменениями ЭКГ и частотой ангинозных болей при ФН (r=0,5, p=0,001), низкой

толерантностью к ФН (r=0,5, p=0,02), временем ФН (r=-0,4, при p=0,03), наличием синкопальных состояний в анамнезе (r=0,3; p=0,03), уровнем повышения ДАД (r=0,4, p=0,01), степенью митральной регургитации (r=0,4, p=0,01) и наличием сахарного диабета (СД) типа 2 (r=0,3, p=0,03).

Выводы: Ишемия миокарда у больных ГКМП без коронарного атеросклероза выявлена в 61,5% случаев и была ассоциирована с высокой частотой стенокардии напряжения, синкопальными состояниями в анамнезе, повышением уровня ДАД, низкой толерантностью к ФН, митральной регургитацией и наличием СД типа 2.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОГО РИСКА В СТЕНТАХ С И БЕЗ ЛЕКАРТСВЕННОГО ПОКРЫТИЯ НА РАЗВИТИЕ НЕОАТЕРОСКЛЕРОЗА НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ ЧЕРСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Комков А.А.[1,2], Мазаев В.П.[1], Рязанова С.В.[1], Самочатов Д.Н.[2]
[1]ФГБУ «ГНИЦ Профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва
[2]ГБУ ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Осуществить сравнение клинических переменных и факторов сердечно-сосудистого риска и их влияние на возникновение неоатеросклероза на отдаленных этапах после интервенционной процедуры с имплантацией стентов с и без лекарственного покрытия в коронарные артерии.

Методы исследования. Было проанализирован 141 больной после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с имплантацией стентов BMS (bare metal stents - без лекарственного покрытия) и DES (drug-eluting stents - с лекарственным покрытием) и наличием повторного коронароангиографического обследования как с повторным вмешательством, так и без. Все пациенты проходили повторное обследование на различных сроках после инициативной процедуры (index-ЧКВ), которое было выполнено по клиническим показаниям – возврат стенокардии, либо наличие острого коронарного синдрома (ОКС). Пациенты были разделены на группы в зависимости от типа имплантированного стента, и при дополнительном анализе времени до повторной КАГ и/или ЧКВ (<9 месяцев, ≥9 месяцев). Анализ производился по данным параметрам: возраст, пол, наличие рестеноза, артериальная гипертензия, стабильная стенокардия, ОКС, перенесенный инфаркт миокарда, дислипидемия, сахарный диабет, инсулинозависимость при сахарном диабете, хроническая почечная недостаточность, выполнение ЧКВ при повторном вмешательстве.

Результаты. Всего было 77 пациентов в группе с BMS и 64 пациента в группе DES. Медианы времени до повторного наблюдения (дней) - 163,98 (79,03;622,13) и 207,86 (62,38;470,52) для BMS и DES соответственно. В результате сравнения групп BMS и DES достоверно значимо отмечается большее число в группе DES пациентов с острым коронарным синдромом (12,99% и 29,69%), нестабильной стенокардии (5,19% и 15,63%), сахарным диабетом (10,39% и 29,69%) и наличием рестеноза (1,30% и 9,38%) на момент index-ЧКВ, и увеличения числа пациентов в группе с BMS с повторными ЧКВ (80,52% и 60,94%) и наличием рестеноза (35,06% и 18,75%) на момент follow-up КАГ и/или ЧКВ для BMS и DES соответственно. Все пациенты с рестенозами и BMS были повторно прооперированы во время follow-up, что касается DES только 66,77% пациентов подверглось повторному ЧКВ (p <0.001). ОКС в группе поздно образовавшихся рестенозов (≥9 месяцев) отмечалось в большей степени у пациентов с BMS (66,70% и 33,30% для BMS и DES соответственно).

Заключение. Наличие острого коронарного синдрома в группе поздних рестенозов может говорить о более частом образовании неоатеросклероза в стентах BMS, однако, учитывая меньшее максимальное время наблюдения среди DES (75 процентиль для BMS - 622,13

дня, для DES - 470,52 дня) данный показатель мог вырасти при более позднем мониторинге.

ИЗМЕНЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОЛНОЙ И НЕПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГОЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ И СТЕНТОВ С ЛЕКАРТСВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Комков А.А.[1,2], Мазаев В.П.[1], Рязанова С.В.[1], Самочатов Д.Н.[2]
[1]ФГБУ «ГНИЦ Профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва
[2]ГБУ ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Произвести клиническую оценку полной и неполной реваскуляризации миокарда на исходы пациентов после чрескожных коронарных вмешательств с имплантацией различных типов стентов (с покрытием и без).

Методы исследования. Исследование включало 141 пациента после инициативного вмешательства с имплантацией стентов с лекарственным покрытием (СЛП) и непокрытых лекарством стентов (НЛС) и наличием повторной (follow-up) КАГ и/или чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). 100% больных проходило повторное коронарографическое обследование на ранних, средне-отдаленных и отдаленных сроках после инициативной ЧКВ (index-ЧКВ). Все повторные интервенции были выполнены по клиническим показаниям – либо возврат клиники стенокардии, либо возникновение клиники нестабильной стенокардии, острого инфаркта миокарда. Неполная реваскуляризация миокарда определялась как наличие остаточного стеноза >50% в любой крупной (>2 мм) коронарной артерии после завершенной index-ЧКВ. Разделение на группы происходило в зависимости от наличия полной и неполной реваскуляризации, а также от типа установленного стента (СЛП или НЛС). Сравнение выполнялось по следующим клиническим показателям и факторам сердечно-сосудистого риска: возраст, пол, гипертоническая болезнь, стенокардия напряжения (стабильная), нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, дислипидемия, сахарный диабет, инсулинозависимость, хроническая почечная недостаточность, выполнение ЧКВ при повторном вмешательстве, курение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем и отягощенный анамнез.

Результаты. Средний возраст пациента составил 60,55±8,62 лет. В большинстве были мужчины (n=105 (74,47%)). Медиана времени до повторного наблюдения (дней) - 182,94 (75,83;508,20). Неполная реваскуляризация наблюдалась у 68 пациентов (48,23%), полная реваскуляризация у 73 (51,77%). Чаще это были пациенты с СЛП – 51 (75,00%). Острый коронарный синдром наблюдался на момент follow-up КАГ и/или ЧКВ наблюдался у 11 (57,89%) пациентов с неполной реваскуляризацией и у 8 (42,11%) пациентов с полной. Среднее время до повторного наблюдения составило 115 дней при неполной реваскуляризации, 269 при полной.

Заключение. Группы полной и неполной реваскуляризации достоверно не отличались по острому коронарному синдрому и другим показателям, однако, повторные вмешательства происходили значительно раньше при неполной реваскуляризации, нежели в группе с полной реваскуляризацией.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Койгельдинова Ш.С., Андыбаева А. Е., Таласпаева А.
Карагандинский государственный медицинский университет,

Караганда, Казахстан

Хроническая обструктивная болезнь легких – это второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире. Смертность от этого заболевания постоянно растет, и по прогнозам ВОЗ, к 2020 году ХОБЛ будет занимать 5–е место среди всех причин смертности после ИБС, депрессии, дорожных происшествий и цереброваскулярных заболеваний (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease, 2006). Распространенность ХОБЛ и артериальной гипертензии тесно ассоциирована с возрастом, вследствие чего, по мере старения, вероятность их одновременного сочетания неуклонно увеличивается. Коморбидность ХОБЛ с сердечно - сосудистыми заболеваниями неизбежно сопровождается изменениями функции внешнего дыхания, характер и динамика которых подробно определены лишь в одиночных исследованиях, что делает актуальным их дальнейшее изучение.

Цель. Оценить функцию внешнего дыхания у больных с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 84 больных, из них: контрольную группу составили 27 практически здоровых респондентов, 27 больных с ХОБЛ и 30 больных с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией. Оценивались спирографические показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду ($ОФВ_1$), индекс Тиффно ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ), максимальная объемная скорость на уровне крупных бронхов ($МОС_{25}$), на уровне средних бронхов ($МО_{50}$) и мелких ($МОС_{75}$). Статистическая обработка материала включала расчет среднестатистических значений и для сравнения и установления достоверно значимых изменений был проведен непараметрический метод статистического анализа Колмогорова-Смирнова.

Результаты. У больных с ХОБЛ, по сравнению с контролем, было выявлено достоверное снижение жизненной емкости легких на 30%, форсированного ЖЕЛ на 15%, объема форсированного выдоха за 1 секунду на 41%, индекса Тиффно на 29%, максимальной объемной скорости на уровне крупных бронхов ($МОС_{25}$) на 30%, средних бронхов ($МО_{50}$) и на 36% мелких бронхов ($МОС_{75}$) на 42%. У больных с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией, по сравнению с контролем, была выявлена такая же динамика изменений, но более выраженная. Так, были снижены ЖЕЛ на 36%, форсированная ЖЕЛ на 22%, ОФВ1 на 50%, индекса Тиффно на 35%, максимальная объемная скорость на уровне крупных бронхов ($МОС_{25}$) - на 47%, средних ($МОС_{50}$) - 57% и мелких ($МОС_{75}$) - 63%.

Заключение. При сочетании ХОБЛ с артериальной гипертензией наблюдается более быстрая прогрессия нарушений функции внешнего дыхания, выражающаяся в усилении проявлений синдрома бронхиальной обструкции.

NK-КЛЕТКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Кологривова И.В., Суслова Т.Е., Кошельская О.А., Винницкая И.В.
Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Натуральные киллеры (NK-клетки) являются клетками врожденной иммунной системы, которые регулируют процессы воспаления. Данные о функционировании NK-клеток при нарушениях углеводного обмена являются противоречивыми. Целью данного исследования являлось изучение содержания NK-клеток и концентрации цитокинов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2-го типа или нарушением толерантности к углеводам (НТУ).

Методы исследования. Было обследовано 35 пациентов с сочетанием АГ и СД 2-го типа и 16 пациентов с сочетанием НТУ и АГ. Группу сравнения составили 15 пациентов с АГ и 24 практически здоровых лица составили группу контроля. Все пациенты были сопоставимы по полу и возрасту и проходили тщательное клинико-диагностическое обследование. Методом проточной цитометрии определяли содержание NK-клеток в крови пациентов. Методом мультиплексного анализа в сыворотке крови оценивали содержание цитокинов интерлейкина (IL)-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, фактора некроза опухолей-альфа (TNF-α), интерферона-гамма (IFN-γ).
Результаты. Для пациентов с СД и НТУ было характерно повышения содержания глюкозы и инсулина натощак и концентрации триглицеридов в сыворотке крови по сравнению со здоровыми лицами. У пациентов с АГ было обнаружено более высокое абсолютное и относительное содержание NK-клеток (CD3-CD16+CD56+) по сравнению с группой здоровых лиц ($p=0,044$ и $p=0,037$, соответственно). При СД 2-го типа и при НТУ относительное содержание NK-клеток было ниже, чем у пациентов с АГ ($p=0,041$ и $p=0,001$, соответственно), а также была выявлена отрицательная взаимосвязь между концентрацией холестерола липопротеинов низкой плотности и содержанием NK-клеток. Абсолютное содержание NK-клеток при НТУ было минимальным в сравнении с группами здоровых добровольцев ($p=0,048$), пациентов с АГ ($p=0,001$) и пациентов с СД 2-го типа ($p=0,019$). У пациентов с АГ концентрация цитокинов IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17A, TNF-α, IFN-γ была меньше, чем у здоровых добровольцев, пациентов с СД и НТУ ($p<0,001$). Содержание IL-4 ($p<0,001$), IL-6 ($p<0,001$), IL-10 ($p=0,014$), TNF-α ($p=0,001$), IFN-γ ($p=0,037$) и IL-17A ($p<0,001$) в сыворотке крови было повышено в группе пациентов с СД 2-го типа по сравнению со здоровыми добровольцами. При НТУ выявлено увеличение концентрации IL-6 по сравнению с группой здоровых добровольцев ($p=0,002$).
Заключение. Для пациентов с сочетанием АГ и нарушений углеводного обмена характерно снижение содержания NK-клеток, которое сопровождается увеличением концентрации цитокинов и изменениями параметров липидного спектра сыворотки крови. Выявленные изменения могут вносить вклад в повышение сердечно-сосудистого риска у пациентов с нарушениями углеводного обмена.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Корчагина Т.В.
Самарский государственный экономический университет, Самара, Россия

Одной из главных причин развития гипофункции щитовидной железы является аутоиммунный тиреоидит. Все аутоиммунные состояния, по сути, это - один и тот же процесс: воспаление иммунной системы из-за постоянного воздействия на нее клеточного стресса (триггеров), в результате чего в ее работе происходят «ошибки», она принимает здоровую ткань за чужеродную и начинает разрушать ее. Острый, хронический, инфекционный стресс вызывают повышение адреналина и кортизола, которые подавляют Т-клеточную активность, вызывают дисбаланс между Т и В клетками иммунной системы. Можно предположить, что выявление и удаление стресс-триггеров может компенсировать аутоиммунный процесс в щитовидной железе.
Цель. Определение взаимосвязи коррекции метаболического синдрома и функции щитовидной железы при гипотиреозе.
Материал и методы. Исследование проводилось у 27 пациентов(женщин) с гипофункцией щитовидной железы и метаболическим синдромом в возрасте от 28 до 62 лет с длительностью заболевания от 2 до 12 лет. Вес пациентов составлял 89,53кг ($p<0,05$),уровень ТТГ18,23($p<0,05$).В 26,75% отмечалось повышение артериального давления, в 15,32 % повышение уровня глюкозы в крови, в 21,46% отмечалось

повышение уровня холестерина. Всем пациентам были разработаны: план питания (содержащий продукты с низкой гликемической нагрузкой), тренировочная система и система психологической реабилитации. Предложенная система питания снижая уровень инсулина, позволяет нормализовать уровень зависимых от него гормонов стресса: адреналина и норадреналина, опосредовано гормонов щитовидной железы. Коррекция веса приводит к снижению внутриклеточного воспаления.

Результаты. У лиц с наличием гипотиреоза коррекция метаболического синдрома привела к улучшению клинических и лабораторных показателей. Через месяц от начала коррекционных мероприятий у всех пациентов отмечалось улучшение состояния на фоне снижения веса 4±1,23 кг($p<0,05$): исчезла мышечная слабость, сонливость, быстрая утомляемость, отеки, склонность к депрессии. У всех пациентов нормализовался уровень артериального давления, уровень холестерина, улучшились показатели углеводного обмена. У 23(86,22) пациентов уровень ТТГ(73,38) снизился до нормы.19 пациентам был отменена заместительная терапия гормонами щитовидной железы. У 4 пациентов доза препаратов была снижена на 56, 4%

Заключение. Таким образом, предложенная система реабилитации пациентов с гипотиреозом позволяет значительно улучшить функцию щитовидной железы , что подтверждается положительной динамикой лабораторных и клинических данных.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ УЗЛОВЫХ РЕЦИПРОКНЫХ ТАХИКАРДИЯХ ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Костина М.В., Столярова В.В.
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Цель. Изучение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных с атриовентрикулярными узловыми реципрокными тахикардиями (АВУРТ) до и после операции радиочастотной аблации (РЧА) на 2, 7 сутки с целью исследования характера влияния РЧА на ВСР.

Методы исследования. Основные показатели ВСР у больных с АВУРТ после РЧА оценивали в сравнении с исходными показателями вне пароксизма до операции (n=20-12 мужчин и 8 женщины, средний возраст 55,1±10,7 лет) и с группой здоровых людей (n=20). Регистрировали ВСР до операции, на 2, 7 сутки после РЧА. Оценивали: SDNN, SDSD, ΔX, RMSSD, Mean, Mo, AMo%, Амо/DX, ВПР, ИН.

Результаты исследования. Исходно у больных с АВУРТ наблюдалось достоверное снижение ВСР по сравнению со здоровыми людьми: SDSD меньше на 20%, SDNN на 51%. Выявлена симпатикотония: увеличение Амо% на 191%, Амо/DX на 300% и снижение влияния парасимпатической нервной системы (ПСНС) на миокард: уменьшение Rmssd на 47%, Pnn50% на 25%, увеличение ВПР на 181% по сравнению с группой здоровых лиц. На 2 сутки после РЧА наблюдалось достоверное снижение ВСР за счет снижения SDSD на 18%, преобладание активности симпатической нервной системы (СНС): увеличение Амо% на 138%, Амо/DX на 226%, снижение тонуса ПСНС: уменьшение Rmssd на 63%, увеличение ВПР на 147% по сравнению со здоровыми людьми. Выявлено усиление активности ПСНС: увеличение Rmssd на 135% по сравнению с показателями до РЧА. На 7 сутки после РЧА выявлено увеличение ВСР: достоверный рост SDSD на 286%, SDNN на 210% по сравнению с исходными показателями. Зарегистрировано достоверное усиление тонуса ПСНС: увеличение Rmssd на 156%, Pnn50% на 283%, снижение активности СНС за счет снижения Амо/DX на 33%, ИН на 48% по сравнению с показателями до РЧА.

Выводы. Исходно у больных АВУРТ регистрировалось снижение ВСР, усиление активности СНС при одновременном снижении парасимпатического влияния на миокард по сравнению с группой здоровых людей. На 2 сутки после РЧА выявлено повышение парасимпатического влияний на сердце по сравнению с показателями до операции. К 7 суткам наблюдалась положительная динамика в виде увеличения ВСР, парасимпатического влияния на сердце при одновременном снижении симпатического по сравнению с показателями до операции и вторыми сутками после РЧА.

2D-СТРЕЙН И ДРУГИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЁСТКОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У НЕЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кочетков А.И., Остроумова О.Д., Викентьев В.В., Лопухина М.В.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва; ГБУЗ Городская клиническая больница им. Е.О. Мухина ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Сравнить параметры жёсткости миокарда левого желудочка (ЛЖ) у нелеченных пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии, 1-2 степени в возрасте от 45 до 65 лет и у лиц с нормальным артериальным давлением (АД) той же возрастной группы.

Материалы и методы. Обследовано 60 нелеченных пациентов с ГБ II ст., 1-2 ст. (31 мужчина, 29 женщин; средний возраст 53,6±0,8 лет) и 44 здоровых лица (21 мужчина, 23 женщины; средний возраст 51,5±1,0 лет). Всем пациентам проводилась трансторакальная эхокардиография (аппарат Vivid7 Dimension, GE). Показатели жесткости миокарда вычислялись исходя из конечно-диастолического объёма (КДО) ЛЖ, ударного объёма (УО) ЛЖ, скорости трансмитрального кровотока и скорости движения митрального кольца, а также с учётом офисного АД. По методике Speckle Tracking рассчитывался глобальный пиковый продольный систолический 2D-стрейн ЛЖ (ГПС ЛЖ). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (монитор МДП-НС-02с, ДМС) и биохимический анализ крови. Статистическая обработка данных выполнялась в программном пакете SPSS Statistics 20.

Результаты. ГПС ЛЖ был достоверно (p<0,001) выше в контрольной группе (-19,9±0,4%) по сравнению с общей группой больных с ГБ (-17,1±0,4%). Достоверных различий между группами в коэффициенте диастолической эластичности, конечно-систолической эластичности и конечно-диастолическая жесткости ЛЖ выявлено не было. В подгруппе пациентов с ГБ с ожирением (n=32), в отличие от подгруппы пациентов с ГБ без ожирения (n=28) были достоверно меньше ГПС ЛЖ (-15,6±0,6% и -18,8±0,3%, соответственно; p<0,001), коэффициент диастолической эластичности (8,22±0,65 [x10^{-2}] и 11,63±1,25 [x10^{-2}], соответственно; p<0,05), конечно-диастолическая эластичность (3,55±0,15 мм рт.ст./мл и 4,27±0,26 мм рт.ст./мл, соответственно; p<0,05). В группе пациентов с ГБ ГПС ЛЖ достоверно коррелировал с длительностью ГБ (r=-0,353; p<0,01), индексом массы тела (r=-0,566; p<0,001), уровнем триглицеридов (r=-0,347; p<0,01) и глюкозы крови (r=0,331; p<0,01), КДР ЛЖ (r=-0,265; p<0,05); КДО ЛЖ (r=-0,356; p<0,01), КСО ЛЖ (r=-0,406; p<0,01) и УО ЛЖ (r=-0,288; p<0,05); толщиной межжелудочковой перегородки (r=-0,397; p<0,01), толщиной задней стенки ЛЖ (r=-0,386; p<0,01), индексом массы миокарда ЛЖ (r=-0,435; p<0,01); офисным диастолическим АД (ДАД) (r=-0,354; p<0,01), среднесуточным систолическим АД (САД) (r=-0,291; p<0,05) и пульсовым АД (r=-0,296; p<0,05); среднесуточным САД (r=-0,343; p<0,01) и ДАД (r=-0,262; p<0,05).
Заключение. У нелеченных пациентов с ГБ II стадии 1-2 степени в возрасте 45-65 лет показатели жесткости ЛЖ выше по сравнению со здоровыми лицами той же возрастной группы и взаимосвязаны с рядом клинико-лабораторных параметров и показателей ЭхоКГ. Ожирение является одним из дополнительных факторов, повышающих ригидность миокарда ЛЖ у данной категории больных.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ АМБУЛАТОРНЫМ ПАЦИЕНТАМ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Крылова И.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

Цель. Определить меры по улучшению профилактической помощи, изучив особенности психологического и социального статуса амбулаторного пациента.
Материал и методы. Исследование проводилось на базе муниципальных центров здоровья при профилактических обследованиях пациентов с наличием факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Обследованы 257 человек: 73 мужчин и 184 женщин. Обязательным было подписание пациентом добровольного согласия. В соответствии с целью исследования пациенты заполняли разработанный нами унифицированный опросник, отражая свои доходы, самочувствие, причины самолечения, удовлетворенность жизнью; опросник субоптимального статуса здоровья и тесты: шкалы HADS, ценностных ориентаций (М. Рокич), МУН (А. Реан), САН (ММИ им. И.М. Сеченова), «Градусник» (Ю.Я. Киселев, Дембо-Рубинштейн), подверженность стрессу (Е.А. Тарасов). Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики на основе анализа абсолютных и относительных величин с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0.
Результаты. Среди пациентов с повышенными баллами опросника субоптимального статуса здоровья по шкале «психический статус» (163 чел., 63,4%) большинство пациентов были со средним доходом (96 чел., 37,4%), «хорошим» (5,4 ± 3,0) самочувствием, низкой (34,6% ± 15,1) удовлетворенностью жизнью, повышенной (9,3 ±3,3) тревожностью, высокой (9,4 ± 7,1) подверженностью стрессу; ценность «здоровье» на первых позициях (3,6 ± 2,2), ведущая мотивация боязнь неудачи (5,4 ± 3,3). У пациентов с превышениями баллов по шкале «сердечно-сосудистая система» (197 чел., 76,7%) опросника субоптимального статуса здоровья преобладал низкий доход (113 чел.,

57,4%), «неважное» (3,3 ± 2,7) самочувствие, низкая (32,3% ± 13,4) удовлетворенность жизнью, повышенная (8,4 ± 3,1) тревожность, высокая (8,3 ± 3,4) подверженность стрессу; ценность «здоровье» указывалась на первых позициях (4,4 ± 3,7), ведущей мотивацией была боязнь неудачи (3,1 ± 2,4).

Заключение. Выявлены возможности улучшения профилактической помощи путем психологической поддержки амбулаторных пациентов врачами первичного звена здравоохранения: участливое отношение к пациенту в связи с его низкой удовлетворенностью своей жизнью и самочувствием; использование ценности «здоровье» для объяснения значимости проводимых мер профилактики; воздержание от наставлений и нравоучений, с учетом повышенной тревожности и подверженности стрессу пациента; коррекция мотивации на успех поддержанием веры пациента в свои возможности (поощрение любых благоприятных изменений здоровья, указания на положительную динамику, похвала за любые полезные изменения), стимулированием активного участия в сохранении своего здоровья, возможными демонстрациями рекламных роликов, отражающих успех пациентов в решении проблем здоровья. В сложных случаях поиск вспомогательных мотиваций с помощью клинического психолога.

СИНДРОМ НЕОБЪЯСНИМОЙ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА. ТРИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ.

Крылова Н.С.[1,2], Ковалевская Е.А. [1,2], Потешкина Н.Г. [1,2], Синицын В.Е. [3], Мершина Е.А. [3], Дземешкевич С.Л.[4], Заклязьминская Е.В. [4]

[1]ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова»; [2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52»; [3]ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр" МЗРФ; [4]ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им Б.В. Петровского», Москва, Россия

Представлены 3 клинических случая пациентов с гипертрофией миокарда ЛЖ высокой степени, которая не может быть объяснена наличием АГ или клапанных пороков сердца. Пациент Р., 44 года с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, боли в левой половине грудной клетки, перебои в работе сердца. В анамнезе эпизоды повышения АД до 150/90 мм рт.ст. На ЭКГ гипертрофия ЛЖ с высотой R в левых грудных отведениях до 40 мм и глубиной (-) Т - 24 мм. При ЭхоКГ гипертрофия апикальных сегментов ЛЖ до 18 мм с уменьшением его полости из-за облитерации верхушечной трети. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ 71%. При холтеровском мониторировании ЭКГ на фоне тахикардии - преходящая депрессия сегмента ST до 1,5 мм. При КАГ - отсутствие признаков атеросклероза. Передняя межжелудочковая ветвь отходит от устья правой коронарной артерии, а огибающая ветвь - правого коронарного синуса. МРТ сердца с гадолинием – апикальная форма ГКМП. В связи с низким риском (1,7%) внезапной сердечной смерти (ВСС) больной выписан с рекомендацией приема бета-адреноблокаторов.

У больного Б. 51 года без предшествующего анамнеза кардиальных заболеваний (в том числе АГ) в течение месяца появились одышка при быстрой ходьбе и отеки ног. На ЭКГ – полная блокада левой ножки пучка Гиса со снижением вольтажа в стандартных отведениях. При ЭхоКГ – концентрическая гипертрофия ЛЖ с максимальной толщиной стенок до 26 мм, Диффузный гипокинез ЛЖ с ФВ 29%. Гидроперикард до 500 мл, двусторонний умеренный гидроторакс. Рестриктивный тип диастолической дисфункции с E/e' 14. При МРТ сердца – диффузное интрамиокардиальное накопление контраста, наиболее характерное для амилоидоза сердца. Подъязычная биопсия слюнной железы с окраской конго красным подтвердила амилоидоз. Генетический анализ выявил мутацию S23N в экзоне 2, что подтвердило диагноз наследственного транстиретинового амилоидоза с развитием кардиомиопатии, осложнившейся ХСН IIБ. Назначена терапия диуретиками, имплантация ИКД в плановом порядке в связи с наличием АВ-блокады I-II ст. и неустойчивой желудочковой тахикардии.

Больная Ч., 55 лет поступила с подозрением на ОКС из-за болей в грудной клетке, одышки с косонисходящей депрессией ST и (-) T в I, aVL, V4-V6 на ЭКГ. Клинически: охриплость голоса, пастозность лица, массивные отеки ног, признаки асцита. При ЭхоКГ концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ до 24 мм. Снижение объемных характеристик ЛЖ (ИКДО 30-32 мл/м²) с обструкцией выносящего тракта ЛЖ до 150 мм рт ст. ФВ 69%. Гидроперикард 500 мл. При КАГ – патологии коронарных артерий не выявлено. Анализ гормонов щитовидной железы (ТТГ более 100 мМЕ/мл, Т4 свободный 0,19 нг/дл) выявил гипотиреоз с явлениями микседемы. На фоне 3 месяцев терапии L-тироксином 150 мг ликвидация отечного синдрома, потеря веса 7 кг, уровень ТТГ 3,5 мМЕ/мл. Повторная ЭхоКГ – снижение толщины стенок ЛЖ до 20 мм, обструкции ВТЛЖ до 100 мм рт.ст., исчезновение гидроперикарда. Диагностирована обструктивная ГКМП, течение которой исходно существенно ухудшал гипотиреоз. Риск ВСС 5,2%, имплантирован ИКД в качестве 1 этапа для подготовки к проведению миэктомии.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Кузнецов В.А., Солдатова А.М., Енина Т.Н., Криночкин Д.В., Павлов А.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Введение. Накопленный опыт имплантации устройств для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов с выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) демонстрирует, что ответ на СРТ и сроки его наступления достаточно индивидуальны, а исход может быть различным даже у сопоставимых групп пациентов.

Цель. Выявить клинические и морфофункциональные особенности у больных с ХСН и имплантированными устройствами для СРТ в зависимости от исхода заболевания, выявить возможные предикторы смертности.

Материалы и методы. В исследование было включено 104 пациента (средний возраст 54,6±9,9 года; 83% мужчин) со II-IV функциональным классом ХСН по классификации NYHA. Исходно, через 1, 3 месяца и каждые последующие 6 месяцев проводилось клиническое обследование, эхокардиография (ЭхоКГ). Средний срок наблюдения составил 35,1±16,2 месяца. Срок наибольшего снижения конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) учитывался, как срок наилучшего ответа на СРТ. В зависимости от исхода пациенты были разделены на две группы: I группа - 94 выживших пациента, II группа – 10 пациентов с летальным исходом. При снижении КСО ЛЖ >15% пациенты считались респондерами, при снижении КСО ЛЖ ≥30% - суперреспондерами.

Результаты. Исходно группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам, однако по данным ЭхоКГ во II группе были выявлены достоверно большие значения КСО ЛЖ (p=0,004), конечно-диастолического объема (КДО) ЛЖ (p=0,0001), меньшая фракция выброса (ФВ) ЛЖ (p=0,001) и меньшая длительность периода аортального предызгнания (p=0,011).

Срок наилучшего ответа составил 13,5[6,0;31,3] месяцев в I группе и 1,3[0,2;5,3] месяца во II группе (p=0.005). На пике ответа выжившие пациенты имели достоверно более выраженное снижение КСО ЛЖ (p=0,043), КДО ЛЖ (p=0,004), рост ФВ ЛЖ (p<0,001) Все пациенты с суперответом были в I группе (p=0.004).

По данным регрессии Кокса исходный КСО ЛЖ (HR 1.010; 95% CI 1.002–1.018; p=0.012) и срок наступления наилучшего ответа (HR 0.812; 95% CI 0.667–0.989; p=0.038) были связаны со смертностью в отдаленном периоде наблюдения.

Заключение. Быстрое наступление пика ответа на СРТ и большие исходные значения КСО ЛЖ связаны с более высокой смертностью в отдаленном периоде наблюдения.

СУПЕРОТВЕТ НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузнецов В.А., Солдатова А.М., Енина Т.Н., Криночкин Д.В., Горбатенко Е.А., Павлов А.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Введение. Описаны разные факторы, ассоциированные с суперответом на сердечную ресинхронизирующую терапию (СРТ), наибольший интерес из которых представляют наличие блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), расширение комплекса QRS, наличие механической диссинхронии. Однако, в реальной клинической практике эти критерии неоднократно ставились под сомнение.
Цель. Оценить клинические, морфо-функциональные особенности пациентов с суперответом на СРТ, выявить возможные предикторы суперответа.
Материалы и методы. В исследование был включен 51 человек (72,5% мужчин, 27,5% женщин, средний возраст 55,6±9,5 года) с II-IV функциональным классом хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации NYHA. Всем пациентам исходно, через 1, 3 месяца и каждые последующие 6 месяцев проводилось клиническое обследование, электрокардиография, эхокардиография (ЭхоКГ). Диагноз БЛНПГ ставился на основании критериев, предложенных Strauss и соавт. (QRS >140 мсек у мужчин и >130 мсек у женщин; QS или rS в отведениях V1 и V2; наличие двойной зазубрины в двух отведениях V1, V2, V5, V6, I и aVL). Срок наибольшего снижения конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) учитывался, как срок наилучшего ответа на СРТ. В соответствии с наилучшим ответом на СРТ (средний период наблюдения 29,8±15,4 месяца) пациенты были разделены на две группы: I гр. (n=27; суперреспондеры) - снижение конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) ≥30% от исходного и II гр. (n=24; не-суперреспондеры) - снижение КСО ЛЖ <30%.
Результаты. Исходно суперресподеры имели более широкий комплекс QRS (180,3±24,8 мсек против 153,9±23,7 мсек; p<0,001), также у них достоверно чаще выявлялись признаки внутри- и межжелудочковой диссинхронии по данным ЭхоКГ (p=0,024). Наличие БЛНПГ достоверно не отличалось между группами (p=0,071).
Общая выживаемость больных с суперответом составила 100%, пациентов II группы - 79,2% (Log Rank test p=0,002). По данным логистической регрессии женский пол (ОШ 5,773; 95% ДИ 1.149–28.998; P = 0.033), и ширина комплекса QRS (ОШ 1,047; 95% ДИ 1.017–1.078; P=0.002) имели независимую связь с суперответом. При проведении ROC-анализа (AUC=0,824; p<0,001) была выявлена отрезная точка 0,55, в которой чувствительность и специфичность предсказания суперответа на СРТ составили 75 и 81,5 % соответственно.
Выводы. Пациенты с суперответом на СРТ демонстрируют лучшую выживаемость в отдаленном периоде наблюдения. Женский пол и ширина комплекса QRS являются независимыми предикторами суперответа на СРТ.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИЕЙ В СРАВНЕНИИ С КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ.

Кузнецов В.А., Самойлова Е.П.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: оценить результаты применения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в сочетании с медикаментозной терапией (МТ) в сравнение с консервативным лечением пациентов со стабильными формами ишемической болезни сердца (ИБС) в отдаленном периоде наблюдения.
Материалы и методы: случайным образом отобрали 300 пациентов из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» сформировали группы: I - 150 пациентов со стабильной ИБС после ЧКВ; II - 150 больных со стабильной ИБС, получавших только МТ. Группы были сопоставимы по полу (мужчины: 88,0% и 87,3% соответственно), возрасту (52,6±7,3 и 52,6±7,9 года), ангиографической характеристике поражения коронарных артерий (ствол левой коронарной артерии: I-не встречалось и II - 3,3%; передняя межжелудочковая артерия I -52,7% и II- 50,0%; правая коронарная артерия I -47,3%, и II -52,0%; общая p >0,05; артерии второго порядка I -36,0% II- 50,0% p=нд). Срок наблюдения составил 97,08±42,8 месяца.
Результаты. В отдаленном периоде было выявлено, что в группе ЧКВ была ниже общая смертность (I - 8,7% и II - 17,3%, p <0,05), сердечно- сосудистая смертность (I - 7,3% и II группа 16,7% p <0,05), реже выполнялось коронарное шунтирование (I - 21,3% и II - 26,7% p <0,05). По частоте развития инфаркта миокарда достоверного различия не выявлено (I 15,3% и II - 18,0%, p=нд).
Заключение. ЧКВ в сочетании с МТ доказала эффективность в лечении стабильной ИБС в сравнении с изолированной МТ в отдаленном периоде наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кузьмина Т.М., Рубаненко О.А., Ворончихина А.В., Мелетьев А.С.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Нарушение дренажной функции бронхов и лёгочной вентиляции на фоне гемодинамических расстройств создаёт субстрат для развития условно-патогенной и патогенной микрофлоры, вызывающей развитие застойной пневмонии. Заболеваемость внебольничной бактериальной пневмонией у пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в 2 раза выше, чем у пациентов в общей популяции.
Цель нашего исследования - показать влияние сопутствующей ХОБЛ на течение внебольничной пневмонии у пожилых пациентов с коморбидной патологией.
Материал и методы. Нами обследовано 45 пациентов с внебольничной бактериальной правосторонней нижнедолевой пневмонией, вызванной Streptococcus pneumonia. Диагноз пневмонии у всех пациентов подтверждён рентгенологически и бактериологически с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам. Возраст в группе наблюдения колебался от 69 до 86 лет. Средний возраст пациентов составил 73,4 года. Гендерный состав включал 23 женщин и 22 мужчины. У всех пациентов имела место коморбидная патология: ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 2 функционального класса. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 4 группы риска. Хроническая сердечная недостаточность 2А стадии, 3 функционального класса по NYHA. У 31 человека была ХОБЛ в стадии обострения.
Результаты. Пациенты были разделены на группы наблюдения 1-я группа с ХОБЛ и 2-я группа без ХОБЛ. Изменения клинических показателей в зависимости от наличия сопутствующей ХОБЛ характеризовались более выраженной гипертермией, интоксикацией, более низкими показателями сатурации кислорода в день поступления,

более частой встречаемостью осложнений (экссудативного плеврита и перикардита). Всем пациентам было назначено: ампициллин с сульбактамом внутривенно, бромгексин, отхаркивающая микстура (экстракт алтея, корень солодки, анисовое масло, гидрокарбонат натрия), дезинтоксикационная терапия. Пациентам 1 группы дополнительно назначен эуфиллин 2,4% внутривенно по 5 мл, формотерол и беклометазонигаляционно. В обеих группах проводилась коррекция кардиологической патологии. Динамика клинических показателей характеризовалась более отдалёнными результатами нормализации температуры, сатурации кислорода, положительной рентгенологической динамики, что потребовало дополнительного назначения левофлоксацина.

Заключение. Таким образом, можно заключить, что течение пневмонии у пожилых пациентов с коморбидной патологией при наличии ХОБЛ характеризуется большей тяжестью клинических проявлений и менее выраженной положительной динамикой при проведении антибактериальной терапии. Данная ситуация требует тщательного подбора антибиотиков с рассмотрением в качестве альтернативы левофлоксацина.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЕЁ КОРРЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кузьмина Е.Г.
Курский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней ФПО, Курск, Россия

Цель. Оценка жесткости сосудистой стенки у беременных с хронической артериальной гипертонией на фоне монотерапии допегитом и комбинированной терапией допегит + кордафлекс ретард.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе женской консультации "ОБУЗ Курской горбольницы №2". Все беременные дали информированное согласие на обследование и лечение. Основным показателем в данном обследовании, характеризующим жесткость сосудистой стенки, является индекс CAVI – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, полученный с помощью прибора объемной сфигмометрии VaSera-1000. В исследование включены 25 женщин с гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте от 25 до 43 лет (средний возраст 31±1,7 года). Оценивались параметры артериальной жесткости в сроки 10-12 недель до лечения и в 22-24 недели гестации на фоне проводимой терапии. В первую группу включено 15 женщин, принимавших допегит в суточной дозировке 750-1000 мг. Вторую группу составили 10 женщин, принимавших кордафлекс ретард в суточной дозировке 20 мг и допегит в суточной дозировке 500-750 мг. Группу контроля составили 16 практически здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью, средний возраст которых был 25,2±1,5 года.

Результаты. На сроке гестации 10-12 недель до проведения гипотензивной терапии индекс CAVI справа составил 9,5±0,56; слева – 9,4±0,45; показатель биологического возраста артерий определялся в пределах 32±2,8 справа и 31±2,6 лет слева. После 3 месяцев проводимой антигипертензивной терапии в первой группе индекс CAVI справа снижался до 8,8±0,49 и слева до 8,7±0,40; показатель биологического возраста артерий справа был 30±2,2 и слева – 29±2,7 лет. Во второй группе индекс CAVI справа составил 8,6±0,43 и слева – 8,5±0,39; показатель биологического возраста артерий справа уменьшался до 28±2,1 и слева до 27±2,3 лет. На фоне комбинированного курса антигипертензивной терапии кордафлекс ретард и допегит у беременных с ГБ отмечалось снижение CAVI справа и слева и происходило уменьшение биологического возраста магистральных артерий в большей степени, чем по сравнению с монотерапией допегитом.

Заключение. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI является информативным

безопасным критерием неинвазивной оценки эффективности антигипертензивной терапии. Комбинированная антигипертензивная терапия кордафлекс ретард и допегит оказывает более эффективное воздействие на показатель жесткости сосудистой стенки у беременных.

ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кузьмина Е.Г., Прибылова Н.Н., Прибылов С.А.
Курский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней ФПО, Курск, Россия

Цель. Оценка жесткости сосудистой стенки у беременных с нормальным АД и с факторами риска развития артериальной гипертонии (АГ) (отягощенный семейный анамнез по АГ, курение, ожирение).
Материалы и методы. Исследование проводилось на базе женской консультации "ОБУЗ Курской горбольницы №2". Все беременные дали информированное согласие на обследование. Основным показателем в данном обследовании, характеризующим жесткость сосудистой стенки, является индекс CAVI - сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, полученный с помощью прибора объемной сфигмометрии VaSera-1000. В исследование включены 15 женщин от 18 до 34 лет (средний возраст 24±2,4 года) с 3 основными факторами риска (отягощенный семейный анамнез по АГ, курение, ожирение). Оценивались параметры артериальной жесткости в 28-32 недели гестации. Группу контроля составили 10 практически здоровых женщин без факторов риска с физиологически протекающей беременностью, средний возраст которых был 21,2±2,7 года.
Результаты. На сроке гестации 28-32 недели у беременных с факторами риска индекс CAVI справа составил 8,3±0,44; слева – 8,1±0,35; показатель биологического возраста артерий справа увеличивался до 30±2,8 и слева до 29±2,4 года ($p<0,05$). В контрольной группе индекс CAVI справа был в пределах 6,8±0,37; слева – 6,7±0,45; показатель биологического возраста артерий справа составил 21,8±1,7 и слева – 20,0±1,8 лет соответственно. Таким образом, у беременных с триггерными факторами риска развития АГ, индекс CAVI находился в пределах верхней границы нормы и повышался биологический возраст артерий по сравнению с контрольной группой.
Заключение. Индекс CAVI коррелирует с такими факторами риска развития АГ как курение ($r=0,64$ CAVI с индексом курения), ожирение ($r=0,72$ CAVI с индексом массы тела), отягощенный семейный анамнез, которые значительно влияют на упруго-эластические свойства сосудов у беременных. Поэтому беременные с наличием основных факторов риска должны быть включены в группу диспансерного наблюдения по риску развития повреждения сосудистой стенки и АГ как во время беременности, так и в послеродовом периоде.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СПОРАДИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Куликбаева А. С., Гусеинова З. К.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить факторы риска развития спорадического колоректального рака (КРР).
Методы исследования. Обследовано 80 больных с воспалительными заболеваниями кишечника, в возрасте от 18 до 65 лет мужского пола. Обследованные были сопоставимы

по возрасту, полу, давности заболевания и социальному статусу. Продолжительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет. Клинический диагноз верифицировали на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований. При проведении анкетирования у 61 (76%) больных были выявлены факторы риска КРР. В связи с этим больные были распределены на 2 группы. В 1 группе - 40 больных с высокой частотой факторов риска и во 2 группе – 40 больных без факторов риска КРР.

Результаты. В 1 группе у 90% больных выявлено несбалансированное питание с частым употреблением мясной пищи, у 55% пациентов верифицирована генетическая предрасположенность по раку кишечника родственников первой линии, у 30% зафиксировано курение продолжительностью 15 лет в течение суток по 1-2 пачки, у 25% пациентов выявлено ожирение и «сидячий» образ жизни, у 20% пациентов выявлено воспалительное заболевание кишечника с длительностью анамнеза более 10 лет. При эндоскопическом обследовании у 35% обнаружен рак сигмовидной кишки, у 46% неспецифический язвенный колит, 8% хронический неязвенный колит и у 15% выявлен болезнь Крона с соответствующей к морфологической картиной, а в лабораторных анализах крови у 27 % больных выявлена анемия тяжелой степени с положительным тестом на скрытую кровь. Во 2-ой группе основными факторами риска являлись несвоевременное несбалансированное питание, редкий прием пищи, не соблюдение режима труда и отдыха. При эндоскопическом исследовании у 38% больных выявлен неспецифический язвенный колит, у 55% больных хронический неязвенный колит, у 22% диагностировано болезнь Крона и у 10% больных выявлен рак толстого кишечника. В 1-ой группе по данным анамнеза у 78% больных отмечались жалобы на боли и вздутие в животе, диарея с кровью в течение суток до 7-8 раз, ухудшение общего самочувствия, слабость, быстрая утомляемость; из диспепсичесих проявлении преобладали симптомы изжоги и рвоты (соответственно у 16% и у 8%); у 20% больных наблюдалось вздутие живота. Во 2 группе у 57% больных отмечались диарейный синдром, у 36% вздутие живота, у 45% пациентов болевой синдром и у 15% больных выявлено выраженная астенизация и снижение аппетита. Данные ректороманоскопии с прицельной биопсией, с последующим гистологическим исследованием выявило наличие у обследованных пациентов диагноз НЯК, БК и колоректального рака.

Заключение. Таким образом, наличие факторов риска с воспалительными заболеваниями кишечника увеличивает вероятность трансформации в колоректальный рак у 1/3 обследованных пациентов.

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Куликов С.А., Бельских Э.С., Урясьев О.М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохрания Российской Федерации, Рязань, Россия

Цель. Оценка структуры коморбидного фона пациентов с бронхиальной астмой и его взаимосвязи с уровнем контроля заболевания и количеством госпитализаций за год.

Материалы и методы. Было проанализировано 300 историй болезни (117 мужчин и 183 женщин; средний возраст составил 58 лет). Все пациенты поступили в связи с обострением бронхиальной астмы в пульмонологическое отделение ГБУ РО «ОКБ» г. Рязани и проходили стационарное лечение в период с 2013 по 2015 годы включительно. Истории болезней отбирались случайным методом. Оценивались: наследственная предрасположенность – по наличию бронхиальной астмы у родителей, степень достижения контроля - по количеству обострений основного заболевания, число госпитализаций за год, наличие и степень дыхательной недостаточности. Среди

коморбидных состояний были исследованы гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. Статистическая обработка проводилась с помощь программы StatPlus 2009. Уровень отличий рассматривался как статистически значимый при вероятности ошибки (p) ≤ 0,05.

Результаты. Наличие коморбидных состояний в виде сопутствующих ИБС, ГБ и СД наблюдалось в 94,3% случаев госпитализации по поводу обострения бронхиальной астмы. Наиболее распространенной сопутствующей патологией являлась ГБ (54,3%), почти треть пациентов страдали ИБС (30,7%) и в 9,3% случаи СД, при этом наследственность была отягощена у 14% обследованных больных. Была выявлена взаимосвязь между частотой обострений бронхиальной астмы и наличием сердечно-сосудистой патологии, такой как гипертоническая болезнь ($r=0,54$, $p<0,05$) и ишемическая болезнь сердца ($r=0,44$, $p<0,05$). Наличие сахарного диабета достоверно не было ассоциировано с развитием обострений основного заболевания. Статистически выраженных взаимосвязей между наличием коморбидного фона и степень дыхательной недостаточности установить не удалось. Так же отмечалась, что количество госпитализаций за год коррелировало с увеличением количества сопутствующих заболеваний ($r=0,49$, $p<0,05$).

Заключение. Было установлено, что гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца в качестве коморбидного фона достоверно связаны со снижением уровня контроля бронхиальной астмы, что находит отражение в увеличении частоты обострений. Увеличение количества сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний способствует достоверному повышению количества госпитализаций за год. Таким образом, учет коморбидного фона, связанный с широкой распространенностью сердечно-сосудистой патологии имеет значение для оптимизации сочетанной терапии бронхиальной астмы и сопутствующих заболеваний с целью уменьшения количества обострений и госпитализаций за год.

НАРУШЕНИЕ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ШКОЛЬНИКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Кульниязова Г.М., Долотова Л.В., Давидович С.Г., Алтаева А.М.
ЗКГМУ им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

В большинстве случаев (69-74%) аритмии сочетаются с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС), в частности с пролапсом митрального клапана (ПМК) и аномально расположенной хордой левого желудочка (АРХ ЛЖ).

Целью исследования явилось определение частоты и характера нарушений ритма сердца и проводимости у школьников с некоторыми формами ДСТС.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 191 школьников 6-18лет (мальчиков- 93, девочек- 98) с эхокардиографическими маркерами ДСТС, обратившихся с жалобами на сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой (35,1%), кардиалгии (64,9%). При этом, отмечались боли: «колющие» у 54,9%, «давящие» - у 32,0%, «ноющие» - у 13,1%. Перебои в сердце отмечали 15,2%, цефалгии – 47,1%, головокружения-16,7,0%, утомляемость - 53,9%, синкопальные состояния -3,7%, чувство нехватки воздуха - 12,6%, нарушение сна - 22,0%. Комплекс исследований включал сбор анамнеза, жалоб, клинический осмотр, современные инструментальные методы.

Полученные результаты. Аускультативно изменения в ритме сердца выявлены у 81,1% (155). У 43,9% (84) определялся систолический «щелчок», у 29,6% из них он сопровождался средне- и/или позднесистолическим шумом и митральной регургитацией (МР). Максимальная выраженность шума определялась на верхушке и, реже по левому краю грудины по типу «хордального писка», у остальных выслушивался лишь короткий систолический шум или шум вовсе отсутствовал. Эхокардиографически установлено, что

изолированный вариант ПМК имели 16,2% (31), изолированный вариант АРХ ЛЖ - 44,5% (85) и их сочетание - 39,3% (75), у 8,9% (17) – пролапс трикуспидального клапана; Нарушения ритма сердца и проводимости на ЭКГ и ЭхоКГ диагностированы у 87,1% с ПМК, у 83,5% с АРХ ЛЖ и у 89,3% при их сочетании.

Структура нарушений ритма и проводимости сердца представлена: синусовая тахикардия 17% (28), синусовая брадикардия у 20,6 % (34), неполная блокада правой и передней ветви левой ножки пучка Гиса – 8,5% (14), АВ-блокада I-IIст. – 4,2% (7), наджелудочковые и желудочковые экстрасистолии – 8,5% (14), наджелудочковые формы тахикардии пароксизмальной – 2,4 % (4), непароксизмальной – 1,8% (3), феномен укорочения PQ – 4,8% (8), СРРЖ – 6,7% (11), миграция водителя ритма – 5,5% (9), синдром WPW- 2,4% (4), удлинение интервала QT – 0,6%. Синусовая брадиаритмия, суправентрикулярная экстрасистолия, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВ ЛНПГ) были обусловлены за счёт дисфункции синусового узла или синдрома его слабости - СССУ ($p<0,05$), АВ-блокада I-II ст. - с ПМК без МР. У школьников с ПМК при наличии МР и в сочетании с АРХ ЛЖ - суправентрикулярная экстрасистолия, синоатриальная блокада, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, БПВ ЛНПГ, полная блокада правой ножки пучка Гиса, и СССУ ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, у большинства (86,4%) школьников с ДСТС выявлены нарушения ритма и проводимости сердца. При этом, их высокая частота и разнообразие нарастало с возрастом, подчёркивающие необходимость диспансерного наблюдения.

СОВЕРШЕНСТОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ, УВЕЛИЧИВАЮЩИЙ КАЧЕСТВО ОЧИСТКИ ЗАЩУМЛЕННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСИГНАЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕЙВЛЕТ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ

Кыздарбекова А.С., Касымбекова К. Б., Дутбайева Д.М., Кыздарбек У.С.
Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики , Санкт-Петербург, Россия
Кыздарбек У.С.
Евразийский национальный университет имени Л. Н. Гумилёва, Астана , Казахстан

Цель работы. Рассматривается вейвлет преобразование и его применение для очистки зашумленнх электрокардиосигналов. Целю основной задачей является расмотрение методов очистки QRST интервала от шумов с применением вейвлет преобразовании.

Предложен алгоритм анализа и синтеза первичной обработки кардиосигналов с использованием вейвлет-преобразование. Применение вейвлетов в задачах, связанных с обработкой сигнала. Алгоритм извлечения признаков ЭКГ представлен на основе Вейвлеты Добеши. DB4 вейвлетов выбрано из-за сходства его функции масштабирования к форма сигнала ЭКГ.

Материалы и методы. Алгоритм анализа первичной обработки кардиосигналов с использованием вейвлет-преобразование. Применением вейвлетов в задачах, связанных с обработкой сигнала. Алгоритм извлечения признаков ЭКС представлен на основе Вейвлеты Добеши. При исследовании сигналов они представлены в виде совокупности последовательных приближений грубой (аппроксимирующей) и уточненной (детализирующей) составляющих.

Результаты. Использование вейвлет-преобразование для анализа мы можем, путем последовательного огрубления (или уточнения) сигнала выявлять его локальные особенности и подразделять их по интенсивности. Во-вторых, таким образом обнаруживается динамика изменения сигнала в зависимости от масштаба. Алгоритм вейвлет-преобразования может быть представлен, как передача сигнала через пару фильтров: низкочастотный и высокочастотный. Низкочастотный фильтр выдает грубую

форму исходного сигнала. Высокочастотный фильтр выдает сигнал разности или дополнительной детализации.
Стадия предварительной обработки заключается в удалении шумов (электромиографические потенциалы мышц, артефакты взаимодействия электродов с кожей, электронный шум усилителей и фоновый шум сети). Удаление шума дает нам возможность сжать и сглаживать ЭКС. ЭКС раскладывается на аппроксимирующие коэффициенты, которые представляют сглаженный сигнал, и детализирующие коэффициенты, описывающие колебания. Следовательно, шумовая компонента лучше отражается в детализирующих коэффициентах.
Реализация и оценка алгоритма выделения признаков ЭКС сигнала сначала сглаживая, разлагая и опуская большую часть деталей, сохраняя при этом коэффициенты аппроксимации второго уровня. Пики R затем извлекают из чистого сигнала ЭКС. За этим следует определения местоположения обнаруженных пиков R в исходном сигнале, который позволил позиционирование других пиков (P, T, Q и S) со ссылкой на идентифицированных пиков R.
Заключение. Предлагаемый алгоритм извлечения признаков на основе вейвлет достигается высокая эффективность обнаружения в базе данных MIT-BIH аритмией с точки зрения интервала и амплитуды экстракции. Алгоритм обнаружения обнаруживает очень низкую ошибку отклонения, путем сравнения извлеченных интервалов RR с реальными и оригинальными времени записи соответствующих записей в базе данных.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Лазарева Н.В., Чумакова Н.С.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Оренбург, Россия

Цель. Выявить особенности вегетативной регуляции деятельности сердца у больных системной склеродермией (ССД).
Материал и методы. Обследовано 65 больных ССД и 20 относительно здоровых лиц без ревматической и сердечно-сосудитой патологии, составивших контрольную группу, сопоставимую с основной по возрасту (средний возраст составил 48,8±15,4), полу и сопутствующей патологии. Критериями исключения больных из исследования были тяжелая сопутствующая патология внутренних органов с их функциональной недостаточностью, ИБС, сахарный диабет, ХСН III-IV ФК. Подавляющее большинство пациентов составили женщины – 63 (96,9%) человека с длительностью заболевания - 5 [2; 10] лет, которое чаще всего протекало со II степенью активности процесса (61,5%) и хроническим течением (81,5%). Для оценки вариабельности сердечного ритма (ВСР) использовался компьютерный анализ 5-минутных фрагментов ритмограммы и спектрограммы в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы по методике Михайлова В.М. в соответствии с «Международным стандартом». Оценивали показатели кардиоритмограммы и спектрограммы. Определяли следующие показатели спектрального анализа: общая мощность спектра (TP), мощность в диапазоне очень низких частот (VLF), низких частот (LF) и высоких частот (HF). Среди показателей временного анализа определялись: RRNN (мс) – средняя длительность интервалов R-R, SDNN (мс) – стандартное отклонение величин нормальных интервалов R-R (NN), RMSSD (мс) – квадратный корень из среднего квадратов разностей величин последовательных пар интервалов N-N, pNN50,% – процент (доля) последовательных интервалов N-N, различие между которыми превышает 50 мс.

Результаты. Низкая ВСР диагностирована у 43 (66,2%) больных ССД. Среди них у 8 (18,6%) пациентов она была снижена значительно (ТР < 500 mc^2). Выявлены достоверные различия между долями (p=0,0003). Проведенный анализ данных показал значительное снижение показателей ВСР у больных ССД по сравнению с контрольной группой. Абсолютные (mc^2) и относительные (n.u.,%) значения большинства показателей спектрального анализа ВСР в общей группе больных были достоверно ниже, чем в группе сравнения (p<0,0001). По показателям средних значений спектрального анализа вклад симпатического отдела ВНС (LF mc^2, n.u., %) у больных ССД выше, чем парасимпатического отдела (HF mc^2, n.u., %), тогда как в группе сравнения преобладает вклад парасимпатического отдела ВНС (p<0,0001). Значения показателей временного анализа, характеризующие общую вариабельность и парасимпатическую активность, также были достоверно ниже в группе больных ССД по сравнению с контрольной группой (p<0,0001).

Заключение. Таким образом, снижение показателей ВСР свидетельствует о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности и неблагоприятно для прогноза вероятности развития потенциально опасных аритмий и внезапной сердечной смерти у больных ССД.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ

Лапицкий Д.В., Ермолкевич Р.Ф., Ряполов А.Н., Митьковская Н.П.
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр» ВС Республики Беларусь;
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель. Определение особенностей функционирования сердечно-сосудистой системы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от выраженности нарушений функции внешнего дыхания и симптомов болезни.

Материалы и методы. Объект - 35 мужчин с ХОБЛ. Распределение пациентов по степени нарушения функции внешнего дыхания проводилось согласно спирометрической классификации (GOLD 2006), по степени выраженности симптомов и риску обострения – согласно методики интегральной оценки ХОБЛ (GOLD 2011). Медиана возраста 74 года. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы изучалось на отечественном спирометре МАС-1 с помощью анализа газов выдыхаемого воздуха (О2 и СО2): сердечный выброс (Q, л/мин), общее периферическое сопротивление (ОПСС, ед. Вуда), доставка О2 к тканям (ДО2, мл), содержание О2 в артериальной крови (СаО2, мл/л), давление О2 в артериальной крови (РаО2, мм рт.ст.), насыщение артериальной крови О2 (SaO2, %), альвеоло-артериальная разница по О2 (РА-аО2, мм рт.ст.), артерио-венозная разница по О2 (Са-вО2, мл/л), коэффициент утилизации О2 (КУ, %), вентиляционно-перфузионное соотношение (VA/Q), шунтирование крови в малом круге кровообращения (Qs/Qt,%). Выполнялся тест с 6-минутной ходьбой (6МТ). Данные представлены в виде M±m.

Результаты. Выраженные нарушения внешней вентиляции (стадии GOLD III-IV) ассоциированы с ухудшением переносимости физической нагрузки в 6МТ (91,4±6,3 и 73,4±6,3% от должных значений при GOLD I-II и GOLD III-IV соответственно, p=0,04), нарастанием РаСО2 (36,4±2,1 и 40,6±3,5 мм рт.ст., p=0,032), снижением РаО2 (72,6±1,8 и 63,8±2,5 мм рт.ст., p=0,008) и SaO2 (95,7±0,7 и 93,4±1,7%, p=0,014), увеличением Qs/Qt (12,2±1,1 и 19,3±1,2%, p=0,048). С повышением риска обострений ХОБЛ отмечено снижение РаО2 (75,8±1,9 мм рт.ст. в группах низкого риска обострений (категории А и В) и 65,2±1,9 мм рт.ст. в группах высокого риска обострений (категории С и Д), p=0,003),

снижение SaO2 (96,7±0,8 и 93,7±2,1% в группах низкого и высокого риска обострений соответственно, p=0,004), увеличение Qs/Qt (12,1±1,2 и 17,6±1,5% в группах низкого и высокого риска обострений соответственно, p=0,04).

Заключение. С нарастанием степени нарушения внешней вентиляции, выраженности симптомов и риска обострения болезни у пациентов с ХОБЛ выявлено нарушение показателей газового состава артериальной крови (снижение PaO2, SaO2, повышение PaCO2), снижение переносимости физической нагрузки в тесте с 6-минутной ходьбой. Патогенетическим фактором, приводящим к таким нарушениям, является увеличение шунтирования крови в малом круге кровообращения (Qs/Qt).

РУССКИЙ ПРИОРИТЕТ В ИЗУЧЕНИИ ЭТИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРАЦИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА ОТ ГАСТРИТА ДО РАКА

Ларионов Б.В.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Определить первую в мире работу в этом направлении. Это была статья Б.В. Ларионова «Влияние избытка хлоридов на возникновение гиперацидных состояний-эзофагитов, гастритов, дуоденитов, энтеритов, язвенных колитов, язвенной болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, рака пищевода, рака желудка и рака кишечника (Новая биогеохимическая однопричинная парадигма)». Сб. научных тр. и материалов V международного симпозиума 26-28.05.2008. Т 3. Казань. 2008, 52-61.

Материал и методы. Далее в группе Б.В. Ларионова в Фейсбуке «Как предупредить кариес, гипертонию…» были опубликованы цитаты по этой проблеме из книги Б.В. Ларионова «Как продлить себе жизнь? Как снизить смертность в России?» Lap Lambert, 2014, 612 стр.

Результаты. Позднее, в этой же группе «Как предупредить кариес, гипертонию… впервые было показано, что избыточное потребление соли/хлорида вызывает рак ЖКТ от полости рта, носоглотки, ротоглотки, рак пищевода, рак желудка, рак дуодены, тонкого и толстого кишечника. URL: https://www.facebook.com/groups/679109632183158/search/?query=гиперацидный

Заключение. Таким образом, нами впервые в мире предложена и обоснована новая биогеохимическая однопричинная парадигма этиологии и профилактики гиперацидных заболеваний животных и человека. Избыточное потребление соли/хлорида приводит к избыточному выделению HCl, а через инкубационный период HCl выше определённой концентрации становится канцерогенной и приводит к малигнизации язв или образованию рака ЖКТ от полости рта до прямой кишки. Желательны гранты для продолжения исследований.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Ларюшина Е.М., Алина А.Р., Толеубеков К.К., Сейсенбекова А.К.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить распространенность модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и изучить самооценку состояния здоровья населения у жителей села с высокими показателями заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения.

Материал и методы. Проведено кросс-секционное скрининговое обследование 781 респондента в возрасте 18-65 лет, из них мужчин 237 (30,4%) и женщин 544 (69,6%), проживающих в Осакаровском районе Карагандинской области. Для выявления

распространенности модифицируемых факторов риска (ФР) развития ССЗ использовали анкетирование, включавшее оценку социально-демографических показателей, поведенческих факторов (физическая активность, курение), антропометрические данные (индекс массы тела, окружность талии), измерение артериального давления, определение уровня холестерина крови. Самооценка состояния здоровья изучалась на основе анализа 1 вопроса международного стандартизированного опросника «SF-36 Health Status Survey». Из исследования исключены беременные женщины, лица с психическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями. Во время анкетирования выбыло 54 участника по причине неполного ответа.

Результаты. Оценивая свое состояние здоровья, большинство респондентов (50,62%) охарактеризовали его как «хорошее», 6,05% респондентов - «очень хорошее», 3,99% участников «отличное», в то время как 1/3 участников 37% респондентов оценили, как «посредственное», 2,34% респондентов - «плохое». Анализ распространенности ФР развития ССЗ показал, что 28,7% (ДИ 22,7; 34,7) участников имеют ожирение. Распространенность ожирения высокая в возрастной группе от 60 до 65 лет. Низкая физическая активность определена у 10,7% (ДИ 4,03;17,4) населения, которая не имела существенных гендерных различий. Артериальная гипертензия выявлена у 32,2% (ДИ 26,4; 37,9) населения, распространенность которой превалировала среди мужчин (24%). Гиперхолестеринемия выявлена у 36,9% (ДИ 31,2; 42,7) населения, частота которой увеличивалась с возрастом обследуемых. Распространенность курения среди населения составила 19,5% (ДИ 13,1; 25,8). Значительный процент злостных курильщиков распространен в возрастной категории 45-59 лет, преимущественно у мужчин.

Заключение. Несмотря на то, что в регионе превалируют респонденты (более 50%), которые оценивают состояния своего здоровья как «хорошее», в то же время анализ распространенности модифицируемых ФР в районе показал, что частота встречаемости таких ФР как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, ожирение является достаточно высокой. Полученные результаты о высокой распространенности модифицируемых факторов риска ССЗ указывают на их связь со сложившимся образом жизни населения. Обращает внимание то, что одна треть населения оценили состояние своего здоровья как «плохое» и «посредственное», что требует усиления профилактических мероприятий, с целью снижения заболеваемости и фатальных сердечно-сосудистых катастроф.

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ, ИМЕЮЩИХ БОЛЕЕ ТРЕХ СЕРДЕЧНЫХ АНОМАЛИЙ

Леонова Н.М., Коковина Г.Г., Смоленский А.В., Михайлова А.В.
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины, филиал № 5, Москва, Россия
ФГБОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта,
молодежи и туризма (ГЦОЛИФК)», Москва, Россия

Цель исследования. Изучить особенности электрофизиологических характеристик сердца юных спортсменов, имеющих более 3-х сердечных аномалий.

Объект исследования и методы. Обследованы 593 юных спортсмена 7-17 лет, занимающихся плаванием, хоккеем, футболом, баскетболом, лыжами; 398 мальчиков и 195 девочек В результате эхокардиографии у 2,4% юных спортсмена было выявлено более 3-х сердечных аномалий. Это сочетание: пролапса митрального клапана, открытого овального окна, аномально расположенных хорд в полости левого желудочка, дилатации синусов Вальсальвы, небольшой аневризмы межпредсердной перегородки, евстахиева клапана в полости правого предсердия. Остальные спортсмены составили контрольную группу. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, видам спорта. Всем спортсменам

производилась запись электрокардиограммы (ЭКГ) на электрокардиографе Shiller AT-10 в 12-ти стандартных отведениях. Оценка ЧСС и продолжительности интервалов производилась в соответствии с полом и возрастом. По показаниям проводилось суточное мониторирование ЭКГ, путем использования аппаратно-программного комплекса Кардиотехника с непрерывной цифровой записью ЭКГ в 3-х модифицированных грудных отведениях.

Результаты. В группе спортсменов, имеющих более 3-х сердечных аномалий, достоверно чаще встречалась: синусовая аритмия 87,7% против 61,3% соответственно, $p<0,05$; экстрасистолия 21,4% против 1,4% соответственно, $p<0,05$; дисфункция синусового узла была диагносцирована в 35,7% случаях, против 16,4% в контрольной группе, WPW – синдром выявлен у одного юного спортсмена, имеющего более 3-х сердечных аномалий, что составило 7,1%, $p<0,05$.

Заключение. Таким образом, подтвердились литературные данные о возрастании клинических проявлений при увеличении уровня стигматизации сердца, превышающего величину 3. Юные спортсмены, имеющие более 3-х сердечных аномалий, наиболее угрожаемы по электрофизиологическим нарушениям в виде дисфункции синусового узла с брадиаритмией, миграцией предсердного водителя ритма, развитием СА-блокад; по наличию дополнительных аномальных предсердно-желудочковых путей проведения и экстрасистолии. Причинами таких нарушений могут быть те же, что и у отдельно встречающихся аномалий, которые имеют особенности расположения по отношению к камерам сердца, клапанным аппаратам и крупным сосудам, что создает условия для оказания влияния на внутрисердечную гемодинамику, для развития осложнений в виде нарушения ритма сердца, местных нарушений кровообращения. В этом случае нарушения суммируются и проявляются с большей силой. В то же время, сердечные аномалии, как одно из проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани сердца, сочетаются с другими проявлениями этого континуума - нарушением структуры и функции соединительной ткани сердца и межтканевых отношений, выражающегося в нарушении образования и проведения импульсов, а также нарушении электрических и механических процессов в миокарде.

ОТДАЛЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Лещанкина Н.Ю., Столярова В.В., Карнишкина О.Ю., Еремеева Е.Н., Назаркина М.Г., Александровский А.А.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Целью исследования явилась оценка эффективности радиочастотной аблации (РЧА) у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследовано 48 больных с персистирующей и пароксизмальной формами ФП, которым проведена РЧА (клиническое обследование, данные инструментальных методов исследования (ЭКГ, ХМ- ЭКГ, ЭХО-КГ, ЧП ЭХО-КС).

Результаты. Средний возраст больных составил 55+2,4 года; отмечено преобладание мужчин в обследуемой группе (68 %). В процессе клинического наблюдения пациенты были разделены на 2 группы – 1 группа с персистирующей ФП (28 больных – 58%), 2 группа – с пароксизмальной ФП (20 больных – 42%). В качестве заболеваний, ассоциированных с высоким риском развития ФП, наиболее распространены ИБС (71% в 1 группе и 75% во 2 группе, ($p>0,05$), артериальная гипертензия (78% и 70%, $p<0,05$). ХСН встречалась чаще при персистирующей ФП (75%) по сравнению с пароксизмальной формой (60% , $p<0,05$), абдоминальное ожирение чаще диагностировалось в 1 группе пациентов - 75% и 60% соответственно ($p<0,05$). Признаки дилатации левого предсердия

(ЛП) выявлялись чаще в 1 группе пациентов (85% больных, переднезадний размер ЛП составил в среднем 4,4 ±0,6 см; при пароксизмальной ФП они встречались гораздо реже (64% больных), переднезадний размер ЛП составил в среднем 4,3 ±0,5 см (p>0,05). Не отмечено снижения систолической функции миокарда (фракция выброса по Simpson 59±2,2% и 57+3,1% соответственно, p>0,05), в обеих группах преобладала диастолическая дисфункция левого желудочка по I типу.

В 1 группе пациентов РЧА проводилась на фоне ФП. Из этой группы 64% больных была проведена РЧА правого перешейка, 32% изоляция устьев легочных вен. У всех этих больных был восстановлен синусовый ритм. Через 1 год после проведения РЧА у 53% больных персистирующая форма ФП перешла в пароксизмальную; отмечались редкие приступы ФП, качество жизни значительно улучшилось. У 14 % больных в течение года не было пароксизмов ФП, у 11% - был лишь один пароксизм, купировавшийся самостоятельно. Однако у 22% пациентов в течение года после РЧА наблюдались частые пароксизмы ФП. Во 2 группе пациентов РЧА проводилась РЧА правого перешейка. Через 1 год после выписки 70% больных отметили стабильное улучшение своего состояния. У 85% пациентов в первые полгода пароксизмы не отмечались; в последующем возникли 1-2 приступа, купирующиеся самостоятельно. У 30% больных в течение года сохранялись частые пароксизмы ФП.

Таким образом, отдаленная эффективность одной процедуры РЧА отмечалась чаще у пациентов с пароксизмальной формой ФП. Возникновение пароксизмов ФП у ряда больных требует повторного РЧА - вмешательства.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ

Личикаки В.А., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Т.М., Фальковская А.Ю., Семке Г.В., Баев А.Е.

Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Оценка динамики снижения уровня артериального давления (АД) после проведения ренальной денервации у больных с резистентной артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование включено 53 пациента, из них 25 женщин и 28 мужчин (средний возраст – 54,6±17,3 года) с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), у которых исходный уровень АД был более чем 160/100 мм рт.ст. на фоне приема трех и более антигипертензивных препаратов, один из которых диуретик. Критериями исключения явился симптоматический характер гипертензии, наличие множественных почечных артерий с диаметром одной или более артерии менее 3-х мм, нарушение функции почек 4-5 стадии, выраженный атеросклероз/кальцификация почечной артерии, анафилактические реакции на рентген-контрастные препараты в анамнезе, а также высокий риск развития возможных нежелательных осложнений вмешательства вследствие тяжелых сопутствующих заболеваний. Всем пациентам, вошедшим в исследование, проводилось стандартизированное офисное измерение АД, согласно рекомендациям Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов от 2013 года. Суточное мониторирование АД с помощью системы полностью автоматического измерения давления АВРМ-04 (Meditech, Венгрия), основанной на осциллометрическом методе. Процедура ренальной денервации осуществлялась эндокардиальным катетером через бедренную артерию после выполнения селективной левой и правой почечной артериографии. Воздействие осуществлялось в течение 2-х минут, в режиме контроля температуры с предельным значением 70 С. Денервация имела двухсторонний характер, среднее количество наносимых радиочастотных воздействий на каждую сторону – 8±2.

Результаты. По результатам обследования исходные средние цифры офисного АД составили 176,3/102,4±19,9/14,4 мм рт. ст., среднесуточного АД по данным СМАД – 158,2/93,2±14,5/12,9 мм рт.ст. Через 1 год после проведения ренальной денервации уровень офисного АД снизился до 145,7/87,3±17,0/12,4 мм рт. ст., среднесуточного до 145,1/85,6±14,9/11,5 мм рт.ст. Во всех случаях измерения, полученные данные достоверно различались ($p<0,001$) в сравнении с исходными цифрами. При детальной оценке уровней АД каждого пациента, выявлено, что целевой уровень АД (<140/90 мм рт.ст.) после денервации по результатам врачебных измерений достигнут у 39% обследуемых, по показателям суточного мониторирования – 20,5%.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного нами исследования выявлено, что ренальная денервация, используемая в качестве малоинвазивного метода лечения резистентной АГ, приводит не только к снижению уровня АД, но и у части больных позволяет достичь целевых уровней давления, благодаря чему риск развития осложнений гипертензии становится минимальным.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ

Ларюшина Е.М., Лозинская И.А., Буйненко А.В., Горбунова А.В.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель: оценить степень тяжести, течение цирроза печени (ЦП) у беременных и определить исходы беременности для матери и плода.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней беременных женщин с ЦП, находившихся на стационарном лечении гастроэнтерологического и родильного отделений ОКБ г. Караганды в период 2012 - 2016 гг. Всего было 7 пациенток в возрасте 19 - 36 лет, из них первородящих - 1, повторнородящих – 5. Для оценки этиологии, степени тяжести, ЦП, акушерского статуса использованы стандартные методы исследования.

Результаты: Диагноз ЦП у 5 из 7 пациенток был верифицирован впервые в период наблюдаемой беременности в сроках 7-29 недель. Среди обследованных преобладало компенсированное и субкомпенсированное течение заболевания - класс тяжести А по Чайлд-Пью - у 4, В - у 3 пациенток. Вирусная этиология ЦП выявлена у 3-х беременных в исходе HCV, HBV, HDV-инфекции, неуточненного генеза - у 4-х. В анамнезе у 1 пациентки дебют заболевания был с кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, у 1 - HCV-инфекция была ассоциирована с развитием хронического гломерулонефрита, отягощенный акушерский анамнез – у 2. ЦП не ясной этиологии в сочетании с врожденным ихтиозом у 1 пациентки, возможно, был обусловлен висцеральным проявлением синдрома Дорфмана-Чанарина. Синдром портальной гипертензии характеризовался развитием асцита – у 2 женщин; пищеводной флебэктазии – у 4 (I степени - 2, II степени - 1, III-IV степени – 1); спленомегалии с проявлениями гиперспленизма - у 4. При анализе лабораторных данных анемический синдром легкой степени был у 5, средней – у 1 пациентки, тромбоцитопения (77-122х10^9/л) у 4. Синдром цитолиза легкой степени отмечен у 6, холестаза – у 5. Лабораторные индикаторы гепатодепрессии свидетельствовали о компенсированной функции печени. У 1 пациентки на момент установления диагноза ЦП диагносцирована замершая беременность в сроке 7 недель, у 1 - произведено медикаментозное прерывание беременности в сроке 12 недель. В остальных 5 случаях беременность была пролонгирована. На протяжении всей беременности осуществлялся мониторинг состояния беременной, плода. Беременные получали лактулозу, при наличии цитолиза, холестаза – урсодезоксихолевую кислоту 500-750 мг/сут. с позитивным эффектом. В 1 случае в сроке 36 недель наблюдалось прогрессирование портальной гипертензии с развитием асцита. Родоразрешение у всех

пациенток осуществлялось естественным путем в сроках 36-37 недель с рождением жизнеспособных детей.

Заключение: В клинической картине у беременных с ЦП преобладали проявления синдрома портальной гипертензии при относительно компенсированной гепатоцеллюлярной недостаточности. Определяющими критериями течения беременности и ее исходов была степень пищеводной флебэктазии. Анализ клинических случаев демонстрирует важность оценки состояния здоровья женщин фертильного возраста с целью ранней верификации экстрагенитальной патологии, планирования беременности, оценки степени тяжести ЦП на ранних сроках беременности для решения вопроса о дальнейшей тактики её ведения, выборе способа родоразрешения.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ В РЕАБИЛИТОЛОГИИ

Лебедева О.Д., Бокова И.А., Яковлев М.Ю., Никифорова Т.И., Филимонова Т.Р. , Мусаева О.М., Лебедев Г.А., Усмонзода Д.У.

ФГБУ РНЦ МРиК МЗ РФ; Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Усовершенствование аппаратно-программных комплексов (АПК) для оцен-ки функциональных резервов организма, расчета риска развития распространён-ных заболеваний и для определения эффективности и предикторов эффективнос-ти индивидуальных оздоровительных программ и реабилитационных комплексов.

Материал и методы. С помощью АПК было обследовано 134 больных в возрас-те от 16 до 75 лет, а также 70 практически здоровых лиц. У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ и ИБС) использовались различные виды физио-бальнеотерапии (ФБТ). Гастроэнтерологическим больным с сопутствующй брон-хо-пульмональной патологией с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне диетотерапии проводилось воздействие ПМПНЧ от аппарата «Магнетомед», у части больных с аппликациями нафталана. Оценивалась экономическая эффек-тивность лечения.

Результаты. После проведенного ФБТ-лечения в ранние и отдалённые сроки у больных отмечалось уменьшение выраженности жалоб, клинических проявлений, снижение АД, положительная динамика данных лабораторного и инструменталь-ного обследований. При проведении кардиоинтервалографии (КИГ) было получено снижение симпатических влияний, о чём свидетельствует уменьшение показателя LF, который отражает состояние активности симпатической нервной системы, что дополнительно подтверждается уменьшением частоты сердечного ритма. У больных 2-х групп отмечалась достоверная положительная динамика психологического про-филя. У больных контрольной группы достоверной положительной динамики пока-зателей не наблюдалось. Разработана 4-х уровневая десятибалльная шкала рискомет-рии. С помощью дискриминантного анализа рассчитаны предикторы эффективно-сти лечения. Получены данные, свидетельствующие о возможности с помощью АПК «Резервы здоровья» и «Физиоконтроль-Р» оценивать эффективность проводимой ФБТ, в том числе предикторную эффективность, создавать программы персонализи-рованной медицинской реабилитации больных распространёнными заболеваниями. Для проведения количественной оценки рисков развития распространённых неинфе-кционных заболеваний с помощью АПК разработана методика расчёта различных интегральных показателей, учитывающих значения АД, показателя общего холесте-рина крови, табакокурения, возраста и пола и других. Доказано, что интегральный показатель риска развития сердечно-сосудистых заболеваний достоверно коррелиру-ет с дополнительными факторами риска: уровнем глюкозы в крови ($r=0,796$, $p<0,01$) и индекса массы тела ($r=0,833$, $p<0,01$). Получен экономический эффект лечения.

Заключение. Таким образом, доказана высокая информативность и валидность методик, входящих в состав аппаратно-программного модуля для оценки функциональных резервов организма, о чём свидетельствуют высокие степени корреляции между интегральным показателем функционального состояния резервов сердечно-сосудистой системы и значениием адаптационного потенциала, индекса физического состояния кардиореспираторным индексом ($r=0,875$ $p< 0,01$, $r =0,889$ $p< 0,01$, $r =0,853$ $p< 0,01$, соответственно).

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОРЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Лузина Т.В., Урванцева И.А., Ефимова Л.П., Алмазова Е.Г.
БУ Окружной кардиологический диспансер «Центр Диагностики и Сердечно-Сосудистой Хирургии», кафедра кардиологии Сургут, ХМАО-Югра, Россия

Цель. С ростом продолжительности жизни увеличивается число пациентов, страдающих несколькими хроническими заболеваниями. Целью данного исследования является оценка коморбидных состояний у больных с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных сосудов.

Материалы и методы. В исследование включены данные амбулаторного наблюдения пациентов в БУ ОКД «ЦД и ССХ» с атеросклерозом брахиоцефальных артерий за период с 2010 по 2012 г. Отобрано 100 случаев атеросклеротического поражения брахиоцефальных сосудов с неврологической симптоматикой и отягощенной коморбидностью: мужчины 55 человек, женщины 45 человек. Средний возраст общей группы 57 ±7. Оценка коморбидности производилась с помощью индексов коморбидности и оценочных шкал: CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), индекс Kaplan–Feinstein, индекса Charlson, индекса коморбидности.

Результаты. Средние значения шкал для исследуемой выборки пациентов составляют: CIRS 14,22±3,85, индекс Kaplan – Feinsten 11,38±3,42, индекс Charlson 5,73±2,46,индекс коморбидности 1:5±1:20. В группе женщин CIRS 14,67±3,42, индекс Kaplan – Feinsten 11,6±3,11, индекс Charlson 5,82±2,26, индекс коморбидности 1:5±1:20. В группе мужчин CIRS 13,85±4,17, индекс Kaplan – Feinsten 11,2±3,67, индекс Charlson 5,65±2,63,индекс коморбидности 1:5±1:20. Достоверных различий в значениях показателей в исследуемых группах мужчин и женщин нет. Сравнительная оценка данных пациентов: ИМТ, АД сист, АД диаст., ЧСС, индекс атерогенности, достоверных отличий в группе мужчин и женщин не выявила ($p>0,05$). При комплексной оценки соматического статуса в исследуемой группе с учетом пола преобладают нарушение опорно-двигательного аппарата 56% в общей группе, данные изменения чаще встречаются у женщин 62%, в меньшей степени у мужчин 51%., в неврологическом статусе преобладают цефалгический синдром и вестибулоатактический синдром 100%, причем в группе женщин наблюдается 93%, у мужчин в 85% .Достоверных отличий между группами мужчин и женщин не выявлено. При изучении особенностей распределения индекса массы тела преобладают пациенты с избыточной массой тела 59%, удельный вес мужчин – 64% и женщин – 53%. Достоверные отличия между мужчинами и женщинами существуют только в группе ожирение 1 степени. При анализе нозологической структуры коморбидности - на первом месте в структуре заболеваний стоит мультифокальный атеросклероз. На втором месте гипертоническая болезнь. На третьем месте ИБС, причем у мужчин данное заболевание встречается чаще, чем у женщин. На четвертом месте заболевания щитовидной железы у женщин и сахарный диабет у мужчин.

Заключение. Таким образом**,** при использовании оценочных шкал, данных объективного и неврологического статуса достоверных отличий между мужчинами и женщинами не выявлено**.** Выявлены высокие показатели коморбидности для амбулаторных больных.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Лысенко А.О., Перепелица М.В., Кадирбеков Г.Е., Устиненко К.А.,
Бут. Г.С., Вистерничан О.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить связь нарушений липидного обмена с выраженностью поражения коронарных сосудов.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 91 истории болезней пациентов с верифицированным коронарографически одно, двух и трехсосудистым поражением коронарного русла. Оценивались уровень холестерина, триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП).
Результаты. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от поражения коронарных сосудов. В I группу были включены 14 (15,39%) пациентов с однососудистым поражением коронарного русла. II группа была представлена 26 (28,57%) пациентами с двухсосудистым поражением коронарного русла. Превалировали пациенты с трехсосудистым поражением коронарного русла в количестве 51 человека (56,04%), которые составили III группу. При анализе показателей липидного обмена было установлено, что у больных с однососудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 4,33 ммоль/л, гиперхолестеринемия наблюдалась у одного больного этой группы (7% случаев). У больных с двухсосудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 4,67 ммоль/л и гиперхолестеринемия наблюдалась у 6-ти больных этой группы (23% случаев). В группе пациентов с трехсосудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 6,85 ммоль/л и гиперхолестеринемия наблюдалась у 28 больных этой группы (54,9% случаев). При оценке уровня ЛПОНП выявлено их значительное повышение в группе больных с трехсосудистым поражением коронарного русла (1,6 ммоль/л у 19 % исследуемых) в сравнении с пациентами с одно и двухсосудистым поражением коронарного русла. Уровень триглицеридов в группе с трехсосудистым поражением коронарного русла так же был выше, чем в двух других группах, и составляет в среднем 2,0 ммоль/л. Гипертриглицеридемия отмечена в этой труппе у 47% больных. Однако, при проведении корреляционного анализа, с использованием непараметрического критерия Спирмена, не было установлено корреляционной зависимости между изменениями липидного обмена и степенью выраженности поражения коронарного русла.
Заключение. Выраженность изменений коронарного русла в виде одно-, двух- или трехсосудистого поражения не имеет корреляционной зависимости от изменения показателей липидного обмена.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Лысенко А.О., Перепелица М.В., Кадирбеков Г.Е., Устиненко К.А.,
Бут. Г.С., Вистерничан О.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить связь нарушений липидного обмена с выраженностью поражения коронарных сосудов.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 91 истории болезней пациентов с верифицированным коронарографически одно, двух и трехсосудистым поражением коронарного русла. Оценивались уровень холестерина, триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП).
Результаты. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от поражения коронарных сосудов. В I группу были включены 14 (15,39%) пациентов с однососудистым поражением коронарного русла. II группа была представлена 26 (28,57%) пациентами с двухсосудистым поражением коронарного русла. Превалировали пациенты с трехсосудистым поражением коронарного русла в количестве 51 человека (56,04%), которые составили III группу. При анализе показателей липидного обмена было установлено, что у больных с однососудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 4,33 ммоль/л, гиперхолестеринемия наблюдалась у одного больного этой группы (7% случаев). У больных с двухсосудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 4,67 ммоль/л и гиперхолестеринемия наблюдалась у 6-ти больных этой группы (23% случаев). В группе пациентов с трехсосудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 6,85 ммоль/л и гиперхолестеринемия наблюдалась у 28 больных этой группы (54,9% случаев). При оценке уровня ЛПОНП выявлено их значительное повышение в группе больных с трехсосудистым поражением коронарного русла (1,6 ммоль/л у 19 % исследуемых) в сравнении с пациентами с одно и двухсосудистым поражением коронарного русла. Уровень триглицеридов в группе с трехсосудистым поражением коронарного русла так же был выше, чем в двух других группах, и составляет в среднем 2,0 ммоль/л. Гипертриглицеридемия отмечена в этой труппе у 47% больных. Однако, при проведении корреляционного анализа, с использованием непараметрического критерия Спирмена, не было установлено корреляционной зависимости между изменениями липидного обмена и степенью выраженности поражения коронарного русла.
Заключение. Выраженность изменений коронарного русла в виде одно-, двух- или трехсосудистого поражения не имеет корреляционной зависимости от изменения показателей липидного обмена.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Лысенко А.О., Перепелица М.В., Кадирбеков Г.Е., Устиненко К.А.,
Бут. Г.С., Вистерничан О.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить связь нарушений липидного обмена с выраженностью поражения коронарных сосудов.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 91 истории болезней пациентов с верифицированным коронарографически одно, двух и трехсосудистым поражением коронарного русла. Оценивались уровень холестерина, триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП).
Результаты. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от поражения коронарных сосудов. В I группу были включены 14 (15,39%) пациентов с однососудистым поражением коронарного русла. II группа была представлена 26 (28,57%) пациентами с двухсосудистым поражением коронарного русла. Превалировали пациенты с трехсосудистым поражением коронарного русла в количестве 51 человека (56,04%), которые составили III группу. При анализе показателей липидного обмена было установлено, что у больных с однососудистым поражением коронарного русла уровень

холестерина в среднем составил 4,33 ммоль/л, гиперхолестеринемия наблюдалась у одного больного этой группы (7% случаев). У больных с двухсосудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 4,67 ммоль/л и гиперхолестеринемия наблюдалась у 6-ти больных этой группы (23% случаев). В группе пациентов с трехсосудистым поражением коронарного русла уровень холестерина в среднем составил 6,85 ммоль/л и гиперхолестеринемия наблюдалась у 28 больных этой группы (54,9% случаев). При оценке уровня ЛПОНП выявлено их значительное повышение в группе больных с трехсосудистым поражением коронарного русла (1,6 ммоль/л у 19 % исследуемых) в сравнении с пациентами с одно и двухсосудистым поражением коронарного русла. Уровень триглицеридов в группе с трехсосудистым поражением коронарного русла так же был выше, чем в двух других группах, и составляет в среднем 2,0 ммоль/л. Гипертриглицеридемия отмечена в этой труппе у 47% больных. Однако, при проведении корреляционного анализа, с использованием непараметрического критерия Спирмена, не было установлено корреляционной зависимости между изменениями липидного обмена и степенью выраженности поражения коронарного русла.
Заключение. Выраженность изменений коронарного русла в виде одно-, двух- или трехсосудистого поражения не имеет корреляционной зависимости от изменения показателей липидного обмена.

МАСКИРОВАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА

Лямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П., Котельникова Е.В.
Научно-исследовательский институт кардиологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Изучить выявляемость, особенности клинико-лабораторных показателей и гинекологического анамнеза у женщин репродуктивного возраста при маскированной артериальной гипертензии (МАГ).
Материалы и методы. Проведенное сплошное скринирующее исследование 940 лиц женского пола репродуктивного возраста от 18 до 56 лет (средний возраст 32 года [22;51]) – из числа студентов старших курсов ВУЗов, офисных работников и работников коммерческих учреждений, без регламентированных факторов профессиональной вредности. В ходе обследования все лица были разделены на 2 возрастные группы: 1-я – до 31 года (442 пациентки), 2-я – старше 31 года (498 пациенток); каждая из групп подразделялась на подгруппы: лица с МАГ, манифестной АГ, «нормотоников». МАГ диагностировалась при положительном результате теста с 30-секундной задержкой дыхания и данных суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Всем выполнено полное клинико-лабораторное обследование (анамнестические и антропометрические данные, уровень глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, липидограммы).
Результаты. Среди лиц 1 группы МАГ выявлялась в 7% случаев, манифестная АГ – в 11,2%, «нормотоники» – 81,8%; среди лиц 2 группы: МАГ – 5,8%, манифестная АГ – 47%, «нормотоники» – 47,2%. Среди лиц с МАГ 1 группы выявлены более высокие значения индекса массы тела (ИМТ) (23,5 кг/м^2 [21,4;24,8]) по сравнению с «нормотониками» (22,4 кг/м^2 [19,4;23]). Среди лиц с МАГ 2 группы – более выраженные метаболические изменения: ИМТ 29, кг/м^2 [26,3;30,8]. У лиц с манифестной АГ 2 группы – ожирение 1 степени (ИМТ=30,7 кг/м^2 [26,9;34,5]). Лица с МАГ 2 группы чаще курили (31%) по сравнению с менее курящими молодыми лицами 1 группы с МАГ (28%), а также «нормотониками» 1 группы (24%) и «нормотониками» 2 группы (20%). У всех лиц с МАГ

уровень физической активности по сравнению с «нормотониками» был почти в 2 раза ниже, при этом у лиц с МАГ 2 группы – в 1,5 и более раз ниже, чем у лиц с МАГ 1 группы. Выраженные погрешности в питании в виде высокого потребления поваренной соли отмечались чаще среди лиц с МАГ 1 и 2 группы по сравнению с «нормотониками». При изучении особенностей гинекологического анамнеза выявлено, что у лиц с МАГ отмечен более ранний возраст начала mensis (у 25 % лиц с МАГ возраст начала менархе – до 11 лет) по сравнению с «нормотониками».

Заключение. У лиц с МАГ, по сравнению с «нормотониками» отмечен более ранний возраст начала mensis, чаще выявляются кардиоваскулярные ФР: более выраженные метаболические изменения, преобладающие среди лиц более старшей возрастной группы, более высокий уровень курения, более низкий уровень физической активности, выраженные погрешности в питании.

ДИНАМИКА МОТИВАЦИОННО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОМ МОНИТОРИНГЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Лямина Н.П., Липчанская Т.П.,.Котелникова Е.В., Сенчихин В.Н., Карпова Э.С.
НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. Разумовского»Минздрава России
Саратов, Россия

В настоящее время доказано, что психопатологические сдвиги могут в значительной степени влиять на процесс выздоровления и адаптации. В целях оптимизации реабилитационных мероприятий у больных хронической формой ИБС необходима информация о психологическом статусе, отношении к своему заболеванию, мотивации к трудовой деятельности.

Цель. Оценить динамику выраженности психопатологических нарушений как компонента мотивированности, у пациентов с ИБС и нарушениями ритма, в процессе телемедицинского мониторинга лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. В исследование были включены 25 пациентов (мужчины, средний возраст 51±9 лет) с ИБС после планового коронарного стентирования (КС), имеющие при холтеровском мониторировании ЭКГ желудочковые нарушения ритма (ЖНР) II, III и IVA класса по M.Ryan (1975). Толерантность к физической нагрузке (ТФН) оценивалась по результатам стресс-теста на тредмиле. Программа физической реабилитации включала физические тренировки (ФТ) умеренной интенсивности (60% от максимальной ЧСС при стресс-тесте) 3-5 раз/неделю с удаленным ЭКГ-мониторингом ECG DONGL(«Нордавинд-Дубна», Россия) и отсроченным консультированием, контролем физиологических параметров и лекарственной терапии (система «Кардинет-онлайн», НПП «Волготех», Россия). Тип личностного реагирования на заболевание, тип отношения к болезни изучался по методике Личко А.Е. (1987г). Использовалась стандартная лекарственная терапия для пациентов, перенесших КС.

Результаты. Динамика функциональных показателей сопровождалась изменением профиля отношения к болезни: доля пациентов с гармоническим типом возросла в 2 раза и регистрировалась у каждого четвертого пациента. Доля пациентов с эргопатическим типом снизилась до 25% (исходно 33,3%), они составили основной контингент, пополнивший группу с гармоническим типом. У пациентов со смешанным и диффузным типом (по 22%) не было достоверной динамики, однако у них отмечено снижение величины диагностического коэффициента, что свидетельствует об изменении их соматического и психологического состояния в лучшую сторону. Потребность в регистрации ЭКГ при телемедицинском наблюдении составила 5±3 на 1 пациента/неделю. При контрольном обследовании наблюдался достоверный прирост ТФН (10,8±1,8 МЕ против 6,3±1,6 МЕ) и снижение ЖНР (1896±960 против 3112±1560, $p<0,05$).

Заключение. Коммуникативные потребности пациентов в процессе кардиореабилитации могут быть успешно реализованы с помощью информационно-коммуникационных технологий. Использование систем телемониторинга положительно сказывается не только на клинической эффективности лечебно-реабилитационных программ, но и способствует формированию адекватного отношения пациента к заболеванию, как важного компонента личностной адаптации.

ФОРМАТЫ ИНТЕГРАЦИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С СИСТЕМОЙ НЕПРЕРЫВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Лямина Н.П., Котельникова Е.В. Сенчихин В.Н.. Липчанская Т.П., Карпова Э.С.
НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Развитие отечественной «электронной» медицины как комплекса информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в сфере предоставления и обмена информацией в системе непрерывной реабилитационно-профилактической помощи требует разработки эффективных подходов к информационному оснащению работы врача. Наиболее перспективным форматом внедрения современных знаний в клиническую практику являются интеллектуальные системы поддержки принятия решений (ИСППР), базирующиеся на результатах современной доказательно-обоснованной практике в области реабилитации.

Цель: оценить эффективность практического применения ИСПВР в процессе реабилитации пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Использована программа для ЭВМ «Выбор программы физической реабилитации для пациентов с инфарктом миокарда с подъемом ST» (Свидетельство Роспатента №2016618410 от 28.07.2016), в основу которой положены Российские рекомендации «Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» (2014). Фокус-группу составили 25 врачей-специалистов, занимающихся реабилитацией пациентов (врачи реабилитационного стационара, кардиологического санатория, поликлиники). Итоговым документам являлась электронная «Реабилитационная карта пациента», содержащая программу физической реабилитации. Показатель числа врачебных ошибок рассчитывался как отношение числа отвергнутых врачом вариантов ответов из общего числа предложенных ИСППР. Оценка эффективности ИСППР включала также показатели оперативности и обоснованности автоматически сформированных реабилитационных программ. Расчет обоснованности производился по результатам юзабилити-тестирования, в процессе которого врачу предлагалась ситуационная задача и специально разработанная анкета.

Результаты. Средняя продолжительность формирования электронного документа составила 11±4 мин. (при условии автоматической обработки опросника «Мотивационная готовность пациента к реабилитации»). При этом среднее число врачебных ошибок, связанных с назначением мероприятий реабилитации, составило 4,8%. Наиболее типичные ошибки относились к 1) интерпретации автоматических оценок уровня мотивационной готовности пациента к реабилитации и 2) вопросам выбора реабилитационной группы для пациента с острым инфарктом миокарда.

По результатам юзабилити-тестирования не было названо ни одной функциональности ИППР, непонятной врачу. В качестве рекомендации по оптимизации было предложено повышение доступности ИСППР путем использования в формате web-приложения (портала). Обоснованность рекомендаций составила 1,256.

Выводы. ИСППР могут быть эффективно использованы в системе реабилитации пациентов с острым коронарным синдромом с целью поддержки решений при

формировании программ физической реабилитации. Их применение повышает эффективность работы врача за счет существенного снижения временных затрат на их формирование и сведения к минимуму количества врачебных ошибок. Повышение уровня обоснованности рекомендаций путем доказательно-обоснованного выбора реабилитационных мероприятий и возможности их индивидуализации положительно влияет на качество реабилитационно-профилактической помощи населению.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Магзумов А.Г., Омарова Р.А., Бокач А.Ю., Малиновская О.М., Игембеков Н.С., Колыбюк В.Ю., Сагтаганов Ж.И., Смагулов К.А.
Областной кардиохирургический центр, Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Трепетание предсердий (ТП) - одно из наиболее часто встречающихся нарушений сердечного ритма и на его долю приходится около 10% от всех пароксизмальных наджелудочковых тахиаритмий. Оно может возникать практически в любом возрасте, но чаще у лиц, имеющих структурную патологию сердца.

Цель. Оценить антиаритмическую эффективность радиочастотной аблации (РЧА) каватрикуспидального перешейка и её влияние на размеры и насосную функцию сердца в динамике.

Материал и методы. В областном кардиохирургическом центре (ОКЦ) г. Караганды за период с 2015 г по 2016 год было прооперировано 186 больных, находившихся на лечении в отделении хирургической аритмологии и интервенционной кардиологии, по поводу ТП. Для анализа эффективности немедикаментозной терапии была выбрана группа из 30 пациентов, которым выполнялась РЧА каватрикуспидального перешейка. Больные были в возрасте до 70 лет без структурной патологии сердца по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), признаков воспалительного процесса и других нарушений ритма сердца. В исследование включены 20 мужчин и 10 женщин, возраст мужчин варьировал в пределах от 35 – до 70 лет, женщин от 44 - до 66 лет. У 3-х (10%) из них имела место пароксизмальная, у 27 (90%) - персистирующая форма ТП. При поступлении у всех было периодическое чувство сердцебиения, перебои в работе сердца. Из антиаритмических препаратов 5 (17%) пациентов получали кордарон, остальные 25 (83%) - бета блокаторы. 8 (27%) больных соблюдали рекомендации по приему антикоагулянтов: 3 (10%) получали варфарин (под контролем МНО, ПТИ), 5 (17%) - ривораксабан (20 мг 1 раз в день), 7 (23%) - продолжали принимать тромбоасс, а остальные – не принимали. Анкетирование после РЧА, показало, что у 29 (97%) пациентов улучшилось качество жизни в виде уменьшения одышки, отсутствия перебоев в работе сердца. У 1 больной перебои в работе сердца возобновились через 3 месяца после РЧА. По данным Холтер ЭКГ у 1 (3%) пациентки через 6 месяцев после РЧА зафиксирована аритмия в виде фибрилляции предсердий. Всем 30 больным в динамике проводилась трансторакальная ЭхоКГ с определением размеров сердца (не ранее чем через 6 месяцев после РЧА).

Результаты. У всех пациентов, получивших РЧА, установлено уменьшение размеров левого предсердия, а у 80 % - возрастание фракции выброса (ФВ) левого желудочка.

Заключение. Улиц с персистирующей и пароксизмальной формами ТП после эффективной РЧА в динамике улучшилось качество жизни, уменьшались размеры левого предсердия и достоверно на 97 % возрастала ФВ левого желудочка.

ВЛИЯНИЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА АДФ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ВРЕМЯ

СВЕРТЫВАНИЯ РЕКАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Малинова Л.И., Фурман Н.В., Долотовская П.В.
НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

К относительным недостаткам систем «прикроватного» контроля функциональной активности тромбоцитов можно отнести стоимость приборов и одноразовых картриджей и реактивов и, как следствие, относительную недоступность для небольших стационаров. Кроме этого, существенная часть этих методов требуют достаточно больших затрат времени и не могут быть использованы в практике ургентной медицины, либо их использование лимитировано «однобокостью» получаемой информации о состоянии системы гемостаза. Поиск новых, относительно недорогих и доступных методов контроля эффективности антитромбоцитарной терапии остаётся актуальной проблемой.

Цель исследования: изучение количественных характеристик АДФ-индуцированного времени свертывания рекальцифицированной крови на фоне приема антитромбоцитаных препаратов у клинически здоровых добровольцев.

Материалы и методы. Обследовано 38 клинически здоровых добровольцев-мужчин (35 (28;43) лет). Проводилось определение АДФ-индуцированного времени свертывания рекальцифицированной крови (АДФ ВСРК) в исходном состоянии и спустя 45 минут после перорального приема (разжевывания) 250 мг ацетилсалициловой кислоты (АСК). Под исходным состоянием понималось состояние натощак, после 12-18 часового голодания и не менее, чем 60-минутного воздержания от курения. Дополнительно оценивалась агрегационная активность тромбоцитов (спонтанная, внутрисосудистая и АДФ - индуцированная (5 мкМ) агрегация с использованием лазерного агрегометра BIOLA). Стабильность АДФ ВСРК оценивалась в серии определений спустя 10, 30, 60, 120 и 180 минут от момента забора крови.

Результаты. АДФ ВСРК оставались без существенных изменений в течение часа после забора крови, дальнейшая задержка в измерении приводила к росту АДФ ВСРК. АДФ ВСРК обнаружил сильную положительную корреляционную связь с результатами «классического» метода оценки агрегационной активности тромбоцмтов ($R = 0,745 \ldots 0,864$, $p < 0,05$). Прием АСК приводил к достоверному росту АДФ ВСРК: с 103,2 (95,1;130,7) до 133,1 (102,8; 154,3), $p = 0,004$. Выявлена умеренной силы отрицательная достоверная корреляционная связь АДФ ВСРК и возраста ($R = -0,431$, $p < 0,05$ vs $R = -0,398$, $p < 0,05$).

Заключение: Определение АДФ ВРСК может использоваться для контроля эффективности антитромбоцитарной терапии при ОКС, особенно в случае ограниченности как материальных, так и кадровых ресурсов стационара.

АДФ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ВРЕМЯ СВЕРТЫВАНИЯ РЕКАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ КАК ИНДИКАТОР ПОВЫШЕННОГО РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Малинова Л.И., Фурман Н.В., Долотовская П.В
НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

С одной стороны, проблема рискометрии при остром коронарном синдроме (ОКС) остаётся не до конца решенной. С другой стороны, полифакторность системы гемостаза, и, в частности, ее тромбоцитарного звена, создает существенные проблемы при попытках

стандартизации методов оценки функциональной активности тромбоцитов, поэтому сохраняется существенный зазор между результатами in vitro и in vivo.

Цель исследования: изучение взаимосвязей АДФ-индуцированного времени свертывания рекальцифицированной крови и параметров клинического течения ОКС, как основания для оценки клинико-прогностической значимости АДФ ВСРК при ведении ОКС.

Материалы и методы. Обследованы 163 пациента мужского пола, госпитализированные в течение календарного года по поводу ОКС в отделение неотложной кардиологии, получавшие соответствующее современным рекомендациям лечение, включавшее в себя антикоагулянты, антитромбоцитарную терапию ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелем. Антитромботическая терапия во всех случаях назначалась и контролировалась лечащими врачами. У всех обследованных определяли АДФ-индуцированное время свертывания рекальцифицированной крови (АДФ ВСРК), образцы крови для которой образцы цельной крови забирались в первые сутки поступления в стационар на фоне терапии. Длительность периода наблюдения которого составила 24 месяца. На этапе наблюдения проводились как непосредственные визиты пациента (на 30 день), так и телефонные контакты с частотой 2 раза в год. Отслеживаемые события включали повторные случаи ОКС и смерть от сердечно-сосудистых причин.

Результаты. При корреляционном анализе установлены ассоциации АДФ ВСРК и возраста ($R = -0,431$, $p < 0,05$),гематокрита ($R = -0,337$, $p < 0,05$), количества тромбоцитов ($R = 0,497$, $p < 0,05$), АПТВ ($R = -0,343$, $p < 0,05$). За период наблюдения наступление конечной точки было констатировано у 24 пациентов (14,72%), при этом летальность в сформированной выборке составила 10,42%. АДФ ВСРК менее 80 сек ассоциировалось с почти трехкратным повышением риска повторных кардиоваскулярных тромботических событий (HR 2,7 CI 1,7; 3,1).

Заключение: АДФ ВСРК на фоне антитромбоцитарной терапии менее 80 сек является маркером повышенного риска повторных кардиоваскулярных тромботических событий у больных ОКС

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ

Малыхин Ф.Т., Журбина Н.В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия.

Цель. Установить распространенность коморбидной патологии у госпитализированных пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 1399 пульмонологических пациентов, находившихся в период с 2012 по 2015 гг. на стационарном лечении по поводу бронхообструктивных заболеваний.

Результаты. Проанализированы истории болезни 614 пациентов с ХОБЛ и 785 больных БА. Средний возраст пациентов с ХОБЛ составил 68,3±2,6 года, а больных БА 66,1±1,4 года. Среди больных БА преобладали женщины (63,2 %), а ХОБЛ чаще страдали мужчины (61,2 %). У 83,2 % пациентов с ХОБЛ выявлена хроническая сердечная недостаточность, у 54,6 % - эмфизема лёгких, у 22,9 % - пневмосклероз, у 11,5 % - хроническое лёгочное сердце. У 47,9 % пациентов с ХОБЛ она сочеталась с наличием БА. У 79,6 % больных БА установлен диагноз хронической сердечной недостаточности, у 54,7 % - эмфиземы лёгких, у 28,8 % - пневмосклероза, у 7,1 % - хронического лёгочного сердца. Поражение периферических сосудов (наличие перемежающейся хромоты, аневризмы аорты, острой артериальной недостаточности, гангрены) диагностировано у 4,2

% пациентов с ХОБЛ и 0,9 % больных БА, острое нарушение мозгового кровообращения с минимальными остаточными явлениями соответственно у 1,1% и 0,4%, острое нарушение мозгового кровообращения с гемиплегией или параплегией – у 0,3 % и 0,1%, хроническая болезнь почек – у 1,0% и 0,2%. Что касается патологических состояний, способных осложнять фармакотерапию БА глюкокортикостероидами и/или адреномиметиками, то инфаркт миокарда в анамнезе имелся у 5,7% пациентов с ХОБЛ и 1,9% больных БА, язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки соответственно у 16,5% и 6,1%, сахарный диабет без поздних осложнений – у 12,4% и 5,9%, с поздними осложнениями - у 1,1% и 0,3%. Только при ХОБЛ выявлены цирроз печени (1,1%) и злокачественные опухоли без метастазов (0,2%).

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что при бронхообструктивной патологии наиболее часто встречались такие осложнения как хроническая сердечная недостаточность, эмфизема лёгких, пневмосклероз, хроническое лёгочное сердце. При ХОБЛ и БА преобладала распространенность следующей коморбидной патологии: поражение периферических сосудов (острое нарушение мозгового кровообращения с минимальными остаточными явлениями и с гемиплегией или параплегией, инфаркт миокарда), язвенные поражения гастродуоденальной зоны, сахарный диабет без поздних осложнений и с поздними осложнениями, хроническая болезнь почек. Вместе с тем, только при ХОБЛ выявлены связанные зачастую с привычными интоксикациями цирроз печени и злокачественные опухоли.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель: оценка гиполипидемической эффективности ингибиторов синтеза холестерина с помощью фармакогенетических маркеров у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: в исследование было включено 120 мужчин с ишемической болезнью сердца (II функциональный класс стенокардии напряжения) с первичными атерогенными гиперхолестеринемиями. Фармакологическая коррекция гиперхолестеринемии осуществлялась статином IV поколения – розувастатином.

Результаты: Проведена оценка влияния полиморфизма гена белка – переносчика эфиров холестерина (*CETP*) на эффективность лечения больных розувастатином. Среди протестированных генетических моделей фенотипических эффектов *CETP* Taq1B полиморфизма на уровень показателей липидного обмена рецессивная модель показала наиболее значимые гено-фенотипические взаимосвязи. Гомозиготы +279AA имели изначально менее выраженные нарушения показателей липидного обмена - ОХС, ХС ЛНП, ТГ, ХС не ЛВП и АИ, а также больший базальный уровень ХС ЛВП. Динамика изменений показателя холестерина липопротеидов высокой плотности терапии розувастатином отличалась у пациентов с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами *CETP*. У гомозигот +279AA преобладание уровня холестерина липопротеидов высокой плотности обнаружено уже на 8 неделе и сохранялось в течение всего периода исследования (+27,3%, P=0,004), сравнительно с носителями других генотипов (+16,7%, P<0,001) к 48 неделе.

Полиморфные варианты *NOS3* не оказывали влияния на базальные уровни липопротеидов у пациентов с ИБС и атерогенными гиперхолестеринемиями, за исключением содержания триглицеридов (P=0,054). Носительство генотипа -786CC приводило к резистентности используемого статина в качестве гиполипидемического средства, что проявилось меньшим снижением атерогенных показателей липид-транспортной системы. Не было различий в базальном уровне общего холестерина у пациентов с различным генотипом

NOS3, в ходе фармакологической коррекции нарушений липидного обмена у гомозигот -786СС этот показатель оставался высоким и снизился незначительно к 48 недели (-11,55%, *P*=0,524) на фоне лечения розувастатином у пациентов с ИБС и атерогенными ГХС в сравнении с генотипом -786ТТ/ТС, у которого снижение ОХС достигло 39% (*P*<0,001).

Заключение: при монотерапиии розувастатином носительство генотипа +279АА по полиморфизму *CETP* Taq1B ассоциировалась с повышением уровня ХС ЛВП на 27% в сравнении с генотипами +279GG/GA (16,7%) у больных с ишемической болезнью сердца. Носительство генотипов -786СС по полиморфизму *NOS3* -786T>C определяло низкую эффективность розувастатина. Определение генотипов по полиморфизмам *CETP* Taq1B и *NOS3* -786ТС маркеру может быть использовано для персонализированного подхода к назначению розувастатина у больных ишемической болезнью сердца с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Манцагова С.А., Булгакова С.В.
ФГБУ ВО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Исследовать минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и композиционный состав тела у пациенток с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа), осложненным диабетической нефропатией на стадии микроальбуминурии в постменопаузальном периоде и их взаимосвязь.

Материал и методы. Обследовано 30 женщин с сахарным диабетом 2 типа в постменопаузе в возрасте от 52 до 77 лет (средний возраст 65,2±5,75). Длительность менопаузы составила 14,7±5,52 лет. Нормальный ИМТ встречался у 3% обследуемых, избыточный вес – у 30%, ожирение – у 66,7%. Всем пациенткам определяли уровень гликированного гемоглобина, глюкозы венозной крови, креатинина, суточной протеинурии, проводился расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле EPI. Уровень гликированного гемоглобина составил 7,4±1,51 %, гликемии натощак - 8,2±3,79 ммоль/л. Показатель суточной протеинурии достигал 127,1±55,21 мг/сут, СКФ - 77,3±14,8 мл/мин/1,73м^2. МПКТ определена методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на остеоденситометре Norland XR-46. Параметры состава тела оценены методом биоимпедансометрии на аппарате АВС-01 «Медасс». Статистически значимыми различия средних величин и выраженность корреляционных связей считались при p<0,05.

Результаты исследования. По данным остеоденситометрии остеопения выявлена у 50% пациентов, остеопороз – у 13%, нормальная МПКТ – у 37%. Проведенный нами корреляционный анализ показал, что минеральная плотность шейки бедренной кости коррелировала со следующими показателями биоимпендансометрии: активная клеточная масса (r=0,628), скелетно-мышечная масса (r=0,499), тощая масса (r=0,439), (p<0,05). При этом минеральная плотность поясничного отдела позвоночника коррелировала с жировой массой (r=0,404), тощей массой (r=0,478), активной клеточной массой (r=0,519), скелетно-мышечной массой (r=0,449), а также с ИМТ (r=0,413), (p<0,05).

Заключение. Таким образом, показатели состава тела и ИМТ тесно взаимосвязаны с МПКТ у пациенток с сахарным диабетом 2 типа, осложненным диабетической нефропатией на стадии микроальбуминурии в постменопаузальном периоде. Можно рекомендовать использование биоимпедансометрии для выявления риска развития остеопенического синдрома и своевременного проведения профилактических

мероприятий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, осложненным диабетической нефропатией.

РАСПРЕДЕЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННОГО СТЕТОСКОПА

[1]Макешева К.К., [1]Каныбек М., [2]Алтай Е.А.
[1]Казахский национальный исследовательский технический университет имени К.И. Сатпаева, Алматы, Республика Казахстан
[2]Санкт-Петербургский национальный исследовательский технический университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Разработка универсальных средств мониторинга и передачи данных в области кардиологии на основе распределенных систем хранения и обработки фонокардиограмм (ФКГ), обеспечивающих диагностическое качество.
Материалы и методы. Рассмотрены основные задачи построения средств кардиомониторинга для обеспечения доступной удаленной экпресс-диагностики и мониторинга пациентов группы риска. Обосновано универсальная структура распределенной системы кардиомониторинга и передачи данных.
Результаты. Разработана универсальная структура распределенной системы мониторинга, ключевой особенностью которой является возможность непрерывного мониторинга и диагностики вне зависимости от местонахождения пациента и медицинского персонала. Разработан портативный прибор-регистратор ФКГ для систем мониторинга, который имея компактные габариты, обеспечивает диагностическое качество ФКГ, использует алгоритмы адаптивной предварительной обработки, может применяться для регистрации как коротких записей, онлайн мониторинга, так и регистрации длинных записей для диагностики с использованием методов ФКГ. Разработаны протоколы беспроводной передачи данных в диапазоне ISM (Industrial, Science, Medical) частот. Что позволяет ускорить процесс диагностики пациентов с группы риска.
Заключение. Применение предложенной в работе системы позволит обеспечить актуальный во времени мониторинг пациентов группы риска вне стационара, а также значительно расширить возможности удаленной диагностики за счет повышения качества ФКГ сигнала и как следствие применения профессиональных методов ФКГ диагностики.

ОТБОР БОЛЬНЫХ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Маликов В.Е., Арзуманян М.А., Аракелян Г.Г.
ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н.Бакулева» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель: изучить результаты клинико-инструментальных методов исследования с целью определения показаний к эндоваскулярному или хирургическому лечению больных.
Материалы и методы: Проанализированы результаты обследования 303 больных госпитализированных в рамках ОМС в отделении реабилитации больных ИБС в течение 2016 года. Практически у всех больных основным диагнозом являлся: Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. У 12% больных диагностировано поражение брахиоцефальных артерий и клапанного аппарата. Всем больным было выполнено коронароангиографическое исследование.
По функциональному классу стенокардии больные распределялись следующим образом: II ФК -41%, III ФК-52% и IV ФК -7%. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 42%

пациентов, 55% имели артериальную гипертензию и у 9,5% больных диагностирован сахарный диабет.
Среди госпитализированных больных преобладали жители Московской области- 58,2% и Москвы -23,9%. Средний срок госпитализации составил 6,9±1.4 дня.
Результаты: Следует отметить, что в целом по всей группе больных у 16,6% был диагностирован вазоспазм коронарных артерий, у 12,1% гемодинамичсеки незначимые стенозы коронарных артерий, что составило около 1\3 всех пролеченных больных. Изолированный стеноз одной коронарной артерии выявлен у 42% больных, у 32,3% больных стеноз двух и более коронарных артерий. В достаточно большом проценте случаев (45,3%) выявлена окклюзия одной или нескольких артерий.
Каждый случай был проанализирован группой сердечно-сосудистых и эндоваскулярных хирургов. Анализ коронароангиографических данных показал, что 215 больных или 71,2% нуждались в проведении кардиохирургических операций, в том числе ТЛБАП со стентированием коронарных или брахиоцефальных артерий.
Всем больным было выдано заключение и рекомендации на получение квоты на ВМП. Итоги этой работы позволили 161 больным (74,9%) оказать высокотехнологичную медицинскую помощь, в том числе выполнить 48 операций МИРМ, 16 операций АКШ, 56 ТЛБАП, 25 операций на клапанах и 16 операций на брахиоцефальных артериях.
Заключение: Результаты клинико-инструментальных исследований в рамках программы ОМС показали достаточно высокую эффективность в плане оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным.

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Манюгина Е.А., Бурсиков А.В.
Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель. Оценить эффективность усовершенствованного терапевтического обучения в коррекции модифицируемых факторов риска у курящих пациентов мужчин с артериальной гипертонией (АГ).
Материал и методы. В соответствии со стандартом оказания медицинской помощи обследовано и проведено лечение 102 курящих пациентов - мужчин с АГ. Всем пациентам было предложено пройти обучение в Школе АГ по усовершенствованной программе (УП) с модифицированным занятием по «Стрессу», оценить степень никотиновой зависимости (НЗ) по тесту Фагерстрома, определить направленность механизмов стресс-совладающего поведения (ССП) по тесту Нормана «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях». Основную группу составили 52 курящих пациентов мужчин (средний возраст 48,46±1,05 лет, давность выявления АГ - 7,94±0,52 лет, стаж курения – 17,96±1,16 лет), согласившихся принять участие в обучении в Школе АГ по УП. Во вторую контрольную группу вошли 50 курящих мужчин (средний возраст - 49,66±1,04 лет, длительность АГ - 7,58±0,47 лет, стаж курения – 19,18±0,85 лет), проходивших обучение в школе АГ по типовой структурированной программе (ТСП). Усовершенствование программы терапевтического обучения заключалось во введении в обучающий процесс модифицированного занятия по стрессу, на котором пациенту предоставлялась информация о системе стратегий ССП и организации обучения по личностно-ориентированной модели.
Результаты. По истечении 6 месяцев целевой уровень артериального давления (АД) сохранялся у 36 (69,2%) пациентов основной и 25 (50%) пациентов контрольной группы. В обеих группах имело место снижение уровня общего холестерина (ОХ): с 5,8±0,08 ммоль/л до 5,29±0,05 ммоль/л ($p<0,001$) в первой группе и с 5,68±0,08 ммоль/л до

5,40±0,09 ммоль/л (p<0,05) во второй группе. В группе пациентов, обучающихся по УП имело место также снижение уровня триглицеридов (ТГ) и индекса атерогенности. После обучения 7 (13,5%) пациентов основной и 2 (4%) пациента контрольной группы прекратили курение, а 7 (13,5%) пациентов основной и 4 (8%) мужчин контрольной группы уменьшили количество выкуриваемых сигарет. Степень НЗ после обучения снизилась у пациентов основной группы с 5,33±0,19 баллов до 4,83±0,31 баллов (p<0,001), у пациентов контрольной группы изменений в динамике НЗ выявлено не было. У пациентов, проходивших обучение по УП, увеличилась выраженность стратегий ССП, ориентированного на эмоции с 23,31±0,38% до 45,17±0,76% (p<0,001) и снизилась с 63,91±1,13% до 49,97±0,93% (p<0,001) ориентация стратегий ССП на избегание, что отражает расширение диапазона адаптивных вариантов ССП. У пациентов, обучающихся по ТСП, существенных изменений в направленности ССП выявлено не было.

Заключение. Обучение курящих пациентов в школе АГ по усовершенствованной программе терапевтического обучения позволяет поддерживать у них целевой уровень АД, а также снизить степень НЗ и интенсивность курения, содержание ОХ и ТГ, расширить диапазон используемых вариантов ССП.

Вклад нарушений углеводного обмена на течение хронической сердечной недостаточности ишемического и неишемического генеза

Марданов Б.У., Мамедов М.Н., Корнеева М.Н.
ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Москва

Цель. Изучение особенностей течения ХСН у пациентов с СД 2 типа и без него, по результатам когортного исследования.

Материалы и методы. Включено 134 больных ХСН обоих полов, госпитализированных в кардиологическое отделение. Все пациенты были разделены на две: I (пациенты с ХСН и СД 2 типа, n=66; 61,8±7,2 лет, 28 мужчин, 38 женщин), и II группы (больные ХСН без СД, n=68; 62,3±7,7 лет, 33 мужчины, 35 женщин). Проводились: оценка симптомов заболевания с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС); ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях; трансторакальная ЭхоКС; лабораторные исследования крови; обзорная рентгенография органов грудной клетки; тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты. Пациенты с ХСН и СД 2 типа характеризовались сравнительно высоким ФК ХСН, тяжестью симптомов (по ШОКС 13,7±2,2 балла против 11,1±2,2 балла, p<0,05), а также более выраженными морфофункциональными изменениями сердца больных: достоверным снижением ФВ ЛЖ на 5,5%, а также увеличением времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения, сопровождающееся уменьшением соотношения Е/А. Выявленные особенности клинического течения сопровождались нарушениями биохимических показателей. Изучение анамнеза больных с ХСН и СД в данной когорте позволило выявить недостаточный контроль (менее 80%) гликемии среди больных СД и ХСН, несмотря на многолетнее течение нарушения углеводного обмена.

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют негативного характера вклад сахарного диабета в течение ХСН как ишемического, так и неишемического генеза.

Особенности биохимического профиля больных хронической сердечной недостаточность и сахарным диабетом

Марданов Б.У., Мамедов М.Н., Ахмедова Э.Б.
ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Москва

Цель исследования. Изучение особенностей биохимического профиля у пациентов с ХСН и СД 2 типа, а также у больных с нормальным гликемическим профилем.
Материалы и методы. В когортное проспективное исследование включено 134 больных обоих полов, госпитализированных в кардиологическое отделение по причине декомпенсации ХСН. С целью выявления особенностей биохимического статуса у больных с ХСН и СД, все пациенты были разделены на 2 группы. I группа включала больных ХСН и СД 2 типа (n=66; 61,8±7,2 лет, 28 мужчин, 38 женщин). II группу составили больные с сердечной недостаточностью и нормальным состоянием углеводного обмена (n=68; 62,3±7,7 лет, 33 мужчины, 35 женщин).
Результаты исследования. Сравниваемые группы пациентов по базовым гендерным и социально-демографическим показателям между собой не различались. В качестве основного заболевания у больных обеих групп чаще упоминалась ИБС (все клинические формы, кроме инфаркта миокарда), с некоторым превалированием ее встречаемости у больных ХСН с сопутствующим СД. Однако, АГ в качестве основного заболевания чаще регистрировалась у больных ХСН II группы ($p<0,05$). Результаты биохимического исследования крови выявили увеличение плазменных концентраций общего билирубина у больных обеих групп, средние значения которого превышали 20 мкмоль/л. Также выявлены отклонения показателей, характеризующих почечную функцию. При этом, у больных I группы отмечено превалирование средней концентрации мочевины и креатинина крови на 18,6% и 11,7% соответственно (оба $p<0,001$), сопровождающийся снижением СКФ до 84,6 мл/мин/1,73м^2 (на 10% ниже группы сравнения, $p<0.001$). При изучении липидного спектра крови обращает внимание отсутствие явной гиперлипидемии у больных, в том числе с ИБС и перенесенными ишемическими событиями, хотя регулярной липиднижающей терапии придерживались менее 40% пациентов. Средние значения общего холестерина составили менее 6 ммоль/л. При сравнении других составляющих, отмечена более выраженная гипертриглицеридемия у больных СД и ХСН.
Заключение. Выявленные некоторые особенности биохимических показателей больных ХСН и сопутствующим СД, характеризующиеся гипербилирубинемией, гипертриглицеридемией и более выраженными нарушениями в показателях функции почек.

N-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ПРОГОРМОН МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Марченко А.Б., Нильдибаева Ф.У., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Турмухамбетова А.А., Досмагамбетова Р.С.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить роль N-терминального прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в диагностике суммарного сердечно-сосудистого риска.
Материал и методы. В рамках НТП «Экологические риски и здоровье населения» проведено кросс-секционное скрининговое обследование 1244 человек в возрасте 18-65лет, из них 872 женщины, 372 мужчины. У всех исследуемых рассчитан показатель суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) по шкале SCORE. По результатам расчетов, все исследуемые условно разделены на группу низкого риска (SCORE <1) и высокого риска (SCORE >1). Методом иммунофлюоресценции, с использованием технологии XMap 1, определен уровень NT-proBNP. Помимо определения уровня кардиомаркера, было проведено: анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления (АД), определение уровня глюкозы и общего холестерина. Из исследования исключены беременные женщины, лица с декомпенсированной кардиологической,

эндокринологической и нефрологической патологией, а также лица с тяжелыми психическими заболеваниями.

Результаты. При оценке базовых характеристик обследованных отмечено, что обе популяции имели избыточную массу тела, при этом среди женщин ИМТ достоверно больше (29,38, Q_{25}-25,96;Q_{75}-33,67 и 27,22, Q_{25}-24,00;Q_{75}-30,49, p <0,001). Доля лиц с артериальной гипертензией среди женщин значительно выше, чем среди мужчин и составляет 59,08% и 37,20% соответственно (p <0,001), хотя медиана систолического АД не имела различий. Уровень общего холестерина повышен в обеих группах, однако более высокие показатели наблюдаются у женщин (5,140, Q_{25}-3,87;Q_{75}-6,12 и 4,97, Q_{25}-3,87,00;Q_{75}-5,90, p=0,005). В дополнении, в мужской популяции отмечался больший процент курящих (45,78% и 10,76% соответственно, p <0,001). Результаты иммунологического исследования крови в общей популяции показали, что медиана титра NT-proBNP (пг/мл) достоверно выше в группе высокого КВР (78,63, Q_{25}-49,29;Q_{75}-109,25 и 67,91, Q_{25}-44,25;Q_{75}-94,05, p =0,002). При сравнении уровня кардиомаркера по половому признаку, видно, что как у мужчин (78,49, Q_{25}-50,58;Q_{75}-110,28 и 65,91, Q_{25}-43,99;Q_{75}-90,10, p =0,039), так и у женщин (78,66, Q_{25}-49,00;Q_{75}-108,39 и 68,25, Q_{25}-44,25;Q_{75}-98,13, p =0,021), медиана титра достоверно выше в группе высокого КВР.

Заключение. Таким образом, сочетание высокого КВР с повышенными титрами NT-proBNP отражает диагностическую, прогностическую значимость NT-proBNP как показателя хронической сердечной недостаточности и степени риска фатальных осложнений (инфаркта миокарда, инсульта). Полученные результаты демонстрируют возможность включения данного кардиомаркера в программу скринингового обследования населения, для проведения ранней профилактики, диагностики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Мершенова Г.Ж., Гайдай Е.С., Най Н.В., Жумабекова И.К.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель. Оценить распространенность артериальной гипертензии среди мужчин и женщин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследование было включено 1200 человек, из них 650 женщин и 550 мужчин, прикрепленных к поликлинике №1 города Караганды, в возрасте 30 - 63 лет. 900 человек были отобраны при помощи анкетирования, включающей стандартные вопросы по артериальной гипертензии, и 300 человек, находящихся на диспансерном учете, были отобраны посредством ретроспективного анализа амбулаторных карт.

Результаты. Для распределения респондентов по степени артериальной гипертензии было решено создать 6 групп, согласно классификации Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по гипертензии 1999 г. Также респонденты были разделены на 3 возрастные группы: 30-39 лет, 40-49 лет, 50-63 лет.

По результатам исследования, среди мужчин чаще встречается артериальная гипертензия 2 степени – 26%, среди женщин – артериальная гипертензия 1 степени 27%. В возрастных группах 30-39 лет преимущественно встречается артериальная гипертензия 1 степени - 32,71%, тогда как у мужчин – 31,71% и женщин - 43,04% соответственно. В возрастных группах 40-49 лет чаще встречается артериальная гипертензия 2 степени 37,41%, среди мужчин этот процент составляет – 37,56%, среди женщин – 36,02%. В возрастных группах 50-63 лет чаще встречается артериальная гипертензия 3 степени 39,48%, среди мужчин – 50,58% , среди женщин – 51,98%. Оптимальное давление чаще встречается в возрастной группе 30-39 лет, как у мужчин так и у женщин 11,81% и 9,83% соответственно.

Нормальные показатели АД также чаще встречаются в возрастной группе 30-39 лет, как у мужчин так и у женщин 27,01% и 30,35% соответственно. А вот высокое нормальное давление у мужчин встречается в возрастной группе 30-39 лет и составляет 11,39%, тогда как среди женщин встречается чаще в возрастной категории 40-49 лет и составляет 20,81%. Артериальная гипертензия чаще встречается у женщин в 37,08% случаев, среди мужчин зарегистрировано 30,17% случаев. Также была проанализирована антигипертензивная терапия у лиц, страдающих артериальной гипертензией. Большинство пациентов - 78% получали антигипертензивную терапию. Число мужчин, принимающих терапию, составило 45%, среди женщин 62% получают различные антигипертензивные препараты.

Заключение. Таким образом, частота случаев АГ выше среди женщин (68,46%), чем среди мужчин (65,82%).

Высокую распространенность АГ у пациентов трудоспособного возраста можно объяснить склонностью к вредным привычкам, психоэмоциональными стрессами, а также малоподвижным образом жизни.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

[1]Мехдиев С.Х., [1]Мустафаев И.И., [2]Мамедов М.Н., [1]Касумова Ф.Н.
[1]Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан; [2]ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Изучить особенности лабораторных показателей у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2) на фоне различных схем гипогликемической терапии.

Материал и методы. Было проведено одномоментное клинико-эпидемиологическое когортное исследование, в которое было привлечено 528 больных СД2 в возрасте 30-69 лет. Все больные отвечали на вопросы стандартной анкеты “ARİC” и давали сведения о схеме проводимой антидиабетической терапии. Изучались показатели липидного спектра, высокочувствительный С реактивный белок (ВЧ СРБ), креатинин, уровень мочевой кислоты фотометрическим способом, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) методом Кокрофт-Гаульта, а уровень микроальбуминурии (МАУ) определялся с помощью тест полосок.

Результаты. Средний уровень общего холестерина у лиц получавших инсулинотерапию в сравнении с нелечеными был высокий и составил 12,7% ($p<0,05$), у больных на фоне монотерапии инсулином 86,1%, а у тех, кто не получал лечения была выявлена гиперхолестеринемия - 58,3% ($\chi^2=6,06$, $p<0,05$). У всех больных, получавших лечение по сравнению с не принимавшими его, в уровне холестерина липопротеидов высокой плотности и ВЧ СРБ статистически значимой разницы не было выявлено. Значения креатинина на фоне приёма бигуанидов по сравнению с нелеченными пациентами было низким 16,2% ($p<0,05$), а гиперкреатинемия у нелеченых (33,3%) была значительно выше в сравнении с лицами, получавшими метформин - 5,0% ($\chi^2=4,56$, $p<0,05$). У 33,3% больных не получавших лечение, СКФ составило 60-89 мл/мин, у 33,3% - 30-59 мл/мин. и лишь у 68,8% пациентов соблюдавших только диетотерапию, отмечалась II степень хронической болезни почек (ХБП). При монотерапии метформином средние значения СКФ по сравнению с лицами не получавшими лечение было высоким на 22,7% ($p<0,05$), а у 40,0% лиц на фоне приёма этого препарата и у 66,7% больных не получавших лечение СКФ составило <90 мл/мин ($\chi^2=5,3$, $p<0,05$). У 55,8% больных, принимавших препараты сульфонилмочевины (СМ) СКФ составило 60-89, а у 3,5% - 30-59 мл/мин., что значительно различалось от значений у тех, кто не принимал лечение ($\chi^2=14,54$, $p<0,001$). У половины больных

находящихся на монотерапии инсулином (51,8%) отмечалась II степень, у 10,7% - III и по 0,9% - IV и V степени ХБП.
Среди больных СД2 получавших комбинированную терапию, у 42,5% СКФ составило 60-89, а у 7,3% - 30-59 мл/мин., ухудшение функции почек у которых, статистически значимо различался по сравнению с лицами не получавшими лечения (χ^2=6,4, p<0,05). Больные СД2 находящиеся на диетотерапии, лечении препаратами СМ и комбинированной терапии уровень мочевой кислоты был относительно низким по сравнению с теми, кто не получал лечения (15,8%, 14,8% и 11,6% соответственно, p<0,05). У 37,5% больных СД2 была выявлена МАУ, у 28,8% этот показатель составил 30 мг/дл, у 5,4% - 100, а у 3,2% - 300 мг/дл. Наименьшие значения МАУ были установлены у пациентов, находящихся на диетотерапии и лечении препаратами СМ, и лишь у лиц, принимавших препараты СМ по сравнению с нелеченными больными, эта разница в показателях достигала статистической значимости (χ^2=5,90, p<0,05).
Заключение. Практически у всех больных СД2 отмечалась гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, высокие значения ВЧ СРБ, в разной степени МАУ и снижение СКФ.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ СИМПАТИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Микова Е.В., Гапон Л.И, Савельева Н.Ю., Жержова А.Ю., Александрович Е.Л.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Гиперурикемия (ГУ) в настоящее время рассматривается как дополнительный маркер кардиоваскулярного риска. Изучение гендерных взаимосвязей пациентов с ГУ необходимо для оценки дальнейшего прогноза протекания сердечно-сосудистых заболеваний.
Цель работы: изучить влияние гиперурикемии на суточный профиль АД у мужчин и женщин с резистентной артериальной гипертонией (РАГ) через год после проведения симпатической радиочастотной денервации почечных артерий (РДН ПА).
Материал и методы: В исследование были включены 27 пациентов мужского (48,1%) и женского пола (51,9%) в возрасте от 27 до 70 лет (средний возраст 55,25±11,6 лет) с РАГ, которым проведена РДН ПА. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа женщины (N=12), 2 группа мужчины (N=15). Уровень офисного систолического артериального давления (САД) пациентов с РАГ составлял ≥160 мм рт.ст на фоне приема гипотензивной терапии. Пациентам выполнена РДН ПА системой Medtronic Symplicity Catheter System. Исследовался уровень мочевой кислоты в сыворотке крови. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). Контрольные точки: исходно, через 1 год после проведения РДН ПА. Схема гипотензивной терапии до и после ренальной денервации была неизменной.
Результаты исследования: У мужчин с гиперурикемией через год после проведения РДН ПА не наблюдалось статистически достоверного снижения АД (p>0,05). В то же время у женщин с ГУ через 1 год после РДН отмечается достоверная динамика снижения офисного АД (САД p=0,02; ДАД p=0,05). По показателю средне-суточного САД в группе женщин с нормальными уровнем мочевой кислоты удалось достигнуть более достоверных цифр снижения АД (p=0,02), в сравнении с группой женщин с ГУ (p=0,04).
Вывод: Дополнительными факторами, снижающими эффективность РДН ПА при РАГ, являются сочетание мужского пола и гиперурикемии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Миленькин Б.И., Самочатов Д.Н.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Городская клиническая больница № 67 имени Л.А.Ворохобова Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Реваскуляризация миокарда с имплантацией стента в целевой сосуд заняла лидирующие позиции в лечении ишемической болезни сердца. Ранее опубликованные результаты клинических исследований показали значительное снижение смертности и случаев острого инфаркта миокарда, а также снижение необходимости повторных реваскуляризаций инфарктсвязанной артерии, после имплантации металлических стентов с лекарственным покрытием по сравнению с голометаллическими стентами. Гиперплазия неоинтимы сосуда после чрескожного коронарного вмешательства с установкой стента наиболее выражена после имплантации голометаллических стентов и реже встречается при имплантации стентов с лекарственным покрытием, содержащих антипролиферативный лекарственный препарат. Широкое внедрение стентов с лекарственным покрытием в клиническую практику позволило радикально улучшить отдаленные результаты лечения и в несколько раз увеличить общее количество эндоваскулярных процедур.

Однако не все коронарные стенты одинаково хороши для разных клинических ситуаций; исследованию их свойств и результатов применения посвящено множество научных работ. В связи с этим большой интерес представляют результаты использования стентов российского производства - «Калипсо» с биорезорбируемым лекарственным покрытием Сиролимус. В нашей работе мы обобщили опыт и результаты использования отечественного стента "Калипсо" в ежедневной клинической практике в различных клинических ситуациях, таких как острый коронарный синдром, реваскуляризация хронических окклюзий и др.

ВТОРИЧНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ЛИСТ ОЖИДАНИЯ

Митьковская Н.П., Руммо О.О., Григоренко Е.А.
Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»; Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь

Цель. Определение структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы у пациентов с циррозом печени, нуждающихся в трансплантации.

Материалы и методы. В когортное исследование включено 59 пациентов с циррозом печени класса С по Child (средний возраст 48,1±4,29 лет). Выполнена эхокардиография, определен уровень NT-proBNP.

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили 18 человек с инструментальным подтверждением синдрома портальной гипертензии, 2-ю группу – 22 пациента с «малым» асцитом, 3-ю группу – 19 пациентов с «большим» и «средним» асцитом, периферическими отеками, печеночной энцефалопатией. В 1-й группе плазменные уровни NT-proBNP составили 254,6±22,17 пг/мл, при этом нормальные значения были обнаружены у 9 (50,0%) пациентов. Все пациенты из 1-й группы имели удовлетворительную систолическую функцию (ФВ 57,4±9,23%) левого желудочка (ЛЖ), диастолическая дисфункция была выявлена у 5 (27,8%) пациентов, расширение камер

сердца отсутствовало. Во 2-й группе уровень NT-proBNP был повышен до 498,0±64,7 пг/мл. На фоне прогрессирования портальной гипертензии установлено снижение сократительной способности ЛЖ до 50,2±7,32%, наличие диастолической дисфункции ЛЖ выявлено у 14 (63,6%) пациентов в сочетании с увеличением КДО ЛЖ (128,4±9,12 мл) и размеров правого предсердия до 4,9±0,34 см при СрДЛА 24,3±2,18 мм рт. ст. В 3-й группе пациентов с декомпенсированным течением портальной гипертензии средний уровень NT-proBNP составил 619,2±49,42 пг/мл при наличии дилатации правого предсердия до 5,4±0,18 см, умеренной легочной гипертензии (СрДЛА 31,4±3,13 мм рт. ст.) и систоло-диастолической дисфункции ЛЖ (ФВ 46,2±7,34%, КДО 154,3±19,24 мл, КСО 79,4±11,56 мл, отношение Е/А 0,73±0,04). Обнаружены статистически значимые корреляционные связи между следующими анализируемыми гемодинамическими параметрами и уровнем NT-proBNP: размер правого предсердия ($r=0,39$; $p=0,03$), КДО ЛЖ ($r=0,58$; $p<0,05$), отношение Е/А на митральном клапане ($r=0,43$; $p<0,05$), при этом достоверная корреляция с величиной фракции выброса ЛЖ отсутствовала. При анализе индикаторных уровней NT-proBNP > 125 пг/мл в качестве прогностического критерия наличия дисфункции ЛЖ при циррозе печени ($n=59$) в таблице сопряженности 2х2 установлены следующие значения: чувствительности – 89,9%, специфичности – 44,9%, диагностической точности – 78% ($x^2=4,4$; $p=0,03$).

Заключение. У пациентов с циррозом печени, находящихся в листе ожидания, сердечная недостаточность носит преимущественно бессимптомный характер. Рутинное клиническое обследование данной категории пациентов обладает низкой чувствительностью, ввиду наличия при портальной гипертензии схожих жалоб и изменений объективного статуса. Уровень NT-proBNP в плазме крови у данной категории пациентов может использоваться как скриннинговый маркер наличия цирротической кардиомиопатии.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТРАЦИКЛИН-СОДЕРЖАЩИХ СХЕМ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Митьковская Н.П., Конончук Н.Б., Шаповал Е.В., Микулич Д.В., Мажуль О.С., Гутковская Е.А., Смирнов С.Ю.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»; ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Беларусь

Цель. Изучить влияние антрациклин-содержащих схем полихимиотерапии рака молочной железы на диастолическую функцию левого желудочка, оценить эффективность профилактического действия комбинации валсартана и карведилола на структурно-функциональные изменения левого желудочка в процессе противоопухолевой терапии.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 женщин, страдающих раком молочной железы и получивших различные антрациклин-содержащие схемы полихимиотерапии. Средний возраст составил 44,6±6,8 лет. В зависимости от назначения кардиотропной терапии (комбинации валсартана и карведилола) пациенты были разделены на три группы: группа 1 ($n=34$) – пациенты не получали кардиопротективной терапии; группа 2 ($n=16$) – получающие кардиопротективную терапию и не страдающие артериальной гипертензией; группа 3 ($n=10$) – страдающие артериальной гипертензией и получающие комбинацию валсартана и карведилола.

Результаты исследования. Пациенты были сопоставимы по суммарной дозе полученного антрациклина (доксорубицина), схемам полихимиотерапии, антропометрическим показателям. Группы 1 и 2 значимо не отличались по исходным эхокардиографическим показателям, отражающих диастолическую функцию левого

желудочка: соотношение трансмитральных потоков, измеренных при помощи импульсного (E/A) и тканевого (Em/Am) доплеров. В результате исследования в группе 1 выявлено снижение соотношения E/A с 1,38 [1,21; 1,67] до 1,16 [1,03; 1,46] ($p<0,05$); статистически недостоверные изменения в группе 2 – с 1,52 [1,26; 1,67] до 1,38 [1,12; 1,50] и в группе 3 – с 1,18 [1,10; 1,32] до 1,30 [1,16; 1,38]. В исследовании не было выявлено значимых изменений соотношения Em/Am, однако отмечалась тенденция к снижению в группе 1 с 1,43 [1,14; 1,66] до 1,27 [0,98; 1,60], к увеличению соотношения в группе 2 – с 1,25 [1,20; 1,40] до 1,36 [1,28; 1,60] и в группе 3 – с 1,10 [0,70; 1,19] до 1,27 [0,75; 1,41]. Не было выявлено достоверных изменений показателей систолической функции ЛЖ.

Заключение. Ухудшение диастолической функции левого желудочка является ранним маркером кардиотоксичности антрациклин-содержащих схем полихимиотерапии рака молочной железы. Назначение комбинации валсартана и карведилола способствует снижению негативного влияния противоопухолевой терапии на сердечно-сосудистую систему.

ОЦЕНКА ИШЕМИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Митьковская Н.П., Петрова Е.Б., Статкевич Т.В., Шкребнева Э.И., Скороход М.М.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»; УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Цель. Определение взаимосвязи абдоминального ожирения (АО) и развития постинфарктного ремоделирования левого желудочка по дезадаптивному типу.

Материалы и методы. Обследован 91 пациент в возрасте от 40 до 63 лет, перенесший острый крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ). В основную группу включено 60 пациентов с ИМ и АО, в группу сравнения – 31 без АО. Группы сопоставимы по возрасту, полу, локализации зоны инфаркта, реперфузионной тактике, медикаментозной терапии в постинфарктном периоде. Эхокардиографическое исследование выполнялось по стандартной методике, ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) на момент включения в исследование - один из критериев исключения для лиц обеих групп. Дизайн исследования: проспективное, динамическое, сравнительное.

Результаты исследования. В острый период ИМ статистически значимых различий по основным характеристикам ЛЖ не было. Через 12 месяцев в группе с АО по сравнению с группой без АО индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) составил 149,8±3,13 г/м^2 против 132,4±2,4 г/м^2 ($p<0,01$); наблюдалась большая выраженность дилатации ЛЖ согласно величинам конечного систолического (КСИ) и диастолического индексов (КДИ): 41,2±1,47 мл/м^2 против 29,2±2,56 мл/м^2 и 74,7±1,94 мл/м^2 против 66,0±2,48 мл/м^2 ($p<0,001$ и $p<0,01$), индекса сферичности в диастолу (ИСд): 0,86±0,01 против 0,77±0,01 ($p<0,001$). Согласно наличию 2 из 3 патологических критериев ремоделирования (гипертрофии миокарда ЛЖ по данным ИММ ЛЖ, индекса относительной толщины стенки в диастолу более 0,45 или менее 0,33 и ИСд более 0,8) доля лиц, через 12 месяцев после ИМ имевших дезадаптивный тип постинфарктной модели ЛЖ, в группе с АО составила 75,0% (n=39) против 9,7% (n=3) без АО ($F=0,399$; $p<0,001$). Через 12 месяцев в группе с АО удельный вес лиц с систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ ЛЖ<50%) составил 78,8% (n=41) против 19,4% (n=6) ($\chi^2=28,0$; $p<0,001$); сердечный индекс - 2155,5 (1667,5–2363,5) против 2461,5 (2033,0–2833,0) ($U=436,5$; $p<0,001$); интегральный систолический индекс ремоделирования (ИСИР) - 66,5±2,98 против 76,7±2,95 ($p<0,05$) в группе без АО.

Получена прямая, средней силы связь между индексом массы тела (ИМТ) и ремоделированием ЛЖ по дезадаптивному типу через 12 месяцев после ИМ ($r=0,45$,

p<0,001); обратная средней силы связь между ИМТ и ФВ ЛЖ (r = –0,36, p<0,001), ИСИР (r = –0,39, p<0,001).
Через 36 месяцев в группе с АО доля лиц, умерших от сердечно-сосудистых причин - 15% (n=9), в группе без АО эпизодов смерти не было (F=0,057; p<0,05), в структуре причин смерти преобладала доля лиц с декомпенсацией ХСН (77,8%).
Заключение. У пациентов с абдоминальным ожирением по сравнению с группой лиц без абдоминального ожирения через 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда преобладает дезадаптивный тип ремоделирования левого желудочка, ассоциированный с нарушением его систолической функции; через 36 месяцев – увеличением доли умерших от кардиоваскулярных причин.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ИСХОДАМИ С УЧЕТОМ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К ТИПУ ЛИЧНОСТИ Д

Митьковская Н.П., Пинчук А.Ф., Статкевич Т.В., Григоренко Е.А.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель. Изучить структурно-функциональные показатели сердечно-сосудистой системы у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом с различными клиническими исходами с учетом принадлежности к типу личности Д.
Материалы и методы. В исследование было включено 318 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте 60,0 (53,0-67,0) лет. В зависимости от исхода заболевания в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) были сформированы следующие группы: группа с повторным ИМ (n=56), группа со смертельным исходом (n=21) и группа без повторного ИМ (n=241). Набор пациентов осуществлялся на 28-35 день после перенесенного первого крупноочагового ИМ. Принадлежность пациентов к типу личности Д определяли с помощью стандартизированного опросника DS-14.
Результаты исследования. Доля пациентов с типом личности Д была выше в группах с развившимся неблагоприятным исходом (повторный ИМ либо смерть) и составила – 44,6% (n=25) и 47,6% (n=10) против 24,9% (n=60) в группе без повторного ИМ (χ^2=8,7, p<0,05; χ^2=5,1, p<0,05). В группах с повторным ИМ и смертельным исходом, в отличие от результатов в группе без повторного ИМ, установлены более низкие значения фракции выброса (ФВ) миокарда левого желудочка (ЛЖ) – 56,9±4,62% и 56,5±5,45%, против 58,41±3,66% (p<0,05, p<0,05), пройденной дистанции (по данным теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ)) – 400 (330-450) м и 358 (350-440) м против 440 (400-480) м (p<0,001, p<0,01) и больший удельный вес лиц с многососудистым поражением коронарных артерий – 56,8% (n=21) и 43,8% (n=7) против 15,9% (n=27) (χ^2=40,9, p<0,001; χ^2=7,6, p<0,01), что ассоциировалось у данной категории пациентов с большими значениями фактора некроза опухолей-α (ФНО-α), интерлейкина 1-β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), общего холестерола (ОХ) и триглицеролов (ТГ) сыворотки крови. Установлено существование прямой, средней силы корреляционной связи между наличием многососудистого поражения коронарных артерий и значениями ИЛ-1β (r=0,52, p<0,05), обратной, средней силы связи между значениями ФВ ЛЖ, ОХ и ТГ сыворотки крови (r=-0,64, p<0,05; r=-0,53, p<0,05), значениями NT-proBNP (r=-0,57, p<0,05) и ИЛ-6 (r=-0,55, p<0,05), между значениями ТШХ и ФНО- α (r=-0,61, p<0,05).
Заключение. У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, с развившимся в течение первого года повторным инфарктом миокарда либо смертельным исходом, в сравнении с результатами у пациентов без неблагоприятных исходов, на фоне большего удельного веса пациентов с типом личности Д установлена более выраженная систолическая

дисфункция миокарда левого желудочка, более низкая толерантность к физическим нагрузкам, большая масштабность гемодинамически значимого поражения коронарных артерий, что ассоциировалось с более высокими показателями провоспалительных цитокинов, предшественника мозгового натрийуретического пептида, негативными показателями липидограммы.

СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА ПРИ НАЛИЧИИ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Митьковская Н.П., Патеюк И.В., Статкевич Т.В., Картун Л.В., Терехов В.И., Ильина Т.В.
УО "Белорусский государственный медицинский университет»; УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»; Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. Определить особенности перфузии миокарда, секреторную активность жировой ткани и состояние эндотелиальной функции у женщин с безболевой ишемией миокарда при наличии эпикардиального ожирения (ЭО).

Материалы и методы. В исследование были включены 30 женщин с безболевой ишемией миокарда. С помощью компьютерной томографии провели определение количества эпикардиальной жировой ткани (ЭЖТ) и расчет индексированного показателя - отношение ЭЖТ к площади поверхности тела (ППТ). Первую группу составили 20 пациенток со значением показателя ЭЖТ/ППТ более 47,1 $см^3/м^2$, вторую – 10 пациенток со значением показателя менее 47,1 $см^3/м^2$ (выбор значения показателя ЭЖТ/ППТ для разделения групп соответствовал верхней границе нормы ЭЖТ/ППТ в здоровой популяции, Shmilovich и др., 2011г.).

Результаты. При проведении однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) миокарда дефекты перфузии выявлены у 100% пациенток, включенных в исследование. Суммарное значение величины дефекта перфузии (∑ВДП) в покое у женщин первой группы - 5,8 (3,8;8,8)%, второй группы – 6,0 (3,0;9,5)%. Введение дипиридамола женщинам с ЭО провоцировало рост ВДП до 11 (7; 19)% ($p<0,05$ в сравнении с показателем в покое), а также привело к формированию достоверных межгрупповых различий (∑ВДП у женщин второй группы после введения дипиридамола 8 (6,2; 11)%). Секреторная активность жировой ткани у пациентов основной группы характеризовалась значением сывороточной концентрации лептина (19,8±2,8 нг/мл) большим по сравнению со значением показателя в группе пациентов без ЭО (10,9±1,8 нг/мл, $p<0,05$). Средний уровень адипонектина у женщин, имеющих ЭО (10,0±2,1 мкг/мл) был ниже, чем во второй группе (21,1±3,5 мкг/мл, $p<0,05$). При определении функционального состояния эндотелия, включавшее определение сывороточной концентрации эндотелина (ЭТ) и оксида азота (NO), выявлено, что среднегрупповые значения ЭТ (0,52 (0,4; 0,68) нг/мл) в группе пациенток с ЭО больше аналогичных показателей в группе без ЭО (0,4 (0,2; 0,46) нг/мл, $p<0,05$).

Выводы. Для пациенток с безболевой ишемией миокарда при наличии эпикардиального ожирения характерна эндокринная дисфункция жировой ткани (выявлено увеличение содержания лептина и снижение уровня адипонектина) и нарушение эндотелиальной функции (увеличение содержания эндотелина). Увеличение влияний вазопрессорных механизмов может быть причиной стрессиндуцированного ухудшения перфузии миокарда у женщин с ЭО: при проведении ОФЭКТ выявлен рост суммарного значения величины перфузионного дефекта. Проведение фармакологической пробы привело к формированию межгрупповых различий, что свидетельствует о более выраженных нарушениях перфузии у пациентов с ЭО, чем у лиц без неблагоприятного сочетания факторов риска.

АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕН СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В РАННЕМ И СРЕДНЕМ ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ

Михалкина М.В.
Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Цель. Изучение анатомических характеристик вен сердца человека в раннем и среднем плодном периоде.
Материалы и методы. Общепринятыми морфологическими методами изучены параметры и уровни формирования вен 26 сердец от трупов плодов в сроке 13-27 недель развития (из них 12 препаратов 13-19 недель, 14 – 20 – 27 недель).
Результаты. В 13 недель развития у плодов человека уже сформированы венечный синус и его притоки: большая, средняя и малая вены сердца, задняя вена левого желудочка, косая вена левого предсердия. Наиболее непостоянным притоком венечного синуса представляется малая вена сердца. Ее отсутствие отмечено в 4 из 12 препаратов в раннем плодном периоде, в 6 из 14 наблюдений в среднем плодном периоде. Выявлена значительная вариабельность уровня формирования большой и средней вен сердца. Большая вена сердца располагалась на грудино-реберной поверхности и формировалась вблизи верхушки сердца, на границе нижней и средней трети передней межжелудочковой борозды, на уровне середины этой борозды или на границе ее верхней и средней трети. Средняя вена сердца располагалась в задней межжелудочковой борозде на диафрагмальной поверхности сердца. Она формировалась вблизи верхушки сердца на диафрагмальной или грудино-реберной поверхности, на границе нижней и средней трети задней межжелудочковой борозды или в верхней трети этой борозды. В раннем плодном периоде субэпикардиальные вены отличаются прямолинейным ходом, соединены между собой анастомозами, напоминающими крупнопетлистую сеть, одинаково выраженную в области как левого,так и правого желудочков. Задние вены левого желудочка немногочисленны(2-4). Число вен передней стенки правого желудочка - 1-2. Наружный диаметр субэпикардиальных вен в месте их начала в среднем 0,34 мм; у места впадения в венечный синус- 0,96 мм. Большая вена сердца преобладает по длине по сравнению со средней веной, но имеет меньшее количество притоков и величину наружного диаметра. С 20 недель развития субэпикардиальные вены становятся извитыми, к 27 неделе увеличиваются их длина и величина наружного диаметра. Постоянны и значительны правая и левая краевые вены сердца. При отсутствии малой вены сердца и наличии единичных вен задней стенки левого желудочка правая и левая краевые вены значительно развиты
Заключение. Таким образом, в раннем и среднем плодном периоде вены сердца характеризуются большой вариабельностью, проявляют возрастную изменчивость. Выявленные особенности анатомии вен сердца плодов помогут оптимизировать выполнение диагностических и лечебных манипуляций у плодов и глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела и дополнят топографо-анатомическую основу развивающейся фетальной кардиохирургии.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКВАЗА ФП КУРСК)

Михин В.П., Масленникова Ю.В., Дударева Т.Н.
ГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Цель исследования – оценить особенности лечения и приверженность больных фибрилляцией предсердий к проводимой терапии после выписки из стационара и через 2-3 года после включения в госпитальный регистр РЕКВАЗА-ФП Курск.

Материалы и методы. В Регистр включено 447 пациентов, выписанных из отделений кардиологии, терапии, неврологии, в том числе неотложной кардиологии и неврологии Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи за период с июня 2013 г. по май 2014 г., соответствовавших критериям включения (наличие в диагнозе ФП, территориальное прикрепление к 4 поликлиникам, ближайшим к стационару): 239 женщин, 208 мужчин (средний возраст 70,9 +10,3 лет).

Результаты. Больных, страдающих сочетанной сердечно-сосудистой патологией и имеющих 4 и более диагнозов, таких как: ФП, ИБС, АГ, ХСН – выявлено 86,4% (n=386), при этом распределение ФП по формам было следующим: пароксизмальная 9,4% (n=47), персистирующая 35,3% (n=158), постоянная 49,2% (n=220). По данным истории болезни, в 50% случаев сведения о ранее принимаемых препаратах отсутствовали, однако при оценке имеющихся отметок (n=241) выявлено, что, несмотря на наличие ФП, чаще всего применялись дезагреганты в 39,8% случаев (n=96), антикоагулянты в 6,6% случаях (n=16). Однако на момент выписки из стационара сохранилась тенденция к назначению ДА вместо АК: в 77% (n=343) и 17% (n=76) из n=447 случаев, соответственно. Также проведен анализ лечения, проводимого на амбулаторном этапе по результатам контакта с больными (n=308). Выявлено, что ДА остаются предпочтительными в качестве профилактики и через два-три года после выписки из стационара (n=155, 58%), а АК применяются всего в 22% случаев(n=58).

Также при опросе установлено, что больные забывали прием препаратов когда-либо в 33% случаев (n=101), а намеренно пропускают прием препаратов в 22% (n=69). При этом стоит отметить, что на момент выписки 5 и более препаратов назначено 87% пациентов, а на амбулаторном этапе всего 15% больных соблюдали данные назначения.

Заключение. У всех больных ФП имелись сочетанные сердечно-сосудистые заболевания (в 86,4% ФП, ИБС, АГ, ХСН), что требовало назначения 5 и более препаратов, однако только 15% больных получали терапию, назначенную в стационаре в прежнем объеме. Также обращает внимание, что на всех этапах лечения от момента, предшествующего госпитализации до амбулаторного (через 2-3 года после референсной госпитализации) частота назначения антикоагулянтов не превышает 22%. При этом около $^1/_4$ больных не привержены к лечению, самостоятельно отменяют прием препаратов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА «ОМЕГА-М» В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Михин В.П.[1], Коробова В.Н.[1], Спасский А.А.[2], Каюшников А.Б.[2], Ледовский С.М.[2], Маркина Т.Н.[2]

Курский государственный медицинский университет, Курск[1]; Национальное агенство клинической фармакологии и фармации, Москва[2], Россия

Цель. Определить особенности функционального (ФС) состояния у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и нестабильной стенокардией (НС) с помощью программно-аппаратного комплекса (ПАК) «Омега-М» в условиях госпитальной реабилитации.

Материалы и методы. Рандомизированное исследование включало 38 человек (23 мужчины и 15 женщин) в возрасте 40-65 лет (54±2,17). В зависимости от клинического диагноза (ОИМ или НС) больные были подразделены на две группы по 19 человек. Исследование проводилось на 3, 9 и 14 сутки пребывания больных в стационаре и включало: общий осмотр с оценкой физикальных данных, определение функционального состояния организма с помощью ПАК «Омега-М», использующего спектральный анализ вариабельности ритма сердца и фрактальную нейродинамику для вычисления следующих показателей: А – уровень адаптации, В – показатель вегетативной регуляции, С –

показатель центральной регуляции, D – психоэмоциональное состояние, Health – интегральный показатель здоровья. Лечение проводилось по традиционной схеме.

Результаты. У лиц в группе ОИМ и НС на протяжении 2 недель госпитальной реабилитации показатели ФС A, B, C, D, H находились ниже нормы (норма 60-100%). На 3 сутки между выделенными группами разницы не наблюдалось. На 9 сутки в группе больных ОИМ показатели ФС снизились от исходного уровня: A – на 7%, B – на 8%, D – на 11%, H – на 9%, в группе НС – показатели возросли: A – на 4%, B – на 11%, D –на 6%, H – на 7%. На 14 сутки в группе ОИМ показатели ФС снизились от исходного уровня: A – на 9%, B – на 12%, C – на 6%, D –на 14%, H – на 10%; в группе НС показатели ФС возросли: A – на 49%, B – на 32%, C – на 17%, D –на 23%, H – на 30%. Разница в динамике показателей ФС со второй недели госпитальной реабилитации тесно связанна с наличием имеющейся патологии: у больных ОИМ – показатели ухудшаются, а у больных НС – улучшаюся.

Заключение. Таким образом, в первые сутки у больных ОИМ и НС все параметры ФС значительно ниже нормы и не имеют достоверных различий друг с другом. На фоне традиционной терапии различия по исследованным показателям в условиях госпитальной реабилитации между группами проявляются с 9 по 14 сутки: у больных ОИМ показатели ФС A, B, C, D, H снижаются, а у больных НС – повышаются в этот период.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С B12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Могурова М.А., Назаркина М.Г., Столярова В.В., Куркина Н.В., Лещанкина Н.Ю.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучить вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с B_{12}-дефицитной анемией (B_{12}ДА).

Материалы и методы. Обследование проводилось в ГБУЗ РКБ №4 г. Саранск. Исследование ВСР проведено у 20 человек. Исследуемые были разделены на группы: контрольная группа - здоровые (n=12); исследуемая - больные с B_{12}ДА (n=8). Критерии включения: больные мужчины и женщины с диагнозами: B_{12}ДА средней степени тяжести, без жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушений ритма сердца. Критерии исключения: больные с хроническими заболеваниями в стадии обострения; больные с онкологическими заболеваниями; больные с тяжелой патологией легких, печени, почек в стадии декомпенсации больные с сахарным диабетом; больные с ХСН – IIб-III ст., III-IV ФК. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ. Регистрировались параметры с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ-07-3/12Р. Анализировались следующие показатели ВРС: SDNN, pNN50, rMSSD, SDANN, VLF, LF, HF, LF/HF.

Результаты. По возрасту и полу группы достоверно между собой не отличались. В исследуемой группе было зарегистрировано значимое снижение ВСР по сравнению со здоровыми. Показатель SDNN отражает суммарный эффект влияния на синусовый узел симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Снижение данного показателя свидетельствует о смещении вегетативного равновесия в сторону преобладания симпатической нервной системы. У больных B_{12}ДА выявлено достоверное снижение ВСР: показатель SDNN на 34% ниже, чем у здоровых ($p<0,05$).

В целом, показателю SDNN аналогичен SDANN, обладающий высокой прогностической ценностью. В исследуемой группе выявлено снижение показателя SDANN на 32% по сравнению со здоровыми ($p<0,05$). Оценивались следующие показатели активности парасимпатической нервной системы: pNN50, rMSSD, HF, LF/HF. Значимых различий по показателям, отражающих влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной

системы на сердце, не выявлено. В группе больных B_{12}ДА rMSSD равен 29,5±11,26 мс, HF - 491±262,69 и pNN50% - 13±7,51% и в группе контроля 49,33±12,87 мс, 600,67±220,85 и 9±1,26% соответственно. У больных B_{12}ДА имеется тенденция к повышению показателя LF/HF в 9,5 раз по сравнению со здоровыми ($p<0,1$).

Заключение. Таким образом, у больных с B_{12}ДА выявляются показатели электрической нестабильности миокарда в виде снижения ВСР и повышения влияния симпатического влияния на регуляцию сердечно-сосудистой системы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПИЩЕВЫХ КОМПОНЕНТОВ В ПИТАНИИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Молчанова О.В., Бритов А.Н., Гришенков Е.А., Андреева Г.Ф.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Изменение стиля жизни, особенно питания, играет значительную роль в контроле артериальной гипертонии.

Цель. Выявление корреляционной зависимости между структурой питания, систолического и диастолического артериального давления у мужчин и женщин в зависимости от возраста.

Материалы и методы. В когортное исследование были включены 1101 мужчина (средний возраст 41,9 ± 11,2) и 1104 женщины (средний возраст 42,6 ± 9,2).

Были изучены следующие показатели: уровень артериального давления в мм рт.ст., ИМТ кг/м², возраст, ЧСС в минуту. Структура питания изучена методом суточного диетического опроса.

Результаты. Выявлено: с АД у мужчин и женщин коррелирует возраст ($p<0,001$), ИМТ ($p<0,001$) и частота пульса ($p<0,001$). Характер питания объясняет 6,2% вариабельности систолического АД и 1,3% диастолического АД у мужчин. У женщин 5,0% и 6,3% соответственно. Существует прямая зависимость уровня АД у мужчин и женщин с потреблением Na ($p<0,001$), калорийностью суточного рациона ($p<0,001$) и обратная зависимость - с потреблением К, Mg , ПНЖК, витаминов С, В1, клетчатки, крахмал/сахар ($p<0,05$). Обнаружено, что мужчины потребляют больше калорий (за счет жиров -Н и ПНЖ кислот), Na и К ($p<0,05$). Потребление Са одинаково у мужчин и женщин. У мужчин с возрастом увеличивается потребление белка, углеводов, холестерина, Na, витамина А ($p<0,05$). У женщин увеличивается потребление растительного белка, насыщенных жирных кислот, К, Са, витаминов А и β-каротина, клетчатки ($p<0,05$).

Заключение. Найденные различия в питании, зависящие от пола и возраста имеют значение при составлении индивидуальных диетических планов и в сфере общественного питания для профилактики и лечения артериальной гипертонии.

ЗАРЯДОВЫЙ БАЛАНС ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С РАЗЛИЧНЫМИ ИНИЦИАЛЬНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ

Муравлёва Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Бакирова Р.Е., Клюев Д.А., Колесникова Е.А., Муравлёв В.К.
Государственный медицинский университет, Государственный политехнический университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить зарядовый баланс эритроцитов крови больных с хронической болезнью почек (ХБП) в зависимости от инициальных нозологических вариантов.

Материал и методы. Объектом исследования явилась кровь 70 больных с ХБП 1,2 стадии без хронической почечной недостаточности. Больные этой группы были разделены на 2 подгруппы. В группу 1 вошли 43 больных ХБП с хроническим пиелонефритом и интерстициальным нефритом в качестве инициальных нозологических вариантов. В группу 2 вошло 27 больных ХБП с хроническим гломерулонефритом в качестве инициального нозологического варианта. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. Принцип регистрации зарядового баланса эритроцитов основан на изменении pH эритроцитов (Δ pH). Был использован разработанный нами прибор «Регистратор зарядового баланса крови». Суспензия эритроцитов в физиологическом растворе (1:6) помещалась в кювету прибора. Δ pH регистрировали в интервале изменения температур, начиная от 37 ^{o} и до 58^{o} С.

Результаты. У лиц контрольной группы обнаружена параболическая зависимость изменения Δ pH. Максимум Δ pH (0,034) наблюдался при 41,6 °С. 2 подтип термограммы отличался по значению максимума Δ pH (0,088), который достигался при 42,8 °С. У 56 % больных 1 группы зависимость изменения Δ pH в диапазоне температур от 37 до 58^{o}С имела вид равномерно убывающей кривой. У 44 % больных данной группы наблюдалось два сложных подтипа кривых. Первый подтип характеризовался достижением максимальных значений Δ pH в диапазоне от 0,007 до 0,012 ед со средним значением 0,01. Второй подтип характеризовался достижением максимальных значений Δ pH в диапазоне от 0,036 до 0,067 со средним значением 0,049. У больных 2 группы наблюдали 2 типа зависимостей Δ pH. У 75 % больных зависимость изменения Δ pH в диапазоне температур от 37 до 58^{o}С имела вид равномерно убывающей кривой. Отрицательные значения Δ pH относительно контрольной точки в 37 °С лежали в области от -0,183 до -0,441 со средним значением -0,338. У 25 % пациентов первоначально зафиксировано повышение Δ pH от 0,031 и до 0,013 единиц со средним значением 0,022, затем – понижение в диапазоне от -0,129 до -0,152 со средним значением -0,141.

Заключение. Полученные нами данные показали изменение зарядового баланса крови в зависимости от инициального нозологического варианта ХПБ. Изменение заряда эритроцитов влияет на их форму, объем, деформабильность и способность к обратимой агрегации, что в конечном итоге существенно меняет реологию крови. Изучение молекулярных изменений в эритроцитах крови больных хроническим гломерулонефритом с одной стороны и пиелонефритом – с другой на начальном этапе развития ХБП позволят оценить их вклад в различные темпы прогрессирования нарушения почечных функций в зависимости от инициальной нозологической формы ХБП.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ И УРОВЕНЬ МЕМРАНОСВЯЗАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Муравлёва Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Бакирова Р.Е., Клюев Д.А., Колесникова Е.А., Понамарева О.А.

Государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Исследовать сорбционную емкость эритроцитов и уровень мембраносвязанного гемоглобина в эритроцитах крови больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различной степени тяжести.

Материалы и методы. Было обследовано 53 пациента. Больные ХОБЛ средней, или умеренной, степени тяжести смешанной клинической формы (эмфизематозная и бронхитическая) в стадии обострения процесса с дыхательной недостаточностью (ДН) 2 степени составили 1 группу. Во вторую группу (n=38) вошли больные ХОБЛ тяжелого

течения, также смешанной формы в стадии обострения с ДН2. В третью группу объединены 35 больных с крайне тяжелым течением ХОБЛ. В качестве контроля использовалась кровь здоровых 32 доноров. Сорбционную емкость эритроцитов (СЕЭ) оценивали по методу Тогайбаева А.А. и соавт. с метиленовым синим. Рассчитывали коэффициент Q, который характеризует степень связывания метиленового синего с эритроцитами и диффузию красителя вовнутрь клеток. Также определяли уровень мембраносвязанного гемоглобина (мсНb).

Результаты. Показано достоверное увеличение СЕЭ крови больных всех обследуемых групп по сравнению с контролем. Наблюдалась прямая зависимость степени увеличения СЕЭ от стадии ХОБЛ. В то же время коэффициент Q достоверно превышал контроль у больных ХОБЛ 1 и 2 групп на 31% и на 49%, соответственно, тогда как у больных ХОБЛ крайне тяжелой степени этот показатель был ниже контроля. Уровень мсНb в эритроцитах больных 1 группы достоверно превышал контроль на 67%, тогда как у больных 3 группы был ниже контроля на 27%.

Заключение. Увеличение СЕЭ крови больных можно трактовать как результат структурных перестроек мембраны эритроцитов, сорбцией на мембранах различных низкомолекулярных соединений, изменения активности мембраносвязанных ферментов. Изменение физико-химических свойств мембран эритроцитов влияет на статус гемоглобина. Изменение доли мсНb влияет на активность белка 3 полосы. Обнаруженный феномен сочетания нарастающей СЕЭ и достоверного снижения коэффициента Q по мере утяжеления течения ХОБЛ может свидетельствовать о включении тонкого молекулярного механизма, противодействующего прогрессирующей гипоксии и гипоксемии. На фоне прогностически неблагоприятного расстройства функции внешнего дыхания при крайне тяжелом течении ХОБЛ этот механизм, возможно, является одним из барьеров последующего развития респираторного дистресс-синдрома. На наш взгляд, перспективным является углубленное изучение взаимосвязей процессов изменения физико-химических свойств мембран эритроцитов и прогрессирования ХОБЛ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ТЕРАПИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Мырзабаева Н.А.
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, Казахстан

Широкая распространенность дисфункциональных расстройств билиарного тракта (ДРБТ), а также избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения, делает актуальными поиски эффективного лечения этих заболеваний.

Целью исследования явилось определение эффективности лечебной физкультуры (ЛФК) и рефлексотерапии (РТ) в комплексной терапии ДРБТ на фоне ИМТ и ожирения.

Под нашим наблюдением находились 39 пациентов в возрасте от 16 до 45 лет (11 лиц мужского пола и 28 - женского), у которых диагностировали различные варианты ДРБТ. Контрольную группу составили 13 пациентов, получавших только медикаментозную терапию. До и после лечения, вместе с клиническим обследованием, проводились лабораторные и инструментальные методы исследования, включавшие видеоэзофагогастродуоденоскопию, УЗИ органов брюшной полости, компьютерную pH-метрию, электрогастрографию, фракционное дуоденальное зондирование, оценку трофологического статуса, а также определяли качество жизни (КЖ) с помощью международного опросника SF-36 (The MOS-SF 36-Item Short Form Health Survey) по 8 шкалам. Для оценки функции желчного пузыря и сфинктерного аппарата проводили

холецистографию, которая подтвердила наличие функциональных нарушений в желчевыводящей системе. В биохимических анализах крови отмечалось некоторое повышение уровня холестерина, β-липопротеидов. УЗИ выявило различные нарушения моторной функции желчного пузыря, обнаруживалось умеренное расширение холедоха при отсутствии структурных изменений билиарной системы. Пациентам основной группы (26) назначали индивидуальную для каждого пациента гипокалорийную диету, затем проводили аурикулопунктуру: по две точки на один сеанс, на основные точки (АР 18,17) в течение 30 мин, а на остальные дополнительные точки (АР 22, 28, 51, 55, 87, АР 23, 43, 96, 97) по 10-12 мин. КВЧ-пунктуру осуществляли на отдаленные точки общего действия GI 4, GI 11, E 36, C 7, TR 5, MC 6, RP 6, RP 9, F2, F 3 в течение 20-40 мин, общим курсом 10-15 процедур, и дополнительно был предписан комплекс физических упражнений (ФУ), проводимых по индивидуальной программе.

В результате проведенного лечения клиническое улучшение отмечалось уже на 6-7 день у большинства (87,2%) пациентов основной группы, наблюдалось исчезновение или уменьшение болевого синдрома, уменьшение диспепсических явлений, улучшение общего самочувствия. ФУ оказывали также положительное воздействие на ВНС. Элиминация клинически релевантных симптомов с улучшением КЖ, снижения массы тела и восстановление морфофункциональных нарушений возникали, как правило, к концу курса лечения. В контрольной группе позитивные изменения обнаруживались значительно позже.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ АНТИАРИТМИЧЕКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Назаркина М.Г., Столярова В.В., Малькова Н.А., Могурова М.А., Лещанкина Н.Ю.
ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, Саранск, Россия

Цель: Оценить наличие поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП), профилактически принимающие различные антиаритмические препараты.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование 92 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «РКБ№4» в отделение нарушения ритма и проводимости. Все пациенты были разделены на 6 групп. Первую составили 24 здоровых человек; вторую (n=24) - пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) (без указания на нарушения ритма), третью (n=18) - пациенты с ИБС, имеющие пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, профилактически принимающие кордарон в дозе 200 мг в сутки, четвертую (n=4) - с ИБС, имеющие пароксизмальную форму ФП, профилактически принимающие аллапинин в дозе 75 мг в сутки, пятую (n=18) - с ИБС, имеющие пароксизмальную форму ФП, профилактически принимающие b-блокаторы (метопролол в дозе 100 мг в сутки), шестую (n=4) - с ИБС, имеющие пароксизмальную форму ФП, профилактически принимающие дилтиазем в дозе 180 мг в сутки. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ, регистрировались параметры высокого разрешения с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ - 07-3/12Р. Оценивали следующие показатели, свидетельствующие о наличии ППЖ - TotQRSF, LAS 40, RMS 40. Исследование осуществлялось на основании добровольного согласия.

Результаты: Пациенты в группах не отличались по возрасту и полу. При оценке показателей ППЖ в первой группе TotQRSF – 83,4 ± 1,7 мс , LAS 40 – 27,9 ± 0,9 мс , RMS 40 – 49,6 ± 4,8 мкВ; во второй – 81,4 ± 1,5 мс – 29,2 ± 1,2 мс – 37,9 ±3,1 мкВ; в третьей – 91,6 ± 1,1 мс – 31,9 ± 1,7 мс – 30,0 ±3,6 мкВ; в четвертой – 76,0 ±6,4 мс – 36,0 ±4,0 мс – 7

±1,2 мкВ; в пятой – 86,7 ±1,8 мс – 30,0 ±1,9 мс – 45,3 ± 6,3 мкВ; в шестой – 78,0 ± 5,2 мс – 21,5 ± 4,3 мс – 67,0 ± 21,4 мкВ соответственно. У 12 пациентов первой группы зарегистрированы ППЖ, во второй – у 12, в третьей – у 12, в четвертой – у 6, в пятой – у 4 и в шестой – у 2. В первой группе ППЖ регистрировались в 6,9 ± 2,5 % случаев, во второй – 5,8 ± 2,8 %, в третьей – 18,9 ± 7,5 %, в четвертой 72 ± 16,2%, в пятой – 15,9 ± 7,1 %, в шестой – 7,5 ± 4,3%.

Заключение: Встречаемость ППЖ достоверно выше у пациентов, профилактически принимающих кордарон и аллапинин, по сравнению со здоровыми и пациентами без ФП. Несмотря на назначение данных препаратов, это, вероятно, связано с тем, что в соответствии со стадийностью назначения антиаритмических препаратов с профилактической целью эти препараты назначаются на более поздних стадиях ФП.

СОДЕРЖАНИЕ АДИПОКИНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Назарова А.М.[1], Шарафетдинов Х.Х.[1,2,3], Плотникова О.А.[1], Пилипенко В.В.[1], Алексеева Р.И.[1], Сенцова Т.Б.[1]

[1]ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»; [2]ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»; [3]ГБОУ ВПО «Первый московский медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить уровень адипокинов у больных сахарным диабетом (СД) 2типа при различных степенях ожирения.

Материалы и методы. В исследование включено 57 пациентов СД 2 типа в возрасте от 34 до 76 лет (средний возраст 57,58±1,13 лет), с длительностью заболевания 7,88±0,63 лет. Все пациенты получали стандартную сахароснижающую терапию. Индекс массы тела у пациентов с ожирением I ст. (n=15) в среднем составил 33,47±0,53 кг/м^2; II ст. (n=17) – 37,81±0,49 кг/м^2; III ст. (n=25) – 49,6±1,07 кг/м^2. У всех пациентов оценивались показатели гликемического контроля, содержание адипонектина, лептина и резистина в сыворотке крови.

Результаты. У всех больных на момент первичного обследования, несмотря на проводимую сахароснижающую терапию, выявлена стадия метаболической субкомпенсации углеводного обмена: уровень глюкозы крови составил в среднем 8,15±0,37 ммоль/л, HbA1c – 7,06±0,16%. Исследование содержания адипонектина и лептина в сыворотке крови показало, что у включенных в исследование пациентов отмечалась гипоадипонектинемия и гиперлептинемия: средний уровень адипонектина и лептина у пациентов с ожирением I ст. составил 8,5±0,67 мг/мл и 55,3±12,85 ng/ml, соотв.; со II ст. – 10,97±1,15 мг/мл и 63,68±12,34 ng/ml, соотв.; у пациентов с III ст. – 9,86±0,62 мг/мл и 83,3±4,21 ng/ml, соотв. Уровень резистина у больных с. ожирением I, II и III ст. был выше нормальных значений и составил в среднем 12,7±2,09 ng/ml, 14,5±2,98 ng/ml, 13,1±0,85 ng/ml, соотв.

Заключение. Проведенные исследования у больных СД 2 типа с различными степенями ожирения выявили снижение в сыворотке крови уровня адипонектина, повышение содержания лептина и резистина.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Недоруба Е.А, Таютина Т.В., Егоров В.Н., Багмет А.Д,

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра поликлинической терапии, Россия

Значительный интерес специалистов вызывает проблема приверженности лечению фибрилляции предсердий, так как регулярное лечение больных предотвращает развитие рецидивов и пароксизмов данного заболевания.
Цель исследования: произвести оценку приверженности к лечению больных с фибрилляцией предсердий в амбулаторных условиях, выделить основные факторы, оказывающие влияние на выполнение врачебных назначений. Материалы и методы исследования: В исследование были включены 50 пациентов с постоянным типом фибрилляции предсердий и 50 с пароксизмальным типом фибрилляции предсердий, наблюдающихся более одного года в одной из городских поликлиник г. Ростова-на-Дону. Возраст пациентов от 54 до 75 лет (средний возраст 64,5±3,7 лет.) У всех пациентов основным заболеванием являлась ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения I—II функциональных классов. Пациентам были выданы анкеты, разработанные сотрудниками кафедры, в которых содержались вопросы о регулярности приема препаратов, причинах пропуска приема препаратов, влиянии препаратов на качество жизни пациентов. Пациенты должны были выбрать один наиболее подходящий им вариант ответа. Все пациенты подписали информированное согласие на проведение анкетирования.
Результаты: По данным анкетирования пациенты с постоянным типом фибрилляции предсердий нерегулярно принимали лекарственные средства в связи: с: временным улучшением общего самочувствия - 12(24%) пациентов, назначенные препараты плохо контролируют частоту сердечных сокращений -13(26%) пациентов, появление различных побочных эффектов - 4(8%) пациента, забывали принимать препараты – 10(20%) пациентов, дорогой стоимостью -5(10%)пациентов, необходимостью частого контроля МНО - 3(6%)пациента, большое количество таблеток - 3(6%) пациента. По данным анкетирования пациенты с пароксизмальным типом фибрилляции предсердий нерегулярно принимали лекарственные средства в связи с: временным улучшением общего самочувствия - 15(30%) пациентов, назначенные препараты плохо контролируют частоту сердечных сокращений - 4(8%) пациентов, появление различных побочных эффектов - 5(10%) пациентов, забывали принимать препараты – 10(20%) пациентов, дорогой стоимостью - 10(20%)пациентов, необходимостью частого контроля МНО - 1(2%)пациент, большое количество таблеток - 5(10%) пациентов.
Выводы: Таким образом, у пациентов с фибрилляцией предсердий отмечена низкая приверженность к лечению. Врачам поликлинического звена необходимо детальное разъяснение пациентам последствий нерегулярного приема лекарственных средств

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ

Никитина И.Н, Чунтыжева Е.Г., Урясьев О.М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия

Целью исследования было изучение частоты встречаемости сопутствующей патологии при бронхообструктивном синдроме и анализ медикаментозной терапии.
Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 388 больных (203 женщин и 185 мужчин) в возрасте 46,4+- 6,9 года), в том числе 317 больных бронхиальной астмой и 71 больной хронической обструктивной болезнью легких.
Результаты: У 77% больных с бронхообструктивным синдромом доказана сопутствующая патология внутренних органов, из них у 94 % выявлена патология сердечно-сосудистой системы – различные формы ишемической болезни сердца (ИБС),

артериальная гипертензия, у 68 % - патология желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей – гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), холецистит, желчекаменная болезнь. У 10 % выявлена патология мочеполовой системы в виде пиелонефрита, мочекаменной болезни, аденомы предстательной железы. У 57 % диагностированы заболевания опорно-двигательного аппарата – деформирующий остеоартроз, ревматоидный артрит. У 8 % впервые диагностирован сахарный диабет второго типа. При анализе медикаментозной терапии сопутствующей патологии при бронхообструктивном синдроме выявлено использование некоторых групп антиангинальных, антиаритмических и атигипертензивных препаратов, таких как в-блокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, при ИБС и артериальной гипертензии, которые могли привести к возникновению или усилению одышки или кашля. Применение лекарственных препаратов без учета их влияния на сопутствующую патологию ведет к взаимному отягощению бронхиальной астмы и ИБС. А применение нестероидных противовоспалительных препаратов при поражении суставов и позвоночника могли спровоцировать аспириновую астму.

Заключение: 1. В структуре заболеваемости БОС по обращаемости отмечается преобладание больных старшего возраста, имеющих не только БОС, но и другую патологию, включая заболевания ССС.

2. Наличие БОС и заболеваний ССС требует назначения не только адекватной базисной и симптоматической терапии, контроля симптомов, устранения факторов риска, влияющих на обострение и прогрессирование БОС, но и регулярное мониторирование и лечение кардиальной патологии.

3. Для улучшения контроля БОС, уменьшения количества обострений, неплановых визитов к врачу, вызовов скорой медицинской помощи необходимо не только назначение адекватного лечения, но и обучение пациентов с целью достижения комплаенса в выполнении рекомендаций, мониторирования пиковой скорости выдоха, устранение факторов риска, провоцирующих обострение БОС, и лечение сопутствующих патологий.

ЭФФЕКТ ЭКСПЕКТОРАЦИИ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Никитин В.А, Попов А.В., Титова Л.А., Васильева Л.В., Головина Ю.А.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, БУЗ ВО "Воронежская Городская Клиническая Больница №20", Воронеж, Россия

Цель исследования. Изучить эффективность лечения хронической обструктивной болезни лёгких путём сочетанного применения лазерно-ультразвуковой терапии для коррекции системного и местного воспаления слизистой стенки бронхов и улучшения экспекторации мокроты.

Материалы и методы. В исследование были включены 49 пациентов с диагнозом ХОБЛ, фаза обострения, средняя степень тяжести, ДН II. Больные были разделены на две группы. Первая (основная) - 25 человек, вторая (контрольная) - 24 человека. Всем больным основной группы проводилось сочетанное лечение: базисная терапия и лазерно-ультразвуковая терапия по предложенной методике: УЗ-терапия с помощью аппарата УЗТ-101 на два паравертебральных поля слева и справа по 2 минуты, затем - лазерное воздействие лазерным аппаратом «ЛАЗМИК» по трём полям. 1,2 точка – поля Кренига; 3я точка - средняя треть грудины, по 2 минуты. Всего – 8-10 процедур. Сравнение показателей проводилось с контрольной группой пациентов, которым проводилось комплексное лечение в соответствии с рекомендациями GOLD-2014. Для оценки эффективности способа лечения были использованы следующие методы исследования: общеклиническое исследование; спирометрия; лабораторные исследования, определение

маркеров системного воспаления (ИЛ-4, ИЛ-8 и ФНО-α). Комплексное обследование больных проводилось при поступлении в стационар и на 10-12 сутки. Исследование количества выделяемой за сутки мокроты дополнительно проводили на 5-6 день лечения. Уровень системных маркеров воспаления определяли при поступлении и через 6 месяцев после проведённого лечения.

Результаты исследования. Изучение динамики клинических показателей у больных ХОБЛ в результате проведенного лечения показало, что у больных основной группы выраженность уменьшения одышки была значима и достоверно больше, чем у пациентов в контрольной группе по шкале Borg. Одышка уменьшилась с 3,12±0,56 до 1,43±0,58 балла. В контрольной группе с 3,0±0,07 до 2,1±0,07 балла. Уменьшение кашля также было значимо и достоверно больше в основной группе, с 3,26±0,7 до 1,24±0,52 балла, тогда как в контрольной группе с 2,98± 0,65 до 2,66± 0,6 балла. На фоне проводимой терапии к 5-6 дню в основной группе достоверно увеличилось количество отделяемой мокроты за сутки до 26,4±2,2 мл против 17,1±1,1 мл в контрольной группе. Достоверное уменьшение числа лейкоцитов наблюдалось в группе больных, получавших лазерно-ультразвуковую терапию в комплексном лечении – на $4{,}2*10^9$/л, снижение СОЭ на 11,2 мм/ч. Отмечено достоверное улучшение функции внешнего дыхания, улучшение биохимических показателей, снижение уровня маркеров системного воспаления. Побочных эффектов не было.

Выводы. Использование лазерно-ультразвуковой терапии в комплексном лечении больных ХОБЛ позволяет достигнуть максимального клинического эффекта, улучшения функции внешнего дыхания, увеличения количества отделяемой мокроты, снижение активности системного воспаления. Также отмечена более ранняя нормализация биохимических показателей.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ НА УРОВЕНЬ NT- proBNP

Нильдибаева Ф.У., Марченко А.Б., Шерьязданова Д.Н., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Абдрахманова М.Т., Турмухамбетова А.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить влияние компонентов метаболического синдрома и цитокинового профиля на уровень маркера миокардиальной дисфункции - NT- proBNP.

Материал и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование, включившее 658 участников в возрасте от 18 до 65 лет, проживающих в Карагандинской области Республики Казахстан. Согласно диагностическим критериям метаболического синдрома, рекомендуемым IDF (2005) оценивалось наличие абдоминального ожирения, определялся уровень артериального давления (САД, ДАД), глюкозы натощак в плазме. В группу имеющих абдоминальное ожирение вошли 540 участников обоих полов, группа без ожирения составила 118 человек. В обеих группах в целях оценки наличия миокардиальной дисфункции определялся уровень NT- proBNP и его связь с уровнем цитокинов (IL-6, IL-8, лептин, фактор некроза опухоли (TNF). Анализ данных проводился с использованием множественного регрессионного анализа в SPSS 20 при принятии уровня статистической значимости $p<0.05$.

Результаты. Группа участников с абдоминальным ожирением (n=540) имела следующие характеристики: уровень NT-proBNP – M=81.74, SD=68.72 пг/мл, лептина – M=30100.81, SD=23612.78 пг/мл, уровень САД - M=135.91, SD=21.26 мм.рт.ст., ДАД - M=87.44, SD=11.78 мм.рт.ст., уровень глюкозы плазмы натощак - M=6.00, SD=1.83 г/л, уровень TNF - M=7.51, SD=8.80 пг/мл, IL6 - M=2.43, SD=5.17 пг/мл, IL8 - M=16.59, SD=164.45 пг/мл. В группе участников без абдоминального ожирения (n=118) определено: уровень NT-proBNP – M=80.63, SD=56.33 пг/мл, лептина – M=15518.08, SD=15698.13 пг/мл,

уровень САД - M=120.04, SD=18.25 мм.рт.ст., ДАД - M=78.69, SD=11.33 мм.рт.ст., уровень глюкозы плазмы натощак - M=5.41, SD=1.54 г/л, уровень TNF - M=6.66, SD=4.99 пг/мл, IL6 - M=1.95, SD=3.16 пг/мл, IL8 - M=6.54, SD=14.45 пг/мл. В группе лиц с наличием абдоминального ожирения, являющегося основным компонентом метаболического синдрома, выявлено наличие статистически значимой взаимосвязи уровня NT-proBNP только с уровнем САД (r=0.111, p=0.010). Тогда как уровни лептина (r=0.017), глюкозы плазмы натощак (r=-0.049), провоспалительных цитокинов (IL6 – r=0.065, IL8 – r=-0.050, TNF - r=0.028) и уровень ДАД (r=0.066) не показали статистически значимых взаимосвязей. Положительно коррелирующий с NT-proBNP уровень САД определяет лишь 1.2% дисперсии изучаемого маркера (R^2=0.012). При наличии абдоминального ожирения увеличение САД на 1 мм.рт.ст приведет к увеличению уровня NT-proBNP на 0.360 пг/мл. В группе лиц без абдоминального ожирения выявлена тенденция отрицательной зависимости уровня NT-proBNP от выбранных параметров не показавшая статистическую значимость.

Заключение. Таким образом, полученные данные показали статистическую значимость влияния уровня систолического артериального давления на концентрацию NT-proBNP при наличии абдоминального ожирения. Но эта взаимосвязь не получена в группе без абдоминального ожирения. Данный факт косвенно подтверждает влияние цепи патологических процессов в жировой ткани на миокардиальную дисфункцию.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕКОТОРЫХ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Шосаидов Ш.Ш., Кличев Б.Х., Султанова Д.К.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – изучить эффективность растительного сбора ХероХелп в комплексном лечении мужчин с коморбидной патологией.

Материал и методы. Обследовали мужчин из пар с первичным бесплодием в возрасте 24-40 лет с различными заболеваниями внутренних органов(хронический гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронические невирусные гепатиты). Проводили необходимые клинико-инструментальные исследования по основным заболеваниям и двухкратный анализ эякулята, гормональное исследование. Пациенты(I и II группы), получавшие стандартную терапию по терапевтическим заболеваниям и физиобальнеолечение(интердин; магнитотерапию; Д΄арсанваль ректально, после очистительной клизмы; озокеритовые аппликации; гальваногрязь; массаж простаты ч/день), были разделены на 2 группы(по 20). Обследуемые II группы дополнительно получали ХероХелп(HealtHHelpers) по 1 капсуле 2 раза в день 10 дней, и далее по 1 капсуле в день в течении 20 дней.

Результаты. Помимо симптомов основных заболеваний, выявлены психо-эмоциональные расстройства, снижение андрогенной активности, хронический простатит, а также олигозооспермия(сперматозоиды от 8 до 18 млн/мл). Образцы по биохимическим показателям статистически значимого различия среди групп не выявили. У 11 пациентов II группы к концу лечения на фоне увеличенных объемов эякулята(3,5-4,0 мл) достоверно улучшились и основные показатели. Количество морфологически нормальных форм сперматозоидов увеличилось с 15 до 23 млн/мл. При этом концентрация сперматозоидов превышает таковые, чем в I группе на 15-20%. Нормальные параметры спермы отмечались и через 3 месяца после лечения. У 9 пациентов II группы отмечено повышение сексуального интереса и активности(против 4 в I группе). Побочных

эффектов или ухудшения общего самочувствия, связанных с приемом ХероХелп, и случаев отмены не было. Испытанный растительный сбор, в состав которого входят экстракты Золотого корня, Девясила, Ферулы, Элеутерококка, Карликовой пальмы, Эпимедиума крупноцветкового, Левзеи сафроловидной, Аниса, Алоэ, Ятрышника, улучшает микроциркуляцию, уменьшает застойные явления в предстательной железе, оказывает противовоспалительное действие, снижает дизурические нарушения.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать ХероХелп у терапевтических больных с коморбидной патологией(с МБ) в составе комплексной терапии.

ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Овсянников Е.С., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А., Жусина Ю.Г., Лабжания Н.Б.
ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) может быть триггером бронхиальной астмы (БА) и ухудшать ее течение.

Цель. Выявить распространенность ГЭР у астматиков и определить влияние противорефлюксной терапии на течение БА.

Материал и методы. С помощью спектральной туссофонобарографии, а также 24-часовой pH-метрии в комбинации с туссографией было обследовано 32 больных БА, у которых кашель был ведущим симптомом. Кашель считался вызванным рефлюксом, если уменьшение pH в дистальном отделе пищевода ниже 4 происходило одновременно или в пределах 5 минут до возникновения кашля. Пациентам с достоверно выявленной связью кашля и эпизодов рефлюкса назначалась терапия омепразолом в дозе 40 мг в сутки и домперидоном по 10 мг до еды в течение 8 недель.

Результаты. Из 32 обследованных пациентов 18 (56%) имели пищеводные симптомы ГЭР, а наличие патологического рефлюкса подтверждалось по данным суточной pH-метрии. Среди оставшихся 14 больных, отрицавших пищеводные симптомы ГЭР, данные pH-метрии не соответствовали норме у четырех. У 18 из 22 астматиков с ГЭР в среднем 78% кашлевых толчков (КТ) ассоциировалось с эпизодами рефлюкса. Временно-частотный спектр звука кашля был характерным для больных БА. По окончании 8-недельного курса противорефлюксной терапии 7 пациентов отметили уменьшение кашля, что подтверждалось снижением количества КТ по данным туссографии (в среднем 283 КТ в сутки до начала лечения и 46 – после), а спектр звука кашля приблизился к норме.

Заключение. Таким образом, у больных БА наблюдается высокая встречаемость ГЭР. С помощью одновременного проведения 24-часовой pH-метрии и туссографии можно достоверно выявить связь эпизодов рефлюкса и кашля. Противорефлюксная терапия эффективна в плане уменьшения или устранения респираторных симптомов у отдельной группы больных БА.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Овсянников Е.С., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Шаповалова М.М., Феськова А.А., Жусина Ю.Г., Лабжания Н.Б.
ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

В России ежегодно проводится около 500 000 хирургических вмешательств на брюшной полости. Операции грыжесечения составляют до 25% от всех оперативных вмешательств в хирургических стационарах. Одним из последствий хирургических вмешательств на брюшной полости является развитие интраабдоминальной гипертензии, что существенно влияет на показатели центральной гемодинамики как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель. Определить роль эхокардиографии у больных с грыжами передней брюшной стенки в периоперационном периоде.

Материал и методы. Обследованы 37 больных с абдоминальными грыжами без сопутствующей патологии в возрасте 19 – 77 лет (мужчин – 10, женщин – 27). Из них больных с пупочными грыжами – 8, грыжами белой линии живота – 6, послеоперационными срединными грыжами – 23. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от размеров грыжевых ворот. Первую группу составили 9 пациентов с размерами грыжевых ворот до 4 см (вне зависимости от типа грыжи); вторую – 17 больных с размерами грыжевых ворот 4-8 см; третью – 11 больных с размерами грыжевых ворот более 8 см. Дизайн: проводимое исследование являлось проспективным открытым последовательным. Всем больным до и на 2-й день после операции проводилось эхокардиографическое исследование. Анализировались сердечный индекс, ударный объем, минутный объем, конечно-диастолический объем, конечно-систолический объем, среднее давление в легочной артерии. Статистический анализ полученных данных осуществляли с использованием непараметрических методов. Различия считали достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты. У больных с размерами грыжевого дефекта до 8 см (группа 1 и 2) независимо от способа герниопластики достоверных изменений показателей центральной гемодинамики до и после операции не отмечалось. У больных 3-й группы с размерами грыжевых ворот более 8 см наблюдались достоверные изменения всех параметров центральной гемодинамики, кроме среднего давления в легочной артерии. Так, снижение сердечного индекса произошло в среднем на 15 %, ударного объема – на 13,2%, конечно-диастолического объема – на 21,4%, конечно-систолического объема – на 10,6%, минутного объема – на 9,7%, частота сердечных сокращений возросла на 23,6% после оперативного вмешательства.

Заключение. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки, особенно при значительных размерах грыжевых ворот, сопряжено с рядом негативных воздействий на функционирование сердечно-сосудистой системы. Эхокардиография, проводимая в периоперационном периоде, имеет важное прогностическое значение в определении индивидуального подхода к выбору объема и способа герниопластики (ушивание грыжевого дефекта, использование аллопластики, или функциональных методов) на этапе планирования операции.

ПРЕДСЕРДНАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

[1]Олесин А.И., [2]Литвиненко В.А., [2]Шлапакова А.В.,
[1]Константинова И.В., [1]Литвинов А.С.
[1]Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского (зав. кафедрой – проф. д.м.н. С.А. Сайганов) ФГБОУ ВПО «Северо-западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Россия, [2]больница Св. Елизаветы (гл. врач – проф. д.м.н. С.В. Петров), Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования - определение риска развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных метаболическим синдромом (МС) путем комплексного анализа предикторов формирования этой аритмии и характера предсердной экстрасистолии (ПЭ) при проведении проспективного исследования.

Материал и методы. С 1998 по 2012 гг. наблюдалось 1427 больных МС с зарегистрированной ПЭ в возрасте от 45 до 75 лет. Всем больным, помимо общеклинического обследования, проводили исследование гемодинамики, поздних потенциалов предсердий (ППП), дисперсии зубца Р (Pd), а также оценивался характер ПЭ с расчетом индекса риска развития ФП (ИРРФП). Продолжительность наблюдения составила от 1 года до 4 - 5 лет. Конечной точкой за этот период наблюдения явилось наличие или отсутствие развития ФП.

Результаты. У 156(10,93%) из обследованных больных при проспективном наблюдении в течение 4 - 5 лет развилась пароксизмальная или персистирующая форма ФП. Долгосрочный риск развития ФП определялся у больных МС в возрасте старше 55 лет и индексом массы тела $\geq$ 30 кг/м^2 при выявлении дилатации предсердий и/или ППП, патологических значений Pd, ПЭ. Краткосрочный риск (в течение 1-2 лет после первого обследования) развития ФП у больных МС оценивался при наблюдении пациентов в динамике. Уменьшение значений ИРРФП на 35% и более в течение каждых 3 - 4 месяцев наблюдения в сравнении с исходными определяло развитие ФП у больных МС в течение 1-2 лет, а при выявлении значений ИРРФП $\leq$ 0,5 ед. с последующим уменьшением на 70% и более каждые 1 – 3 месяца - в течение полугода после обследования.

Заключение. Комплексное обследование больных МС с ПЭ, включающее определение предикторов развития ФП, ИРРФП, позволяет определить как долгосрочный, так и краткосрочный риски развития ФП.

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У РАБОТНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Омарова А.Х., Аркадьева Г.В.

ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства Внутренних Дел России по Республике Дагестан», Махачкала, Россия; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: изучить эпидемиологию АГ и факторов риска атеросклероза среди мужчин-сотрудников правоохранительных органов (ПОО), работающих в режиме контро-террористической обстановки (КТО) по республике Дагестан; выявить зависимость частоты АГ и ФР от особенностей профессиональной деятельности.

Материал и методы: под наблюдением было 62 сотрудника. Мужчины, средний возраст 35,2±4,1, стаж работы более 15 лет- 43 человек, от 5 до 10 лет – 19. Сроки наблюдения (3,7±0,7) лет. Обследование включало: электрокардиографию, эхокардиографию (ЭХОКГ), суточное мониторирование АД, дуплексное исследование брахиоцефальных артерий, исследование сосудов глазного дна.

Результаты: Выявлены следующие факторы риска, применяемые для стратификации сердечно-сосудистого риска (ССР): курение – 19 человек, дислипидемия – общий холестерин (6,4 и 6,7 ммоль/л) –18 , холестерин липопротеидов низкой плотности (3.9-4.99 ммоль/л) – 17, триглицериды (2.77-5.78 ммоль/л) – 13, глюкоза плазмы натощак 6,7 и 7,2 ммоль/л) – 3, ожирение (ИМТ 30 и более) – 19, абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см – 11), семейный анамнез ранних ССЗ – 24. АГ - пограничное АД 140/90мм рт. ст. - 41 человек, АД до 160/100 мм рт.ст.) - 13, АД 180/110 мм рт.ст.- 4. Субклиническое поражение органов-мишеней: эхокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка - 15, сахарный диабет - 3. Глазное дно -

умеренное сужение артерий и расширение вен – 12 сотрудников. Ультразвуковое исследование сосудов шеи: атеросклероз внечерепных отделов брахиоцефальных артерий бифуркации обеих ОСА на 20-30% - 4 человека. Хронические заболевания: язвенная болезнь – 9 человек, болезни печени -3, остеохондроз позвоночника – 8, бронхиальная астма -1, хронический тонзиллит - 5. Стратификации ССР: средний риск (16 человек) - лица с высоким нормальным давлением и АГ 2 степени, 13 человек-высокий риск, очень высокий риск -5. Среди сотрудников отдельных подразделений правоохранительных органов, подвергающихся постоянному интенсивному психоэмоциональному напряжению, выявлена «гипертония рабочего места» в 31,6%.

Выводы: Эпидемиологическая ситуация в отношении АГ и других ФР среди сотрудников ПОО зависит от специфики трудовой деятельности, связанной с высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, сопровождающего оперативную деятельность и мероприятия КТО. Повышенный уровень АД и ФР взаимно усиливают друг друга, что приводит к увеличению степени ССР. Распространенность АГ (27,4%) и ФР (45,6%) зависела не только от возраста, но и стажа профессиональной деятельности. Снижение качества жизни сотрудников с АГ, связанны с выраженностью болезни и пограничных нервно-психических расстройств, требующих разработки адекватных комплексных программ для предупреждения их возникновения с целью повышения эффективности профессиональной работы сотрудников и снижения инвалидности.

ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРКЕРА FATTY ACID BINDING PROTEIN 4 У ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Парахина В.Ф., Ларюшина Е.М., Васильева Н.В., Алина А.Р., Шерьязданова Д.Н.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель: Изучить уровень маркера эндотелиальной дисфункции Fatty Acid Binding Protein 4 (FABP4) и оценить его связь со степенью риска развития сахарного диабета.

Методы исследования: Проведено одномоментное поперечное исследование, включающее 355 человек. Оценка риска развития сахарного диабета производилась с помощью шкалы FINDRISK (обследуемые лица, имеющие баллы от 7 до 11, были включены в группу низкого, от 12 до 20 баллов - высокого риска сахарного диабета). Группу низкого риска составили 212 (60%) человек, высокого – 143 (40%). Женщин было 282 (79%), мужчин 73 (21%) в возрасте от 45 до 59 лет. Уровень маркера FABP4 определялся с помощью мультиплексного исследования сыворотки крови иммунофлуоресцентным методом с использованием технологии XMap. Для этого использовали прибор Bioplex 3D и набор реактивов MILLIPLEX® Human cardiovascular disease panel I (Millipore). Статистическая значимость различий между группами оценивалась по непараметрическому критерию Мана-Уитни, различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования: При анализе полученных данных установлены факторы, определяющие высокий риск развития сахарного диабета среди обследуемых лиц: отсутствие занятости, наличие хронических заболеваний (артериальная гипертензия, неконтролируемый уровень АД, с непостоянным приемом гипотензивных препаратов, стенокардия, инфаркт миокарда), пассивное курение, ожирение, гиперхолестеринемия. В группе лиц с высоким риском сахарного диабета был существенно выше риск кардиоваскулярной и онкологической патологии. Выявлено повышение уровня маркера эндотелиальной дисфункции: FABP4 в группе высокого риска развития сахарного диабета. Так, маркер FABP4 статистически значимо преобладал в группе высокого риска (mean=21157,46, sd=18850,46, m=1576,355) по сравнению с группой низкого риска (mean=17316,64, sd=14980,42, m=1028,860, p=0,002). Отмечено увеличение данного маркера ЭД в группе высокого риска среди женщин (mean=21735,51, sd=19565,30,

m=1757,016), в то время как в группе низкого риска развития сахарного диабета уровень данного маркера был существенно ниже (mean=18397,83, sd=16246,78, m=1292,524, p=0,028). У мужчин прослеживалась аналогичная тенденция к повышению данного маркера, однако, статистически не значимая.

Выводы: Установленное статистически значимое повышение уровня маркера FABP4 в группе высокого риска развития сахарного диабета, с преобладанием у женщин, что свидетельствует о наличии у данных пациентов эндотелиальной дисфункции, нарушений липидного обмена, инсулинорезистентости.

ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С КУРСОМ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Перцев А.В., Будневский А.В., Гречкин В.И., Чернов А.В., Сапронов Г.И.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Повышение клинической эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы. В исследование было включено 72 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (37 мужчин, 35 женщин; средний возраст – 50,12±0,41 лет). Диагноз ХОБЛ был выставлен на основании жалоб, клинической картины, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторного и инструментального обследований в соответствии с GOLD. Все исследуемые пациенты получали стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 37 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ были проведены вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс ЛР; 2-ая группа – 35 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной Гриппол однократно в осенне-зимний период. Эрдостеин назначали по схеме: 300 мг независимо от приема пищи 2 раза в день в течение 2-х месяцев 2 раза в год. ЛР включала обучение больных ХОБЛ с рекомендациями по отказу от курения и питанию, физические тренировки с акцентом на дыхательные упражнения. Физикальные, лабораторно-инструментальные обследования и оценочные тесты в группах больных ХОБЛ проводились при включении в исследование и через 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Через 12 месяцев у больных ХОБЛ, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания была проведена вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс ЛР, выявлена достоверная положительная динамика исследуемых показателей по сравнению с больными ХОБЛ, которые получали только стандартную медикаментозную терапию заболевания.

Выводы. Включение в стандартную схему лечения больных ХОБЛ вакцинации против гриппа, прием эрдостеина и курса ЛР с целью профилактики обострений заболевания приводит к достоверному снижению числа обострений и госпитализаций, достоверной положительной динамике степени выраженности клинических симптомов ХОБЛ.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Перцев А.В., Будневский А.В., Гречкин В.И., Чернов А.В., Сапронов Г.И.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Анализ клинической эффективности тилорона и арбидола у больных БА с частыми ОРВИ.

Материалы и методы. В исследование были включены 121 пациент с диагнозом БА, частично контролируемая с частыми ОРВИ в анамнезе. Среди них 45 мужчин и 76 женщин в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 45,84±0,68 лет). Критерием частых ОРВИ было наличие 3 и более случаев ОРВИ в год, подтвержденных записями в медицинской документации и отсутствие контроля заболевания (уровень контроля БА по результатам Asthma Control Test™ (ACT™) 13,19±0,22 балла). Всем пациентам было проведено комплексное обследование как на этапе включения в исследование, так и через 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. В результате курсового применения арбидола и тилорона у больных БА через 12 месяцев выявлена достоверная положительная динамика исследуемых показателей, свидетельствующая о выраженных благоприятных изменениях соматического статуса пациентов, тогда как у больных, которые отказались от приема препаратов и им была назначена только стандартная медикаментозная терапия, через 12 месяцев достоверной динамики исследуемых показателей получено не было. Достоверно снизилась частота ОРВИ в течение года, причем на фоне приема тилорона динамика была более выраженная – снижение частоты ОРВИ в 2,4 раза, тогда как на фоне приема арбидола частота ОРВИ снизилась в 1,6 раз. Уменьшилась выраженность дневных и ночных симптомов БА, нормализовались спирометрические показатели как в 1-ой, так и во 2-ой группе, что способствовало достижению контроля заболевания у 37,5% больных на фоне приема арбидола и у 55,6% больных на фоне приема тилорона.

Выводы. Использование в качестве средства профилактики ОРВИ как тилорона, так и арбидола у больных неконтролируемой БА приводит к достоверному снижению частоты ОРВИ, и, как следствие, повышению уровня контроля над заболеванием, снижению частоты обострений и госпитализаций в пульмонологические стационары. Терапия тилороном в сравнении с арбидолом способствует достоверно более выраженной положительной динамике клинико-инструментальных и медико-экономических показателей у больных БА с частыми ОРВИ в анамнезе, что может быть одним из преимуществ при выборе профилактических средств в эпидемию гриппа у пациентов, наблюдающихся у ВОП.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Перцев А.В., Гречкин В.И., Багмутова М.В., Панкова Г.Н., Шегида Ю.В.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Изучить особенности клинического течения ХОБЛ у больных с МС, проанализировать степень влияния компонентов МС на течение ХОБЛ в целом для разработки комплексной программы легочной реабилитации.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 человек с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести в стадии ремиссии – 35 женщин (35,0%) и 65 мужчин (65,0%), 47,24±0,21 лет – средний возраст. Диагноз лечение ХОБЛ были определены на основании жалоб, анамнеза, объективного статуса, данных спирометрии в соответствии с GOLD, пересмотр 2016. Все пациенты на основании комплексного обследования были разделены на 2 группы – больные ХОБЛ без МС и больные ХОБЛ с МС. Комплексное обследование включало в себя оценку антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ); оценку уровня артериального давления (АД); оценку липидного спектра крови, оценку уровня глюкозы крови натощак и после нагрузки глюкозой, спирометрию и оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «Система управления лечебно-диагностическим процессом у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число вызовов бригад скорой

медицинской помощи (СМП) в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты. Выявлены достоверные различия показателей спирометрии в исследуемых группах: у больных ХОБЛ с МС имели место более выраженные нарушения бронхиальной проходимости по сравнению с больными ХОБЛ без МС ($p < 0,05$). С помощью компьютерной программы «Pulmosys» выявлены достоверные различия в тяжести течения ХОБЛ между больными первой и второй групп. Сравнительный анализ клинико-инструментальных параметров пациентов с ХОБЛ и МС и пациентов с ХОБЛ без МС продемонстрировал следующие закономерности: для пациентов с ХОБЛ и МС характерно более тяжелое течение основного заболевания с частыми обострениями, требующими вызова врача и/или бригады СМП и/или госпитализаций, выраженные нарушения бронхиальной проходимости.

Выводы. С использованием компьютерной программы «Pulmosys» установлено, что у пациентов с ХОБЛ и МС более тяжело протекает основное заболевание с частыми обострениями и госпитализациями, выраженной клинической симптоматикой, что позволяет выделить в клинике внутренних болезней отдельный клинический фенотип «ХОБЛ+МС».

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ

Перепелкина Н.Ю., Маркелова Е.Н.
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общественного здоровья и здравоохранения №2, Оренбург, Россия

Цель. Выполнить сравнительный анализ показателей заболеваемости населения Оренбургской области и Российской Федерации по причине инфаркта миокарда.

Материал и методы. Объектом исследования явились жители Оренбургской области и Российской Федерации. Проанализирован период с 2011 по 2015 годы. Были использованы данные официальных статистических сборников Министерства здравоохранения Российской Федерации и Оренбургской области за анализируемый период. В исследовании применены статистический и аналитический методы.

Результаты. За период изучения в Оренбургской области зарегистрировано следующее число больных с инфарктом миокарда: в 2011 г. – 2790 человек;
2012 г. – 2722; 2013 г. - 2584; 2014 г. - 2317; 2015 г. – 2315. Отмечена позитивная динамика в виде снижения численности заболевших инфарктом миокарда – за пять лет данный показатель снизился на 475 человек (на 17%). В Российской Федерации за данный период число больных с инфарктом миокардом составило в 2011 г. – 155334 человек; 2012 г. – 152022; 2013 г. - 152151; 2014 г. - 156818;
2015 г. – 152491. Регистрируются колебания численности заболевших инфарктом миокарда, так в 2012 г. она была минимальной, а в 2014 г. – максимальной.

Установлено, что в Оренбургской области за пятилетний период уровень заболеваемости населения инфарктом миокарда снизился на 19,1% (с 155,4 до 125,7 на 100 000 населения), тогда как в Российской Федерации данный показатель снизился только на 3,1 % (с 133,6 до 129,3 на 100 000 населения).

Результаты анализа структуры заболеваемости по причине острого и повторного инфаркта миокарда показали, что в Оренбургской области и в Российской Федерации на протяжении пяти лет преобладал острый инфаркт миокарда, так в Оренбургской области средняя многолетняя доля острого инфаркта миокарда равнялась 86,1%, в Российской Федерации - 67,3%.

Заключение. Анализ данных официальной статистики за последние пять лет (2011 – 2015 гг.) позволил установить, что региональными особенностями заболеваемости населения Оренбургской области инфарктом миокарда явились более высокие, чем в целом по Российской Федерации, темпы снижения уровня данного показателя и существенное преобладание доли пациентов с острым инфарктом миокарда по отношению к повторным инфарктам миокарда.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Петелина Т.И., Мусихина Н.А., Гапон Л.И., Еменева И.В., Леонович С.В., Поливцева Н.В., Цветкова Е.Ю., Зуева Е.В., Терехова Ж.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель работы: провести сравнительный анализ параметров липидного спектра и маркеров сосудистого воспалительного ответа у пациентов с ишемической болезнью сердца, при стабильной и нестабильной стенокардии.
Материалы и методы: 169 пациентов (мужского и женского пола) в возрасте 60,12±10,7 лет с ишемической болезнью сердца, разделенных в 2 основные группы: 1-я пациенты со стабильной (СС) и 2-я пациенты с нестабильной стенокардией (НС). Согласно данным селективной коронарной ангиографии, в каждой основной группе пациентов выделены подгруппы с гемодинамически значимым (75% и более) и незначимым (менее 75%) коронарным стенозом (ГЗКС и ГНЗКС). Коронарную ангиографию выполняли из феморального доступа по стандартной методике M. Judkins (1967г.) с помощью ангиографических комплексов «Diagnost ARC A», «Poly diagnost C», «Integris Allura»-Phillips-Голландия. Оценивали максимальный процент стенозирования пораженных коронарных артерий (КА). Исследованы значения параметров липидного обмена: общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотностей (ЛПВП, ЛПНП и ЛПОНП), аполипопротеинов А-I, В (Апо А-I, Апо В), липопротеина а (ЛП (а)); маркеров воспаления: высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP), интерлейкина-1β (ИЛ-1β), ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухоли–α (ФНО-α) , гомоцистеина, растворимого CD40 - лиганда (sCD40 L), рецептора CD40, матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9), тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (TIMP-1); эндотелина-1 и нитритов.
Результаты: Пациенты со СС и НС стенокардией в основных группах не различались по уровню атерогенных параметров липидного спектра и уровню основных маркеров воспалительной сосудистой реакции, однако в группе с нестабильной стенокардией был зарегистрирован достоверно повышенный уровень ММП-9 и ТИМП-1. У пациентов ИБС с нестабильной стенокардией в группах независимо от степени коронарного стеноза зарегистрированы повышенные уровни атерогенных параметров липидов (ОХС, ТГ, ХС ЛПНП), равноценно повышенные уровни маркеров сосудистого воспаления вч-СРБ, ФНО-α и эндотелина-1. Кроме того в группах с ГЗКС и ГНЗКС выявлен повышенный уровень ММР-9 и ТИМП-1, по сравнению с группой СС..
Вывод: Стабильное и нестабильное течение ИБС характеризуется равноценным повышенным уровнем атерогенных фракций липидного спектра и гиперпродукцией маркеров сосудистого воспаления в виде повышенного вч-СРБ, ФНО-α и эндотелина-1. Достоверно повышенные уровни ММП-9 и ТИМП-1 выявлены во всех подгруппах с НС и могут являться дифференциальными признаками нестабильного течения стенокардии.

ВРОЖДЕННАЯ СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА

Пиголкин Ю.И., Шилова М.А., Глоба И.В.
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра судебной медицины, Москва, Россия

Цель исследования: Изучить причины сосудистой патологии головного мозга у лиц молодого возраста по данным судебно-медицинских экспертиз.
Материалы и методы: Были изучены случаи внезапной смерти лиц до 35 лет за 2010-2014 годы (n-400), мужчин – 303 случая (76%), женщин – 97 случаев (24%). Средний возраст в мужской популяции составил 29,7 лет, в женской – 31,2 года. Патология сосудов головного мозга с развитием нетравматических субарахноидальных кровоизлияний, а также формирование внутримозговых гематом являются причиной смерти в 24% всех случаев внезапной смерти. Одной из причин сосудистых катастроф головного мозга явились разрывы врожденных аневризм и патологически истонченной стенки сосуда головного мозга. Развитие не травматических разрывов врожденных аневризм сосудов головного мозга у лиц молодого возраста было обусловлено патологией интракраниальных и экстракраниальных артерий, разрыв которых, происходил в результате резкого повышения артериального давления вследствие психоэмоционального напряжения при конфликтной ситуации, при резком физическом напряжении (подъем штанги) или незначительной травме в область головы. Непосредственными причинами смерти являлись массивные субарахноидальные кровоизлияния с преимущественной локализацией на базальной поверхности головного мозга с прорывом крови в желудочковую систему мозга. Формирование внутримозговых гематом с прорывом крови в подоболочечные пространства и желудочковую систему, обуславливающие наступление смерти, было вызвано нарушением архитектоники сосудов головного мозга при общей сосудистой гипоплазии.
Результаты: В 87% случаях сосудистая патология была обусловлена врожденной патологией, в основе которой, дисплазия соединительной ткани, определяющая несовершенное формообразование тканей и органов. Данная патология при гистологических и гистохимических методах исследования состояла из выраженных дефектов формирования эластических и коллагеновых волокон, дефектов среднего слоя сосудов и отсутствием мышечной пластинки. Извитость сосудов головного мозга при патологии соединительной ткани, врожденная слабость и истончение сосудистой стенки и их гипоплазия, а в некоторых случаях и аплазия сосуда, наличие аневризм и мальформаций создает высокий риск наступления смерти от разрыва патологически измененного сосуда, как при занятиях спортом, так при незначительной травме.
Заключение: Таким образом, своевременное выявление у лиц молодого возраста скрытых патологий со стороны сосудов, а так же выявление факторов риска внезапной смерти позволит профилактировать развитие жизнеугрожающих состояний и наступление летального исхода.

ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА КАК ФАКТОР РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Пиголкин Ю.И., Шилова М.А.
ФГБОУ ВО ПМГМУ им. И.М.Сеченова Москва, Россия

Внезапная сердечная смерть занимает лидирующие позиции в структуре внезапной смерти любой возрастной категории. Однако, факторы риска внезапной сердечной смерти в разных возрастных группах значительно разнятся – от артериальной гипертензии, стенозирующего атеросклероза, эндокринных и метаболических нарушений до

структурных морфофункциональных изменений сердца, клапанного аппарата, патологии проводящей системы сердца. В многочисленных зарубежных публикациях физическая нагрузка рассматривается как один из провоцирующих факторов риска внезапной сердечной смерти при скрыто протекающих или компенсированных заболеваниях сердца. В условиях повышенной физической нагрузки, занятиях спортом, физической подготовки курсантов и солдат срочной службы, а также при занятиях физкультурой повышается общая стрессовость организма, что при латентной патологии сердца приводит к срыву адаптационных свойств, быстрому развитию терминальных состояний и летальному исходу. При аутопсийном исследовании в группе молодых лиц обычно не выявляются какие-либо признаки предшествующих заболеваний.

Цель исследования: изучить механизмы и причины внезапной сердечной смерти при физических нагрузках среди лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования: были исследованы 23 случая внезапной сердечной смерти в возрасте до 35 лет в условиях физических нагрузок – спортивные соревнования, тренировка, военная подготовка, занятия в тренажерном зале, 4 случая - физическая нагрузка сексуального характера. Использовались антропометрические, патоморфологические, иммуно-гистохимические методы.

Результаты: Все случаи смерти сопровождались предшествующей физической нагрузкой различного вида и интенсивности, что позволило её рассматривать как основной провоцирующий фактор. Во всех случаях основные патологические изменения были выявлены в проводящей системе сердца и в сосудистом коронарном русле. В 9 случаях перед наступлением смерти проведенная ЭКГ регистрировала эпизоды пароксизмальной тахикардии, наличие групп экстрасистол с последующим трепетанием и мерцанием предсердий. Патоморфологические изменения в сердце выявлялись в проекции синоатриального и предсердно-желудочкового узлов и отражали аритмогенный механизм наступления смерти. Структурными факторами, способствующими развитию аритмии, являлись пролапс митрального клапана (n-16), множественные (от 3 и более) аномальные хорды в левых и правых отделах сердца (n-23), склероз и фиброз эндокарда, острые ишемические нарушения в проводящей системе сердца с наличием мелких очаговых кровоизлияний в зоне основных узлов.

Выводы. Таким образом, основным механизмом наступления внезапной сердечной смерти при физической нагрузке у лиц молодого возраста является развитие фатальных аритмий, развивающихся в условиях структурных нарушений сердца, спазма коронарных артерий, нарушении нервной регуляции и патологией проводящей системы сердца.

ВЛИЯНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ГОРОДСКОЙТНЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Подпалова О.В.
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. определить связь уровня мочевой кислоты с развитием артериальной гипертензии (АГ) в белорусской городской неорганизованной популяции, на основании данных 5-летнего проспективного исследования.

Материалы и методы. Проспективное 5–летнее наблюдение (2007/2008 гг. - 2012/2013 гг.), проведенное в неорганизованной городской популяции из поликлиник №3 и №6 г. Витебска, включало 3500 человек отобранных методом случайных чисел. Охват обследованием составил 97,9% (3427 человек). Обследование всего изучаемого контингента начиналось с заполнения разработанной регистрационной карты профилактического обследования, которая включала: социально–демографические данные (возраст, пол, адрес проживания); стандартные опросники по кардиологической анкете; информацию о перенесенных заболеваниях; информацию о наследственной

отягощенности по преждевременным сердечно–сосудистым заболеваниям, уровне физической активности, статусе курения, злоупотреблении алкоголем, антропометрию (рост, вес, окружность талии). Артериальное давление (АД) измерялось сфигмоманометром двукратно в положении сидя после 10– минутного отдыха с точностью до 2 мм рт.ст. Степень АГ и группы риска у обследуемых лиц определялись согласно рекомендациям ВОЗ/МОАГ (1999). Электрокардиография (ЭКГ) была выполнена на электрокардиографе Fucuda Denshi FX–7202 (Япония) в 12 стандартных отведениях: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1–6, эхокардиографическое исследование - на аппарате Vivid7pro (GE, США), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий - с использованием ультразвукового аппарата "Vivid7pro" (GE, США) с частотой излучения датчика 7,0–9,0 МГц; лабораторные исследования с определением уровней глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, С–реактивного протеина, параметров липидного обмена в сыворотке крови и микроальбуминурии в моче выполнялось количественным методом. В течение третьего (5–ти летнего) скрининга (2012/2013 гг.) обследовано 2888 человек с заполнением регистрационной карты профилактического обследования с регистрацией новых случаев развития артериальной гипертензии и других сердечно- сосудистых осложнений (охват составил 84,3%). За период наблюдения выбыло 436 (12,7%) человек, умер – 101 (2,9%), 2 (0,1%) – отказалось от обследования. Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12, SPSS 17.0, STATICTICA 6.0.

Результаты. Было выявлено 2170 человек с нормальным уровнем АД и 1257 человек с АГ при проведении первого скрининга (2007/2008 гг. - 2012/2013 гг.). В ходе третьего (5-ти летнего) скрининга (2012/2013 гг.) было диагностировано 285 новых случаев развития АГ (14,9%: 16,4% у мужчин и 13,6% у женщин). Была выявлена значимая положительная связь между IV квартилью уровня мочевой кислоты (339-527 ммоль/л) и частотой появления новых случаев АГ с поправкой на возрасти и пол ($df = 1$; $\chi 2$Вальда $= 5,1$, $p<0,05$). Согласно многофакторному регрессионному анализу, высокий уровень мочевой кислоты (>338 ммоль/л) ($p <0,001$) также же, как и систолическое артериальное давление (> 120 мм рт.ст.), высокий индекс массы тела (> 25,7 кг/м2) ($p <0,001$) и высокий уровень суммы амплитуд зубцов SV1+RV5-6 являются наиболее значимыми факторами, влияющими на частоту новых случаев АГ в исследуемой популяции. Была выявлена положитнльная связь между уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови и мужским полом ($p <0,001$).

Заключение. Результаты нашего исследования показали, что высокий уровень мочевой кислоты является независимым фактором риска в развитии артериальной гипертензии в городской неорганизованной популяции, связанным с мужским полом.

ВОЗМОЖНО ЛИ ВЛИЯТЬ НА РАЗВИТИЕ «ИНЦИДЕНТОВ» БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ?

Подпалов В.П., Журова О.Н., Сурунович Ю.Н., Балашенко Н.С., Прокошина Н.Р., Счастливенко А.И., Маханькова А.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь; «Ореховская участковая больница», Ореховск, Беларусь

Цель. Изучить возможности контроля развития «инцидентов» болезней системы кровообращения (БСК) в городской неорганизованной популяции Республики Беларусь.

Материалы и методы. Было проведено 5-летнее проспективное наблюдение (2007/2008 гг. – 2012/2013 гг.) в неорганизованной городской популяции, включающее 3500 человек, отобранных методом случайных чисел из поликлиник №3 и №6 г. Витебска. В течение 5-ти лет изучалось развитие «инцидентов» БСК, включающих новые случаи

инфаркта миокарда, мозгового инсульта и смерти от БСК. Была разработана многофакторная модель достоверно значимых факторов риска развития «инцидентов» БСК и выделены группы риска. Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12, SPSS 17.0, STATICTICA 6.0. Была рассчитана экономическая эффективность выделения группы высокого риска развития «инцидентов» БСК в поликлиниках №3 и №6 г. Витебска. Экономическая эффективность рассчитывалась как отношение экономического эффекта к экономическим затратам, связанным с программой.
Результаты. По результатам 5-летнего проспективного наблюдения частота развития «инцидентов» БСК составила 70 случаев – 2,3% (4,1% у мужчин и 0,9% у женщин (df=1; χ^2=32,2; p<0,001)). Была разработана многофакторная модель достоверно значимых факторов риска развития «инцидентов» БСК (df=7; χ^2Вальда=107,55; p<0,001), имеющая чувствительность – 89,5% и специфичность – 70,7%, которая включала возраст (p<0,001), пол (p<0,001), хроническую обструктивную болезнь легких (p<0,01), хроническую сердечную недостаточность (p<0,01), уровень ХС-ЛПВП ≤1,08 ммоль/л (p<0,01), отеки нижних конечностей (p<0,01) и артериальную гипертензию (p<0,05). На основании разработанной многофакторной модели были выделены группы риска. В ходе исследования проводилось сравнение группы вмешательства, включавшей 1800 человек в поликлинике №3; 1643 человека в поликлинике №6, а также группы контроля (4795 и 5231 человек соответственно). Интегральным показателем эффективности являлось количество развившихся инсультов, инфарктов миокарда и смерти от БСК. Экономический эффект выделения группы высокого риска развития «инцидентов» БСК в поликлинике № 3 составил 414 082 бел. руб. (213 918 долларов США), в поликлинике № 6 - 199 828 бел. руб. (103 232 долларов США). Рассчитанная экономическая эффективность составила 4,83 и 2,4 соответственно.
Заключение. Разработанная многофакторная модель достоверно значимых факторов риска развития «инцидентов» БСК позволяет выделить группу высокого риска развития «инцидентов» БСК среди лиц городской неорганизованной популяции, что позволяет снизить частоту развития «инцидентов» БСК и получить значительный экономический эффект.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЛОЩАДИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ: ВОЗМОЖНО ЛИ УМЕНЬШИТЬ ЕЕ РАЗМЕР

Подпалов В.П., Балашенко Н.С.
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Беларусь

Цель. Оценить терапевтические возможности коррекции общей площади поверхности каротидных бляшек в сонных артериях у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).
Материалы и методы. Обследовано 190 пациентов с АГ I–II степени: 96 (50,5%) женщин и 94 (49,5%) мужчины. Обследуемым проведено заполнение регистрационной карты, измерение артериального давления (АД), определение концентрации общего ХС, триглицеридов, ХС липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП). Расчетным путем определено содержание ХС липопротеидов низкой плотности (ХС–ЛПНП). Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий проводилось на аппарате Vivid7pro (GE, США). Утолщением ТИМ считалось значение > 0,9 мм. Бляшка определялась как фокальная структура, которая вторгается в просвет артерии на 0,5 мм или 50% от окружающей величины ТИМ или определяется толщиной > 1,5 мм при измерении от раздела сред «медиа-адвентиция» до границы «интима-просвет артерии». Измерение площади каротидной бляшки проводили методом планиметрического очерчивания ее контура в продольном сечении в В-режиме. При наличии нескольких каротидных бляшек показатели площадей суммировали по формуле: $S_{общая}$ =

$S_1+S_2+S_3+\ldots S_n$. Все пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию периндоприлом и индапамидом/амлодипином. Пациенты с выявленными каротидными бляшками получали аторвастатин в дозе 40-80 мг. Обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel 2010 и SPSS 19.0.

Результаты. Обследовано 190 пациентов с АГ (100 пациентов с АГ I степени и 90 пациентов с АГ II степени; средний возраст - 52,5±0,60 лет). Каротидные бляшки обнаружены у 120 (66,3%) обследуемых пациентов с АГ: в 2,5% случаев – в области общей сонной артерии (ОСА), в 44,3% – в области бифуркации ОСА, в 21,5% – переходили на устье внутренней сонной артерии (ВСА), в 20,3% – в ВСА, в 3,2% – в наружной сонной артерии (НСА), в 7,6% – в области бифуркации брахиоцефального ствола (БЦС). В исследуемой группе пациентов, получавших аторвастатин в дозе 40 мг, через 6 месяцев у 27 пациентов (77,1%) отмечался регресс общей площади поверхностей атеросклеротических бляшек в сонных артериях (K<1): 0,29±0,03 см^2 против 0,33±0,03 см^2 до лечения (p<0,001). У 8 пациентов (22,9%) уменьшения общей площади поверхностей атеросклеротических бляшек не было (K=0), доза аторвастатина была увеличена до 80 мг. Через 6 месяцев у 6 пациентов (17,1%) общая площадь поверхностей бляшек уменьшилась (K<1): 0,35±0,05 см^2 против 0,28±0,03 см^2 (p=0,01), у 2 пациентов (5,7%) – динамика отсутствовала (K=0).

Заключение. Определение общей площади каротидных бляшек при ультразвуковом исследовании брахиоцефальных артерий с расчетом коэффициента регрессии в динамике позволяет более адекватно подбирать дозу аторвастатина при комбинированном лечении пациентов с АГ I–II степени, что позволяет добиться снижения общей площади поверхностей атеросклеротических бляшек сонных артерий.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Позднякова О.Ю., Байда А.П., Губина Г.И.
Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра общей врачебной практики, Ставрополь, Россия

Цель: оценить особенности течения хронической обструктивной болезни легких у пациентов с артериальной гипертензией.

Методы исследования: проведен анализ 135 историй болезни пациентов с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, проходивших стационарное лечение в пульмонологическом отделении. Методы исследования пациентов: рентгенография органов грудной клетки, спирография, электрокардиография, эхокардиграфия. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ Microsoft Excel 2000, применялись критерии Стьюдента, в качестве вероятности ошибки допускалась величина равная p <0,05.

Результаты: 96 (71,1%) пациентов хронической обструктивной болезни легких страдали артериальной гипертензией II-III степени. Из них у 36 (26,7%) человек отмечалось сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. У остальных 60 пациентов хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии указания в диагнозе на ишемическую болезнь сердца отсутствовали, но у 32 (53,3%) человек отмечалось умеренное снижение (до 45-55%) фракции выброса левого желудочка. В группе пациентов хронической обструктивной болезни легких без артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца средняя тяжесть заболевания отмечалась у 16 человек (41,0%), тяжелое течение - у 13 (33,3%), крайне тяжелое - у 10 (25,6,4%); легочная гипертензия зарегистрирована у 9 человек (23%).

Среди пациентов, страдавших хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией, но без установленного диагноза ишемической болезни

сердца, средняя тяжесть хронической обструктивной болезни легких отмечена у 10 (16,6%) пациентов, тяжелое течение - у 35 (58,3%), крайне тяжелое - у 15 (25%), легочная гипертензия выявлена у 32 (53,3%). В группе пациентов хронической обструктивной болезни легких с артериальной гипертензией, по сравнению с группой пациентов хронической обструктивной болезни легких без артериальной гипертензии, в 2 раза чаще наблюдалось тяжелое течение заболевания, чаще регистрировалась легочная гипертензия ($p=0,01$). Среди пациентов, имевших хроническую обструктивную болезнь легких в сочетании с артериальной гипертензией без клинически установленного диагноза ишемической болезни сердца, при наличии сниженной фракции выброса левого желудочка наблюдалась достоверно чаще, чем при нормальной фракции выброса левого желудочка ($p<0,005$).

Выводы: наличие артериальной гипертензии у пациентов хронической обструктивной болезни легких ассоциировано с более тяжелым течением хронической обструктивной болезни легких, кроме этого у пациентов данной группы часто выявляется легочная гипертензия со сниженной фракцией выброса левого желудочка.

ИЗУЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ И МАКСИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Позднякова О.Ю., Байда А.П., Губина Г.И.
Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра общей врачебной практики, Ставрополь, Россия

Цель: изучение бронхиальной проходимости и максимальной физической нагрузки у пациентов с различной степенью тяжести бронхиальной астмы (БА) и сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы: в исследование были включены 76 пациентов БА с сопутствующей ИБС (женщин – 56, мужчин – 20) в возрасте от 22 до 67 лет, средний возраст 47,2±1,2 года. Экзогенная аллергическая форма БА идентифицирована у 7,8% пациентов, эндогенная неаллергическая – у 3,0% и смешанная – у 89,2%. По степени тяжести все больные БА были распределены следующим образом: легкая персистирующая – 3,6%, средняя персистирующая – 47,0% и тяжелая персистирующая – 49,4%. Исследование бронхиальной проходимости осуществляли методом автоматизированной спирометрии форсированного выдоха, максимальную физическую нагрузку - методом велоэргометрии.

Результаты: у пациентов с легкой персистирующей БА и сопутствующей ИБС была выявлена умеренно выраженная бронхиальная обструкция: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – 88,1±2,8%; объем форсированного выдоха за 1 секунду ($ОФВ_1$) – 79,0±1,6%; индекс Тиффно ($ОФВ_1$/ЖЕЛ) – 73,1±2,7%; мгновенная объемная скорость при выдохе 25-75% ФЖЕЛ ($МОС_{25-75}$) – 59,1±5,0%. Мощность максимальной физической нагрузки составила 73,2±26,6 Вт. У обследуемых больных со средней персистирующей степенью тяжести БА и сопутствующей ИБС нарушения бронхиальной проходимости были значительно выражены ФЖЕЛ –69,1±5,4%; $ОФВ_1$ – 57,2±3,6%, $ОФВ_1$/ЖЕЛ – 65,7±2,8%; $МОС_{25-75}$ – 41,5±4,3%, мощность максимальной физической нагрузки составила 44,6±5,4 Вт. У пациентов с тяжелой персистирующей степенью тяжести БА и сопутствующей ИБС отмечалась резко выраженная бронхиальная обструкция ФЖЕЛ – 62,3±3,2%, $ОФВ_1$ – 50,2±2,2%, $ОФВ_1$/ЖЕЛ – 47,1±3,4%, $МОС_{25-75}$ – 27,3±3,7% и самые низкие показатели мощности максимальной физической нагрузки 32,6±7,6 Вт. Сравнительный анализ данных велоэргометрии свидетельствует об ухудшении адаптационных возможностей к физической нагрузке по мере прогрессирования степени тяжести БА у пациентов с сопутствующей ИБС. Было выявлено, что имеется ста-

тистически достоверное различие по показателям мощности максимальной физической нагрузки ($p<0,005$) между пациентами с различной степенью бронхиальной обструкции у обследуемых пациентов.

Выводы: оценка бронхиальной проходимости наряду с определением максимальной физической нагрузки у пациентов с БА и сопутствующей ИБС могут служить критериями оценки тяжести заболевания и степени утраты трудоспособности при врачебно-трудовой экспертизе.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Полозова Э.И., Трохина И.Е.
ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Язвенная болезнь по-прежнему остается актуальной проблемой современной гастроэнтерологии и медицины в целом. Широкое распространение заболевания среди населения трудоспособного возраста, хроническое течение и частое рецидивирование приводит к значительным трудопотерям, высокой стоимости лечения, а также к развитию угрожающих жизни осложнений, что определяет важность поиска новых эффективных способов лечения язвенной болезни.

Цель. Оценить в сравнительном аспекте эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, получающих стандартную противоязвенную терапию и при дополнительном включении в состав терапии антиоксидантного препарата эмоксибела.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения в возрасте 43,7±3,1 лет, разделенных на 2 группы, находившихся на лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2014-2017 г.г. Больные первой группы (n=30) получали стандартную трехкомпонентную противоязвенную терапию, в состав которой входили амоксициллин, метронидазол, омепразол. Больным второй группы (n=30) дополнительно назначали эмоксибел 1% - 2 мл в/м 10 дней. Пациенты обеих групп были инфицированы хеликобактер пилори. Эффективность лечения язвенной болезни оценивали путем анализа данных эзофогогастродуоденоскопии на момент поступления и на 10 сутки терапии. Статистический анализ данных проводился по общепринятым формулам с использованием пакета программ Exel-7.

Результаты. При анализе клинической симптоматики отмечено, что в группе пациентов, которым дополнительно назначался антиоксидантный препарат эмоксибел, наблюдалось достоверно более раннее купирование основных симптомов заболевания (боль, изжога, тошнота) на 21,5-31,8% ($p<0,05$) по сравнению с группой больных, получавших стандартную терапию. Сравнение эффективности репаративного действия проводимой терапии показало, что во второй группе пациентов полное заживление язвенных дефектов отмечено у 28 человек (93,3%), в группе сравнения – у 19 человек (63,3%). У остальных пациентов в обеих группах наблюдалась положительная эндоскопическая динамика в виде уменьшения размеров язвенных дефектов в 2-5 раз, более выраженная во второй группе.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало большую эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при дополнительном включении в состав стандартной противоязвенной терапии антиоксидантного препарата эмоксибела. Использование эмоксибела в комплексной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки существенно повышает эффективность лечения, а также заметно сокращает сроки терапии.

СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ОЖИРЕНИЕМ И ЛЁГОЧНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ САРКОИДОЗА НА ТЕРАПИИ ВИТАМИНОМ Д, МЕТФОРМИНОМ И ОМЕГА-3-ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ

Попелышева А.Э.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель. Изучить эффективность применения комбинации препаратов: нативного витамина Д3, метформина и омега 3- полиненасыщенных жирных кислот в составе терапии саркоидоза 2 стадии у пациентки с ожирением 2 степени

Материалы и методы. Пациентке 43 лет с верифицированной (по компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) и биопсии ткани легких и лимфоузлов (л/у)) лёгочно-медиастинальной формой саркоидоза, умеренной степени активности, 2b-рентген-стадии, вентиляционной недостаточностью 1 ст, дыхательной недостаточностью 0 ст, ожирением 2 степени, гипертонической болезнью I стадии, 1 степенью артериальной гипертензии, средним риском, гиперлипопротеинемией IIa, на протяжении 9 месяцев проводилось комплексное лечение (витамин Д3 10.000 ед/сут, метформин 1000 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, витамины группы «В», препараты магния и кальция, альфа-липоевая кислота 150 мг/сут, омега 3 - жирные кислоты 2,0 в сутки). Контроль (динамика эффективности) терапии саркоидоза осуществлялся трижды (через 2,5, 5 и 9 месяцев) с помощью КТ ОГК, клинического осмотра. По анализам крови и мочи контролировали уровень кальция (Easylyte Calcium, Medica Corporation, США, 2012) и витамина Д (метод анализа - масс-спектрометрия).

Результаты. Через 2,5 месяца лечения одышка купирована, отмечено повышение толерантности к физической нагрузке (ходьба в обычном темпе без одышки 9-11 км в день), достигнуто целевое АД (менее 140/90 мм рт. ст.), сердцебиение отсутствует. По данным КТ ОГК через 2,5 и 5 месяцев терапии отмечена редукция субплевральных гранулём (3-5 мм в диаметре) с обеих сторон (5шт) и инволюция лимфоузлов (л/у: паратрахеальных, бронхопульмональных, бифуркационных, в том числе пакета л/у 4,8см*2,8см) с жировой дистрофией последних (с 2,2 - 2,5 см до 1,0-1,5см). Через 9 месяцев терапии по данным КТ ОГК – наличие единичного очага в S2 правого лёгкого, уменьшение размеров всех внутригрудных лимфоузлов (максимальные размеры не превышают 1,1 см), уровень витамина Д3 – 49,7 нг/мл, гиперкальциемии и гиперкальциурии не отмечено.

Заключение. Назначение высоких доз витамина Д3, метформина и омега-3 –жирных кислот на дофибротических стадиях саркоидоза легких и внутригрудных лимфоузлов может препятствовать прогредиентному течению заболевания и даже вызывать инволюцию патологических изменений (редукцию гранулём и лимфоузлов, с жировой дистрофией последних), и, соответственно, может быть рассмотрено в качестве базисной терапии Саркоидоза. Для получения статистической достоверности наших результатов необходимо проведение рандомизированных исследований с выборкой подобных пациентов.

НАРУШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Попкова А.М., Сметнева Н.С., Самойлова Н.В., Игонина Н.П., Голобородова И.В., Викентьев К.В.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской терапии и профболезней, Москва, Россия

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - это 4-ая по распространенности причина смертности в мире и заболевание, которое связано с большим количеством сопутствующих заболеваний, в частности с атеросклерозом и артериальной гипертензией, которые становятся самой частой причиной смерти больных ХОБЛ. Для эндотелиальной дисфункции выявлена патогенетическая роль тех же провоспалительных цитокинов, которые участвуют в развитии ХОБЛ. К факторам риска повреждения эндотелия относятся нарастание цитокинов (IL-1β, IL-6, IL-8, TNF-α) и CRP.

Цель. Оценить эндотелий-зависимую вазодилатацию у пациентов с ХОБЛ с учетом воспалительного статуса.

Материал и методы. Обследовано 80 больных ХОБЛ 2-й (средний возраст 63,6 ± 10,5 лет) и 3-й степени (средний возраст 60,9 ± 2,64 лет) тяжести GOLD (2011) в фазе обострения и 30 здоровых лиц от контрольной группы (средний возраст 60 ± 2,62 лет). Функция эндотелия изучалась по модифицированной методике D.S. Celermajer, методом пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии с измерением коэффициента реактивной вазодилатации плечевой артерии (ΔD) и скорости кровотока в плечевой артерии (ΔV) при помощи УЗИ-сканера Vivid 4Dlive «GeneralElectric» (США). Уровень цитокинов в сыворотке крови оценивался методом проточной цитофлуорометрии.

Результаты. У больных ХОБЛ 2 степени тяжести по GOLD (2011)отмечено достоверное нарастание концентрации INF-γ, IL-1β, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8 и IL-10 в сыворотке крови по сравнению с группой контроля. У больных ХОБЛ 3 степени тяжести по GOLD (2011)было выявлено достоверное нарастание концентрации INF-γ, IL-1β, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8 и IL-12p70, а также TNF-α и TNF-β по сравнению с группой контроля и тенденция к увеличению концентрации по сравнению с больными ХОБЛ 2 ст. Установлено, что у больных ХОБЛ 2 и 3 ст. по GOLD (2011) показатели реактивной вазодилатации плечевой артерии связаны обратной корреляционной связью с индексом курящего человека (пачка/лет) ($r=-0,64$, $p<0,01$). В то же время, коэффициент реактивной вазодилатации оказался ниже у лиц с более высоким уровнем INF-γ ($r= -0,74$, $p<0,01$), IL-2 ($r= -0,77$, $p<0,01$), TNF-α ($r= -0,72$, $p<0,01$) и TNF-β ($r= -0,77$, $p<0,01$). При анализе полученных данных заметно, что нарастание содержания провоспалительных цитокинов INF-γ, IL-2, TNF-α и TNF-β в сыворотке крови заметно более тесно связано с эндотелиальной дисфункцией, чем индекс курящего человека.

Выводы. Нарастание сывороточной концентрации провоспалительных цитокинов у больных ХОБЛ тесно связано с усилением эндотелиальной дисфункции. Контроль воспалительного статуса в лечении ХОБЛ – важный шаг в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у данной группы пациентов.

РОЛЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ МОНОПРЕПАРАТОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Попкова А.М., Самойлова Н.В., Игонина Н.П., Сметнева Н.С., Викентьев В.В., Голобородова И.В., Бондарец О.В.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской терапии и профболезней, Москва, Россия

Цель. Усиление антиангинальной терапии с помощью гомеопатических монопрепаратов с учётом особенностей болевого синдрома в реабилитационном периоде больных со стабильной стенокардией.

Материал и методы. Было обследовано 10 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II-го функционального класса. Прошли стандартное общеклиническое исследование в кардиологическом отделении с обязательными методами исследования электрокардиограммы и эхокардиографии. 4 мужчин и 6 женщин в среднем возрасте 59 лет. После выписки из стационара они получали гомеопатические монопрепараты в течении одного месяца, учитывая особенности болевого синдрома. У 3-х

пациентов сжимающая боль в области сердца отдавала в левую руку и сопровождалась её онемением. А также больные жаловались на ощущение "тугой повязки вокруг грудной клетки" и "как- будто сердце сжато в тисках". Им назначался Cactus grandiflorus 6 CH по 3 крупинки 2 раза в день рассосать через 2 часа после еды, не запивая водой. У 3-х пациентов боли за грудиной и боли в сердце появлялись в 2-3 часа ночи, сопровождались беспокойством, страхом смерти, лёгким ознобом, вынуждали пациентов сесть, наклонившись вперед и упираться локтями в колени. Был назначен Kali-carbonicum 12 CH по 3 крупинки 2 раза в день рассосать через 2 часа после еды, не запивая водой. У 2-х пациентов боль в сердце, одышка, ощущение удушья появлялись после смены положения тела: перехода из положения лёжа, лежа на правом боку, провоцировались кашлем. А также в анамнезе заболевание щитовидной железы - узловой зоб. Назначено - Spongia tosta 12CH по 3 крупинки 2 раза в день рассосать через 2 часа после еды, не запивая водой. У 2-х больных боли в сердце сопровождались учащённым сердцебиением, чувством сжатия в области сердца и болью под левым соском, могли лежать только на правом боку с приподнятым изголовьем. В анамнезе - ревматическое поражение суставов. Назначено - Spigelia 12 CH по 3 крупинки 2 раза в день рассосать через 2 часа после еды, не запивая водой.

Результаты. После назначения гомеопатических монопрепаратов с учётом особенностей болевого синдрома, ощущений и сопутствующих заболеваний частота приступов стенокардии уменьшилась на 2-3 день после приёма препаратов (Cactus grandiflorus 6 CH, Kali-carbonicum 12 CH, Spongia tosta 12CH, Spigelia 12 CH) у 3-х больных на 50%, а у 7-х больных боли прошли совсем и не возвращались в течении всего месяца лечения, а также улучшилось качество жизни пациентов.

Заключение. Назначение гомеопатических монопрепаратов (Cactus grandiflorus 6 CH, Kali-carbonicum 12 CH, Spongia tosta 12CH, Spigelia 12 CH) в реабилитационном периоде больных со стабильной стенокардией позволяет уменьшить частоту приступов стенокардии, улучшить качество жизни и воздерживаться от приёмов нитропрепаратов.

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАБОТОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА СЕЛЬСКОМ УЧАСТКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Попова Т.С., Денисов И.Н., Заугольникова Т.В., Самохина Е.О.
ООО Клиника «Первый доктор», Москва, Россия; ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Определить возрастные закономерности распределения факторов риска (ФР) и формирования коморбидности у пациентов с артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Объектом исследований являлись 350 амбулаторных карт пациентов в возрасте 43–53 лет сельского участка врача общей практики Тверской области (из них 164 мужчины и 186 женщин). Проведена статистическая обработка и ретроспективный анализ медико-социальных данных пациентов с АГ: основные (ФР) и хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ).

Результаты. АГ выявлена у 178 пациентов (50,9±2,67%) – у 77 мужчин и 101 женщины. Пациентов с АГ без выявленных ФР было выявлено 31 пациент - 3 мужчин и 28 женщин (17,4±2,84%), АГ с одним или двумя ФР - 100 человек (56,2±3,72%), АГ с тремя и более ФР - 47 (26,4±3,31%). У мужчин ФР распределялись следующим образом: в группе 18-23 лет курение - 74 пациента (100%), гиперхолестеринемия - 6 пациентов (13,04%), избыточная масса тела - 3 пациента (6,12%), профессиональные вредности - 2 (15,38%). В

группе 24-33 лет: профессиональные вредности - 10 человек (79,92%), избыточная масса тела - 8 (16,32%), гиперхолестеринемия - 2 (4,34%). В группе 34 – 43 лет: избыточная масса тела - 7 пациентов (14,28%), гиподинамия - 1 пациент (20%), гиперхолестеринемия - 1 пациент (2,17%). В группе 44-53 лет: избыточная масса тела - 31 (63,26%), гиперхолестеринемия - 37 (80,43%), гиподинамия - 4 (80%), профессиональные вредности – 1 (2,17%). Структура распределения ФР у женщин: в группе 18-23 лет курение - 48 (84,21%), избыточная масса тела – 5 (7,69%), гиперхолистеринемия -2 (4,76%); гиподинамия – 1 (16,67%). В группе 24-33 лет: избыточная масса тела - 16 (24,61%), курение - 9 (15,79%), гиперхолестеринемия -7 (16,67%), гиподинамия -2 (33,33%). В группе 34 – 43 лет: гиперхолестеринемия - 10 (23,80%), избыточная масса тела – 7 (10,76%), гиподинамия – 1 (20%). В группе 44-53 лет: избыточная масса тела - 37 (56,92%), гиперхолестеринемия - 23 (54,76 %), гиподинамия - 2 (33,33%). Структура заболеваний пациента с АГ: в группе 18 - 23 лет АГ - 17,41%; в группе 24 – 33 лет ЯБ желудка и 12 п.к. - 76,03%, хронический гастродуоденит -54,96%; в группе 44-53 лет СД 2 типа - 98,18%, дорсопатия - 97,53%, хронический пиелонефрит - 85,88%, АГ- 81,06%, хронический холецистит - 62%.

Выводы. Структура распределения ФР и сопутствующих заболеваний у пациентов с АГ в течение жизни неоднородна и имеет зависимость от гендерного признака. Суммирование ФР и ранее выявленных заболеваний к периоду 43-53 лет способствует стойкому формированию коморбидности у пациентов с АГ.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Поповкина О.Е., Каплан М.А.
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России,
Обнинск, Россия

Актуальность. Одним из важнейших критериев сердечной недостаточности является толерантность к физическим нагрузкам. Для определения этого показателя проводится тредмил-тест и тест с 6-минутной ходьбой (Т6МХ) с оценкой по ШОКС (модификация Мареева В.Ю., 2000г.)

Цель. Оценить эффективность низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения (НИЛИ) и трансплантации кардиомиобастов (ТКМ) при лечении ХСН II-IV ФК с помощью тредмил-теста и Т6МХ.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 172 пациента с ХСН II-IV ФК от 31 до 87 лет (медиана возраста – 62 года). Все пациенты получали медикаментозную терапию согласно рекомендациям ВНОК и ОССН. В I группе (22 больных) проводилось НИЛИ, во II группе (72 пациента) – ТКМ, в III группе (56) –комплексная лазерная и клеточная терапия, IV (22человека) группа получала только базисную медикаментозную терапию. Тредмил-тест и Т6МХ выполнялись до лечения, через 6, 12 и 24 месяца. ТКМ проводилась однократно путем внутривенной инфузии культуры аутологичных кардиомиобластов (порядка $2x10^8$ клеток). Для лазерной терапии применялся полупроводниковый лазерный аппарат с импульсным излучением, длиной волны 890 нм на проекцию миокарда. Курс - 10 сеансов.

Результаты. При проведении тредмил-теста величина выполненной нагрузки статистически значимо увеличилась в первых трех группах, причем максимально в группе клеточной терапии (с 4,3 МЕ до 7,2 МЕ, $p<0,05$). В IV группе отмечалось снижение величины выполненной нагрузки (с 4,2 МЕ до 2,3 МЕ к 24 мес.). С этим коррелировало изменение количества больных с положительными по ишемии миокарда пробами в

сторону уменьшения их числа в первых трех группах и увеличения – в четвертой группе. По данным Т6МХ отмечено достоверное увеличение проходимого расстояния в I, II, III группах, причем особенно выраженные положительные изменения отмечены в группе комплексной терапии (увеличение к 24 мес. на 55%). В IV группе этот показатель достоверно снизился (снижение к 24 мес. на 28%). При оценке динамики состояния пациентов по ШОКС было выявлено, что в I, II, III группах уменьшились признаки СН (одышка, отеки, снижение работоспособности, частоты приступов стенокардии, нарушений ритма, потребности в приеме нитратов, гликозидов, мочегонных), начиная с 6 мес. после лечения, уменьшилась необходимость в повторных госпитализациях в течение 24 месяцев. В IV группе положительная динамика наблюдалась только в первые 6 мес., в последующие сроки – отчетливая отрицательная динамика.

Заключение. Положительное действие применения трансплантации кардиомиобластов и НИЛИ на фоне медикаментозной терапии на увеличение толерантности к физическим нагрузкам позволяет использовать данный метод в комплексном лечении пациентов с ХСН II-IV ФК.

ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА УМЕНЬШЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пристром М.С., Семененков И.И.
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Вероятно, нет другой проблемы, которая бы так не волновала всех без исключения, как проблема старения, или проблема сохранения молодости, продления активного долголетия. Разгадка тайн процесса старения, поиск «источников вечной молодости» всегда занимали умы передовых ученых.

Целью данной работы явилось изучение влияния омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) на биологический возраст пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и содержание в крови эйкозапентаеновой (С20:5n3) и докозагексаеновой (С22:6n3) жирных кислот.

Материалы и методы. Нами обследовано 64 пациента с ИБС (СН ФК I-II) стабильного течения. Средний возраст составил 57,6 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 39 пациентов, которые получали препарат омега-3 ПНЖК в дозе 2 г в сутки в течение 6 месяцев на фоне медикаментозной терапии согласно клиническим протоколам. Вторую группу составили 25 пациентов, которым не назначали омега-3 ПНЖК. Жирнокислотный состав плазмы крови определялся методом газовой хроматографии с точностью до 10^{-2} мг\мл. Биологический возраст определяли по формулам. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ «STATISTICA».

Результаты. У обследованных пациентов с ИБС биологический возраст составил 57,3±1,8 лет, а хронологический 51,4±2,1 года. Преобладание биологического возраста над хронологическим характеризует протекание процесса старения по ускоренному типу. Под влиянием лечения с использованием омега-3 ПНЖК статистически достоверно снизился биологический возраст с 57,3±1,8 до 52,1±1,8 года ($p<0,05$). В контрольной группе биологический возраст изменился незначительно. Также в процессе лечения у пациентов основной группы статистически достоверно увеличилось содержание С20:5n3 с 5,8±0,6 до 7,7±0,5 ($p<0,05$) и С22:6n3 с 29,3±3,7 до 34,2±3,2 ($p<0,05$).

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение в лечение омега-3 ПНЖК способствует увеличению содержания в крови эйкозапентаеновой

и докозагексаеновой жирных кислот и уменьшению биологического возраста. Следовательно, омега-3 ПНЖК могут использоваться как гериатрическое средство.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЕНОТИПА СОЧЕТАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Прибылова Н.Н., Прибылов С.А., Самосудова Л.В. Шабанов Е.А., Махова О.Ю., Миленин Д.Е., Мустак Али.
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Цель. Проанализировать особенности диагностики и лечения фенотипа сочетания ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА) с артериальной гипертензией (АГ).
Материалы и методы. Проведен анализ регистра больных БА в Курской области. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с ХОБЛ и БА (15 %), 2 группа - с ХОБЛ, БА и АГ (85 %). Исследовали гемодинамику методом допплерографии. Для оценки функции эндотелия использовалась проба с реактивной гиперемией (РГ). Уровень эндотелина - 1 в плазме определяли с помощью ИФА.
Результаты. Зарегистрировано 3475 больных БА. Наиболее частым вариантом БА был фенотип сочетания БА и ХОБЛ, причем тяжесть состояния была обусловлена наличием сердечно-сосудистой патологии. ФВД была более значительно нарушена у больных 2-й группы – ЖЕЛ = 62,46 ± 20,77 % по сравнению с ЖЕЛ в 1 группе 85,58 ± 5,68 % ($p < 0,05$), $ОФВ_1$ = 52,38 ± 10,61 % в сопоставлении с результатом 1 группы $ОФВ_1$ = 73,58 ± 8,06 % ($p < 0,05$). Наиболее высокий уровень эндотелина - 1 зарегистрирован во 2 группе – 1,96 ± 0,03 фмоль/мл, в сравнении с показателем 1 группы – 0,82 ± 0,03 фмоль/мл. У больных 1 группы эндотелий зависимая вазодилатация плечевой артерии (ЭЗВД ПА) составила 4,78 ± 1,2 %, максимально выраженная эндотелиальная дисфункция (ЭД) была во 2-й группе - 2,4±1,08%. Легочная гипертензия (ЛГ) в 1-й группе составила 23,33 ± 2,59 мм рт. ст., во 2-й - 25,55 ± 3,08 мм рт.ст. ($p<0,05$). При лечении overlap-синдрома без АГ использовались ДДБА/ИГКС (симбикорт, форадил-комби, серетид, фостер), антихолинергические средства (спирива, спирива респимат), ингаляции через небулайзер с беродуалом, лазолваном, пульмикортом, антибиотики (макролиды, фторхинолоны II-III, цефалоспорины III-IV поколений). Дополнительно для коррекции АГ, ЛГ, гемодинамических нарушений наиболее лучше результат получали у больных с использованием антагонистов кальция (амлодипин) и сартанов (ирбесартан).
Заключение. Сочетание БА с ХОБЛ и АГ характеризовалось достоверным снижением показателей функции внешнего дыхания по сравнению с группой без сопутствующей АГ. По данным Эхо-КГ более выраженная ЛГ, ЭД с преобладанием вазоконстрикции регистрировалась у больных 2 группы. У этой категории пациентов на фоне традиционного лечения ИГКС и пролонгированными бронхолитиками в сочетании с антихолинергическими препаратами и антибиотиками (при выраженности воспаления — макролиды и фторхинолоны), дополнительно необходимо подбирать персонализированную терапию АГ, ЛГ и эндотелиальной дисфункции, предпочтительно антагонистами кальция и сартанами.

НОВЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Пронин А.Г., Пожидаева Е.А., Валова О.А.
ФГБУ НМХЦ им Н.И.Пирогова, Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность лечения и профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) не высокого риска смерти новыми оральными антикоагулянтами (НОАК).
Материалы и методы. В настоящее время для лечения и профилактики ТЭЛА не высокого риска смерти широко применяются НОАК. Нами проведено исследование в которое вошли 90 пациентов, в возрасте от 24 до 95 лет, средний возраст 62,3±15,7 лет. Мужчин было 53, женщин – 37. Распределение по уровню проксимальной окклюзии было следующим: главные легочные артерии – 40%, долевые – 39%, сегментарные артерии – 21%. В зависимости от вида лечения все пациенты были поделены на 2 группы. Больным первой группы проводилась терапия ривароксабаном в дозе 30 мг в сутки в течение 3 недель, далее по 20 мг в сутки – 54 пациента. Больным второй группы – апиксабаном в дозе 10 мг 2 раза в день 7 сут, затем 5 мг 2 раза в сутки – 36 больных. Группы были сопоставимы по демографическим показателям, срокам давности развития ТЭЛА, объему поражения легочного русла, сопутствующим заболеваниям, показателям лабораторно-инструментальной диагностики. Всем больным при поступлении, в динамике через 10-12 дней, 3 и 6 месяцев выполняли общеклинические и биохимические исследования крови, Д-димер, ЭхоКГ, УЗДГ вен нижних конечностей, КТ ангиография легочной артерии. У всех пациентов диагноз был установлен в первые сутки пребывания в стационаре. На основании сравнения полученных данных анализировалась эффективность и безопасность проводимой терапии.
Результаты. Установлено, что в группе пациентов получавших ривароксабан в первые 10-12 дней отмечалось значимое (более чем на 50%) уменьшение объема поражение легочного русла у 59% больных, против 31% у пациентов второй группы (p=0,01). Различия по данному показателю нивелировались к 3 месяцу терапии. Из этого следует, что при применении ривароксабана сопряжено с более быстрым наступлением эффекта. Ни в одной из групп сравнения не зарегистрировано рецидивов ТЭЛА. Однако за период наблюдения у пациентов первой группы чаще чем у больных второй группы отмечались «малые» геморрагические осложнения 13% и 3% соответственно (p=0,05). Это свидетельствует о большей безопасности апиксабана как для лечения, так и для профилактики ТЭЛА не высокого риска смерти.
Заключение. При применении ривароксабана отмечается более быстрое наступление реканализации легочных артерий, что делает это препарат более предпочтительным для лечения ТЭЛА не высокого риска смерти в острый период заболевания, а для дальнейшего лечения и профилактики рецидивов ТЭЛА наиболее безопасен последующий переход на апиксабан.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: оценить влияние социально-экономических факторов риска на прогноз у больных ИБС, перенесших коронарное стентирование (КС).
Материал и методы. В исследование включались все пациенты, подвергшиеся КС в Тюменском кардиологическом центре за период с 15 октября 2012 года по 15 ноября 2013 года. Всего было обследовано 1018 пациентов (764 мужчины и 254 женщины) в возрасте от 33 года до 90 лет (средний возраст 58,9±9,7 лет). Средняя продолжительность проспективного наблюдения составила 12,0±1,8 месяцев. Было изучено влияние социально-экономических факторов на риск смерти от всех причин. К социально-экономическим факторам относили уровень образования, занятость, профессиональную

принадлежность, уровень дохода. Уровень образования оценивался по трем градациям: начальное, среднее, средне-специальное или высшее. В категории занятость выделяли работающих, безработных (не работающих в течение последнего года), не работающих по выходу на пенсию или инвалидности. По профессиональной принадлежности обследуемые делились на руководителей, специалистов и инженерно-технических работников (ИТР), рабочих профессии тяжелого, среднего, легкого физического труда и пенсионеров (к этой группе так же относили неработающих по инвалидности и временно неработающих). Уровень дохода оценивался по трем категориям: ниже среднего, средний, выше среднего. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска (ОР) смерти от всех причин.

Результаты. За период проспективного наблюдения от всех причин умерло 24 пациента (2,4%). По результатам унивариантного анализа, значимыми предикторами смерти от всех причин у пациентов с ИБС после КС были: низкий уровень образования (ОР 3,37, 95% ДИ 1,27 – 8,98) и низкий уровень дохода (ОР 4,60, 95% ДИ 1,71 – 12,30). При анализе ОР смерти в зависимости от занятости и профессиональной принадлежности было установлено, что ОР смерти был значимо выше у пациентов, относящихся к категории неработающих. ОР для безработных составил – 9,54, 95% ДИ 2,13 – 42,62, для пенсионеров – 5,37, 95% ДИ 1,50 – 16,26, для инвалидов – 8,33, 95% ДИ 2,08 – 33,34). В то же время для пациентов, имеющих работу, ОР составил 0,15, 95% ДИ 0,05 – 0,50, что являлось благоприятным фактором. Далее для этих показателей проводили мультивариантный анализ. При этом ОР рассчитывали с учетом возраста, пола, курения, употребления алкоголя, систолического и диастолического АД, индекса массы тела, гиподинамии, содержания общего холестерина, наличия сахарного диабета, ранее перенесенного ИМ в анамнезе, величины фракции выброса левого желудочка, а так же наличия острого коронарного синдрома при поступлении и тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX. В результате значимыми и независимыми факторами риска смерти от всех причин оказались: низкий уровень дохода (ОР 3,41, 95% ДИ 1,22 – 9,59) и неработающий статус пациентов. Для безработных ОР составил 8,62, 95% ДИ 1,86 – 40,11, для неработающих по пенсии – 4,37, 95% ДИ 1,03 – 18,50, для неработающих по инвалидности – 5,96, 95% ДИ 1,34 – 26,50. В то же время наличие работы являлось фактором, приводящим к снижению ОР смерти (ОР для работающих пациентов составил 0,17, 95% ДИ 0,05 – 0,60).

Выводы. Таким образом, низкий уровень дохода и неработающий статус (безработный, неработающий по пенсии или инвалидности) у пациентов с ИБС после КС являлись независимыми факторами увеличивающие риск смерти от всех причин. В то время как работающий статус был независимым фактором приводящий к снижению риска смерти от всех причин.

НЕКОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: оценить влияние неконвенционных (психосоциальных) факторов риска на прогноз у больных ИБС, перенесших коронарное стентирование (КС).

Материал и методы. В исследование включались все пациенты, подвергшиеся КС в Тюменском кардиологическом центре за период с 15 октября 2012 года по 15 ноября 2013 года. Всего было обследовано 1018 пациентов (764 мужчины и 254 женщины) в возрасте от 33 года до 90 лет (средний возраст 58,9±9,7 лет). Средняя продолжительность

проспективного наблюдения составила 12,0±1,8 месяцев. Для определения уровня социальной поддержки использовали опросник MSPSS, для определения типа личности D применяли опросник DS-14, для определения симптомов тревоги и депрессии – госпитальную шкалу HADS, для определения уровня стресса использовали шкалу психосоциального стресса Ридера, агрессивность оценивали при помощи опросника STPI. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска (ОР) смерти от всех причин.

Результаты. За период проспективного наблюдения от всех причин умерло 24 пациента (2,4%). По результатам универиантного анализа, значимыми предикторами неблагоприятного прогноза у пациентов с ИБС после КС были: низкий уровень социальной поддержки (ОР 3,86, 95% ДИ 1,25 – 11,98), показатель социальной поддержки определенный в баллах (ОР 0,97, 95% ДИ 0,94 – 0,99) и клинически значимая депрессия (ОР 2,89, 95% ДИ 1,15 – 7,25). Далее для этих показателей проводили мультивариантный анализ. При этом ОР рассчитывали с учетом возраста, пола, курения, употребления алкоголя, систолического и диастолического АД, индекса массы тела, гиподинамии, содержания холестерина, величины фракции выброса левого желудочка, а так же наличия острого коронарного синдрома при поступлении и тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX. В результате значимыми и независимыми факторами риска смерти от всех причин оказались показатель социальной поддержки определенный в баллах (ОР 0,96, 95% ДИ 0,94 – 0,99) и низкий уровень социальной поддержки (ОР 4,84, 95% ДИ 1,49 – 15,7).

Выводы. Социальная поддержка оказывает значимое и независимое влияние на прогноз у пациентов с ИБС, перенесших коронарное стентирование.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТРАКОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И., Бессонов И.С., Криночкин Д.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Целью исследования явилась оценка гендерных особенностей коронарных вмешательств по данным «Регистра проведенных операций транслюминальной баллонной ангиопластики (ТБКА)» ©.

Материал и методы: В «Регистр проведенных операций ТБКА» © с 1996 по 2012 гг. вошло 4890 пациентов: 4121 мужчин и 769 женщин.

Результаты: В сравнении с мужчинами женщины были старше (58,2±8,6 против 53,4±8,3 года, p<0,001), имели более высокие показатели индекса массы тела (31,4±5,3 против 29,0±4,4 кг/м2, p<0,001), уровня общего холестерина (5,6±1,5 против 5,3±1,3 ммоль/л, p<0,001), цифр систолического (141,1±22,2 против 135,1±20,8 мм рт.ст., p<0,001) и диастолического артериального давления (86,5±11,8 против 85,4±12,0 мм рт.ст., p=0,014). У женщин чаще, чем у мужчин выявляли сахарный диабет (22,5% против 10,0%, p<0,001), артериальную гипертонию (92,1% против 75,6%, p<0,001), отягощенный наследственный анамнез ИБС (31,3% против 23,4%, p<0,001). У женщин чаще выявляли более тяжелые функциональные классы стенокардии напряжения (III–IV ФК 62,8% против 50,0%, p<0,001) и сердечной недостаточности (III–IV ФК NYHA28,1% против 13,4%, p<0,001). Мужчины чаще курили (45,4% против 9,9%, p<0,001), употребляли алкоголь (26,6% против 9,0%, p<0,001), у них чаще встречался перенесенный инфаркт миокарда (51,8% против 40,2%, p<0,001). У мужчин по сравнению с женщинами были больше линейные размеры сердца, размер асинергии левого желудочка (ЛЖ) (15,9±15,1 против 13,7±14,7%, p<0,001) и ниже фракция выброса ЛЖ (54,5±8,7 и 55,4±8,6 %, p=0,03).

Доля женщин, которым выполняли первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), была выше аналогичного показателя у мужчин (14,3% против 9,2%, p<0,001). Коронарное стентирование также чаще выполнялось у женщин (93,6% против 88,5%, p<0,001). Оптимальный ангиографический результат чаще достигался у женщин, чем у мужчин (97,9% против 96,4%, p=0,04). У женщин чаще развивались пункционные гематомы (15,0% против 4,6%, p<0,001). Существенных различий в показателях послеоперационной летальности и количества осложнений (MACE) при плановых и первичных ЧКВ у мужчин и женщин найдено не было.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности коронарных вмешательств в лечении ИБС, как у мужчин, так и у женщин, несмотря на выявленные гендерные различия в клинико-функциональных и эхокардиографических параметрах.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Пшеничникова Т.В., Левашова С. В., Пузырева В. А., Ушакова С.Е.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Выявить взаимосвязи между клиническими показателями и аспектами качества жизни пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), на этапе реабилитации в специализированной клинике.

Материалы и методы. В исследование было включено 64 пациента, перенесших ИМ, поступивших на реабилитацию в Клинику ИвГМА. Всем пациентам проводилась клиническое обследование, оценка шкал RE, PF, GH опросника качества жизни Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Status Survey (MOS SF-36), психологического статуса с применением сокращенного многофакторного опросника личности (СМОЛ) и пищевого поведения с применением опросника Academic Department of Psychiatry St. George's Hospital Medical School, апробированного в России. Средний возраст обследованных 59±7,5 лет. Мужчин было 57 (89%) человек. У 55 пациентов (85,9%) ИМ первый, у 9 пациентов (14,1%)-повторный. У всех пациентов гипертоническая болезнь, медикаментозная нормотония на момент исследования, сахарный диабет 2 типа -у 13 человек (20,3%). У 10 пациентов (15,6%) масса тела была нормальной, у 32 человек (50%) имела место избыточная масса тела, у 19 человек (29,7%) - ожирение 1 степени, у 3 человек (4,7%) – ожирение 2 степени. Обработку полученных данных и статистический анализ проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA.Для оценки связи количественных и порядковых признаков рассчитывали коэффициент корреляции Пирсона. В качестве индикатора достоверности принимали значение p<0,05.

Результаты. Среднее значение шкалы ролевого эмоционального функционирования (RE), которая оценивает степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, составило 67,5±4,7 балла. Выявленную положительную связь (r= 0,33, p<0,05) между уровнем RE и перееданием у пациентов можно трактовать как улучшение эмоционального состояния после принятия пищи. Среднее значение шкалы физического функционирования (PF), отражающее степень, в которой состояние здоровья лимитирует выполнение физических нагрузок, составило 60,5±16,5 балла. Отрицательную связь (r= -0,11, p<0,05) между уровнем PF и индексом массы тела (ИМТ) можно трактовать как ухудшение физической работоспособности по мере увеличения ИМТ. Среднее значение фракции выброса левого желудочка (ФВ) составило 55,7±10,7%. Положительная связь (r= 0,25, p<0,05) между уровнем PF и ФВ указывает, что снижение систолической функции левого желудочка уменьшает физическую работоспособность. Среднее значение шкалы общего состояния здоровья (GH), характеризующее оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент

и перспективы лечения, составило 55,3±10,8 балла. Средний уровень 2 шкалы теста СМОЛ или шкалы «пессимистичности» составил 46,5±8,6 Т- балла. Отрицательная связь ($r= -0,44$, $p<0,05$) между уровнем GH и показателем 2 шкалы подтверждает, что снижение фона настроения ухудшает оценку своего здоровья пациентом.

Заключение. Положительная динамика ряда клинических параметров на этапе реабилитации может улучшить качество жизни больных, перенесших ИМ.

СИНКОПАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В АСПЕКТЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.

Пыко М.Е., Уварова Л.А., Павлова Н.В.
ГБУ РО «ГКБ №5», Рязань, Россия.

Цель: Проанализировать эффективность диагностики причин синкопальных состояний с помощью рутинных методик и углубленного обследования в том числе методов длительного мониторирования, в практике врача невролога.

Синкопальное состояние - внезапная кратковременная потеря сознания. Распространенность синкопальных состояний не установлена, но приблизительно 30% взрослых хотя бы раз в жизни теряют сознание. В практике врача можно выделить три основные группы синкопальных состояний:

1. Пароксизмальная активность головного мозга (эпилепсия, преходящая церебральная ишемия).2.Нейроопосредованный синкопальный синдром, в патогенезе которого рефлекторное влияние на сердечно-сосудистую систему. 3. Истинные кардиогенные синкопальные состояния.

Материалы и методы. Были проанализированы 30 случаев синкопальных состояний у пациентов женского и мужского пола находившихся на лечении ГБУ РО «ГКБ №5» г. Рязань, по различным причинам. Им всем на первом этапе было проведены рутинные методики обследований (сбор анамнеза, осмотр, ЭКГ, ЭЭГ, лабораторные исследования), в случае невозможности установить диагноз дополнительно были проведены дополнительные методики (ЭКГ-ХМ, ЭХО-КГ, суточное мониторироване ЭЭГ, ЧПЭС, нагрузочные пробы).

Результаты. При выполнении стандартных методик причину синкопального состояния удалось выявить лишь в 16,6% случаев (5 человек), а при применении расширенного обследования в 66,6% (20 человек), в 16,6% случаев причину установить не удалось.

Выводы. План обследования пациента обратившегося к участковому врачу должен включать: жалобы, сбор анамнеза заболевания и жизни, данные объективного осмотра, физикального обследования, анализ ЭКГ, неврологический осмотр, лабораторные методы исследования (гемоглобин, эритроциты, глюкоза крови), ЭЭГ с депривацией, гипервентиляцией, фотостимуляцией, при необходимости должны быть проведены соответствующие пробы, и назначена консультация специалистов (кардиолога, невролога, психиатра). В случае невозможности установить причину синкопального состояния при стандартном обследовании объем обследований должен быть расширен. Целесообразно включить такие методики как: ЭКГ-ХМ, Эхо КГ, ЧЭПС, нагрузочные тесты, ЭЭГ видеомониторинг, МРТ головного мозга.

Следует обратить особое внимание, что использование рутинных методик не позволит достоверно подтвердить или опровергнуть диагноз. Задача современной медицины не гадать, а уметь создать условия при которых причина синкопального состояния станет очевидной и доказанной.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА-1 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СРЕДНЕЙ И СТРАШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Разин В.А., Каюмова Г.Х.
ФГОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия.

Введение. Ишемическая болезнь сердца - один из наиболее распространенных диагнозов в России. Смертность от сердечно – сосудистых заболеваний, в том числе и от инфаркта миокарда, по-прежнему на первом место среди всех причин смерти. Для стратификации риска и диагностики острого коронарного синдрома активно изучаются новые маркеры, в частности, инсулиноподобный фактор роста 1 (IGF-I).
Цель: анализ IGF-I в плазме крови у пациентов с острым коронарным синдромом и выявление возрастных свойств белка.
Материал и методы. В исследование были включены 70 пациентов с острым коронарным синдромом от 40 до 70 лет, средний возраст составил 57±8,5 лет. В плазме крови у пациентов определяли IGF-I. Забор крови производился в момент поступления пациента, до верификации окончательного диагноза. Концентрация IGF-I определялась иммуноферментным методом с помощью наборов фирмы «Diagnostic Systems Laboratories» (США). Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета «Статистика 8.0».
Результаты. У 37 пациентов диагностировали острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, у 33 - острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Концентрации IGF-I у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST составили 156,05±44,82, у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST - 179,15±41,29, в 9 случаях летального исхода от инфаркта миокарда - 129,06±15,12. Таким образом, уровни IGF-1 при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST в 1,2 раза выше, чем у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, в 1,4 раза выше, чем в случаях летальности.
Репаративная роль IGF-I аналитически выражается в отрицательных статистических связях средней степени (r=-0,3, p=0,01), и проявляющаяся по принципу «чем старше пациент, тем ниже плазменная концентрация IGF-I». При этом основная доля пациентов представлена в возрасте 55 – 65 лет: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST - 68%, без подъема сегмента ST - 75%. У возрастных пациентов ослабление процессов восстановления тканей поврежденного миокарда и сосудистой стенки, объясняется низкими уровнями IGF-I, как гуморального фактора роста и репарации.
Выводы. IGF-I – инсулиноподобный фактор роста-1, клиническое значение которого, фактор сосудистой и клеточной репарации. У пациентов старшей и средней возрастной группы снижение плазменной концентрации IGF-I подтверждено статистическими связями. IGF-I – новый высокочувствительный биохимический маркер сосудистого воспаления и повреждения, может применяться в неотложной кардиологии, как стратификационный фактор острого коронарного синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ральникова Н.А., Калев О.Ф.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ГБУЗ «ЧОКБ», Челябинск, Россия

Факт низкой частоты атеросклероза у женщин репродуктивного возраста в основном связывают с гормональным статусом и благоприятным липидным профилем. Однако крупные рандомизированные исследования убедительно не доказали протективного действия эстрогенов у женщин в постменопаузе. В настоящее время обсуждается возможная защитная роль наличия умеренного дефицита железа (Sullivan J.L., 1981), которая может быть проверена на модели железодефицитной анемии (ЖДА), в частности

представляется возможным изучить особенности показателей липидного обмена - «суррогатные» признаки атеросклероза.
Цель исследования. Изучить особенности показателей липидного обмена у женщин репродуктивного возраста с железодефицитной анемией.
Материалы и методы. 1 этап - одномоментное популяционное исследование в рамках осуществления региональной программы CINDI-Челябинск на базе ГБУЗ «ЧОКБ». Критерии включения: женский пол, возраст 18-49 лет, наличие данных общего анализа крови, липидограммы, данных о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Критерии исключения из исследования: анемии, кроме ЖДА, заболевания и состояния, сопровождающиеся вторичными дислипидемиями. 2 этап – одномоментное исследование по типу «поперечного среза» проведено с целью выявления взаимосвязи различного уровня ферритина и СРБ с дислипидемией. На 1 этапе согласно критериям включения/исключения были отобраны данные обследования 506 женщин 18-49 лет, из них 26 страдали ЖДА. На 2 этапе были обследованы 94 женщины 18-49 лет, из них 37 с ЖДА.
Результаты исследования. Факторов риска ССЗ, ассоциированных или реже встречающихся в группе лиц с ЖДА, выявлено не было. У женщин с ЖДА по сравнению с женщинами без ЖДА выявлена более низкая частота нарушений липидного обмена (50% против 74,8%, p=0,005). У женщин с ЖДА наблюдается статистически значимо более низкий уровень общего холестерина, ЛПНП. Установлено, что уровень гемоглобина является независимым фактором, положительно ассоциированным с уровнем основных атерогенных фракций липидов. ЖДА относится к числу факторов, уменьшающих шанс наличия дислипидемии (ОШ=0,32, 95%ДИ 0,14-0,71, p=0,005). Выявлена статистически значимая прямая корреляционная связь между проатерогенными показателями липидного обмена и уровнем СРБ. Статистически значимой связи между показателями липидограммы и уровнем сывороточного ферритина с учетом других факторов риска ССЗ не найдено. По мере нарастания степени тяжести анемии наблюдается снижение как атерогенных фракций липидов, так и ЛПВП.
Заключение. Таким образом, ЖДА является интересной моделью для изучения атерогенеза. Механизмы защиты женщин репродуктивного возраста, а также факт «благоприятного» липидного профиля пациенток с ЖДА остаются полностью неясными и требуют дальнейших исследований.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рассохина Е.А., Омарова Т. М., Купербаева М.Р.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить необходимость применения теста 6-минутной ходьбы у пациентов кардиологического отделения для верификации диагноза.
Материалы и методы. Объектом исследования были 87 пациентов с ХСН различных функциональных классов, которые находились на лечении в кардиологическом отделении в стационарных условиях Городской больницы №1 г. Караганды. Всем обследуемым был проведен тест 6-минутной ходьбы. Критерием включения участников в исследование было наличие клинического диагноза «Хроническая сердечная недостаточность». Критериями исключения стали: нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда в течение предыдущего месяца, заболевания опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению пробы, исходная ЧСС менее 50 в минуту или более 120 в минуту, систолическое АД более 180 мм рт.ст., диастолическое АД более 120 мм рт.ст.. От обследуемых было получено информированное согласие на участие в

исследовании. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного пакета Statistica 10.0. Различие показателей рассчитывалось методом разностной статистики с помощью U-критерия Манна-Уитни и считалось достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. В группу исследуемых вошло лиц мужского пола-39, Женского- 48, что составляет 44,8% и 55,2% соответственно. Средний возраст пациентов составил 65,8±0,64 лет. По результатам проведенного нагрузочного теста ФК 1 установлен у 15 пациентов (16%), ФК 2 у 17 пациентов (22%), ФК 3 у 42 пациентов (46%), ФК 4 у 13 пациентов (15%). Выявлены статистически достоверные отличия значений функционального класса установленного по результатам нагрузочного теста 6-минутной ходьбы и выставленного в клиническом диагнозе. У 37 пациентов, что составляет 31% от общего числа обследуемых функциональный класс хронической сердечной недостаточности не соотвествует выставленому врачом.

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют точность определения функционального класса ХСН, что обуславливает необходимость проведения теста 6-ти минутной ходьбы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью для верификации диагноза, а так же возможности мониторинга динамики заболевания и эффективности проводимой терапии.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ НАРУШЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИБС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОРОНАРОГРАФИИ

Рахманова Р.А. Абдуллаев Ф.Х. Абдукадиров А.А.
Центральный Госпиталь МВД Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение данных коронарографии у больных с ИБС без атеросклеротического поражения коронарного русла с различными степенями тяжести течения ИБС, определить факторы риска, приводящие к нарушению коронарной микроциркуляции.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2015 года в Центральном госпитале МВД были произведены коронарографии 703 больным. Из них у 238 (34%) больных атеросклеротических изменений коронарных артерий не выявлено. Возраст больных составил от 26 до 76 лет (средний возраст 47 лет). Мужчин было 203 больных, женщин - 35. Относительное малое количество женщин (идущие в разрез с литературными данными), связано со спецификой контингента госпиталя. Больных со стабильной стенокардией было 158, с нестабильной стенокардией - 53, с ОКС без подъема сегмента «ST» - 7 , с ОКС с подъемом “ST” - 4 и с ОИМ -16. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 31 больной. Курящих- 93 (39%), ГБ страдали 170 (71%) , сахарным диабетом II типа -28 (12%), ожирением - 41 (17%) больных.

Результаты. В исследуемой группе у 11 больных выявлен систолический вазоспазм («мышечный мостик») магистральных коронарных артерий. У 227 больных выявлены нарушения неатеросклеротического характера, которые определялись в виде замедления прохождения контраста (slow flow) и маятникообразного кровотока. Из них в 2 случаях в виде феномена “no reflow”, у 7 больных в виде диффузного стойкого вазоспазма концевых ветвей (ПМЖА и ПКА). У больных с ОИМ в 2 случаях выявлено наличие тромба в просвете магистральной артерии (ПМЖВ и ПКА), у 4 больных - окклюзия концевой ветви ПМЖА.

Выводы. Таким образом, присутствие большого количества больных с повышенным АД и злоупотребляющих курением в исследуемой группы, говорит в пользу теории эндотелиальной дисфункции и вазоконстрикции в генезе нарушения коронарной микроциркуляции. Следует предположить, что стресс также является одним из основных факторов риска заболевания, так как он является «пусковым механизмом» или основой вышеуказанных факторов. Нарушение коронарной микроциркуляции, несмотря на

отсутствие атеросклеротического поражения магистрального коронарного русла, является достаточно грозным состоянием, так как при этом нарушение может происходить одновременно во всех сосудистых бассейнах миокарда с возможной окклюзией или тромбозом коронарных артерий. Широкая распространенность, недостаточно четко разработанные методы профилактики, диагностики и лечения заболевания требуют дальнейших исследований в этой области.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РФ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Рашид М.А., Аринина Е.Е., Ягудина Р.И., Хабриев Р.У.
Центр экономической оценки и моделирования факторов риска, Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия

Цель. Изучение характера и особенностей образа жизни россиян, а также получение актуальной информации о рисках здоровья человека.
Материал и методы. По формализованной анкете, разработанной сотрудниками центра, совместно с ВЦИОМ проведен массовый опрос населения России старше 11 лет из 9 Федеральных округов, 46 субъектов страны, 130 населенных пунктов. Сформирована многоступенчатая стратифицированная территориальная случайная выборка из 1 698 респондентов. Ошибка выборки составила +/- 3,5%.
Результаты. Нормальный индекс массы тела имеет 39% опрошенного населения. Избыточный вес и ожирение характерны для 52% граждан. Артериальная гипертензия встречаются практически у половины опрошенных граждан (45%), преимущественно у женщин и лиц старше 41 года. 66% отметили, что имеют нормальный уровень глюкозы в крови, 5% указали, что им диагностирован сахарный диабет, не располагает подобной информацией каждый третий респондент (29%). 53% указали, «что не испытывают проблем с холестерином». Практически каждый десятый (12%) указал о его повышении (такой ответ давали 16% в группе 51 – 60 лет, 25% в возрасте 61 -75 лет и 35% от тех, кто старше 76 лет). Не располагают такой информацией о своем здоровье 35% опрошенных, преимущественно это мужчины и молодежь до 30 лет. О наличии в анамнезе родственников 1 линии артериальной гипертензии сообщили 33% опрошенных, мозгового инсульта – 23%, онкологических заболеваний – 22%, сахарного диабета – 21%, инфаркта миокарда – 19%, нарушений ритма сердца – 16%, стенокардии – 12%, а также затруднились ответить - 30%. респондентов соответственно. Внезапная смерть близких родственников до 50 лет отмечена у 20% лиц.. Недостаточный уровень активности зафиксирован у каждого четвертого (26%): 15% - низкий, 11% - физически неактивные лица. Лишь 6% опрошенных потребляет свежих овощей и фруктов более 400г в сутки. Доля регулярных курильщиков составляет порядка 40% (37% россиян курят ежедневно) с максимальной распространенностью в группе мужчин в возрасте от 21 до 50 лет. Уровень мотивации отказа от курения среди подавляющего большинства курящего населения (75%) слабый или отсутствующий (49% и 26% соответственно). В 2016 году алкогольную продукцию потребляли 73% опрошенного населения. Из них 70% респондентов попробовали первый алкогольный напиток в возрасте 15 - 20 лет, ещё 12% - до 14 лет.
Заключение. Выявленный низкий уровень осведомленности в отношении неблагоприятного профиля факторов риска, диктует необходимость внедрения новых подходов к их модификации и мотивирования населения к здоровому образу жизни.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У

БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Реброва Н.В., Саркисова О.Л., Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С., Анисимова Е.А., Богомолова И.И.
НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

Цель. Изучить влияние 6-месячной терапии лизиноприлом на показатели цереброваскулярной реактивности (ЦВР) и сосудистой жесткости у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ревматоидным артритом (РА).
Материалы и методы. Обследовано 20 больных АГ 1-2 степени в сочетании с РА в возрасте 60,2±7,9 лет. Длительность АГ составила 14,5±9,4 лет, РА – 12,3±2,6 лет. Атеросклероз сонных артерий со стенозом менее 25% выявлен у 13(65%) больных. До и через 6 месяцев лечения лизиноприлом в дозе 5-40 мг/сут проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), объемную сфигмографию для оценки сосудистой жесткости (измеряли сердечно-лодыжечный индекс – CAVI), транскраниальную допплерографию (ТКД) средних мозговых артерий (СМА) с использованием гипероксической (фаза вазоконстрикции) и гиперкапнической (фаза вазодилатации) проб для изучения ЦВР. Измеряли линейные скорости кровотока (ЛСК) в СМА в покое, в течение 2 минут ингаляции 100% кислорода и 3 минут восстановительного периода. Затем по этой же схеме проводили гиперкапническую пробу с вдыханием 4% смеси углекислого газа с воздухом. Рассчитывали коэффициенты ЦВР, отражающие силу, скорость ответной реакции на стимул и время восстановления ЛСК.
Результаты. По результатам СМАД лизиноприл вызывал достоверное снижение офисного АД на 16,0±7,2/11,6±9,1 мм рт. ст. (p=0,0000) и среднесуточного АД на 12,4±7,1/8,1±3,9 мм рт. ст. (p=0,0003). По результатам ТКД в гипероксической пробе на фоне лечения лизиноприлом установлено улучшение ЦВР в виде значимого снижения пиковой систолической скорости кровотока (Vps) в СМА через 2 минуты ингаляции кислорода по сравнению с таковой до лечения 62,9±33,4 против 76,4±31,8 см/с (p=0,047). По результатам гиперкапнической пробы не установлено достоверных изменений ЛСК в СМА на фоне терапии лизиноприлом. Через 6 месяцев терапии лизиноприлом наблюдали достоверное уменьшение R-CAVI с 8,9±1,7 до 8,4±1,6 усл. ед. (p=0,011) и L-CAVI с 8,9±1,6 до 8,4±1,5 усл. ед. (p=0,003).
Заключение. Таким образом, терапия лизиноприлом оказывала значимый антигипертензивный эффект и улучшала ЦВР в гипероксической пробе и эластические свойства артерий у больных АГ в сочетании с РА.

УРОВЕНЬ И СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И НАРУШЕНИЯ ВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

[1]Рипп Т.М., [1]Мордовин В.Ф., [2]Рипп Е.Г., [2]Реброва Н.В., [1]Семке Г.В., [1]Пекарский С.Е., [1]Фальковская А.Ю., [1]Личикаки В.А., [1]Зюбанова И.В.
[1]Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
[2]ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

Цель. Ранее F. Carandente at. al., (1984) В.Н. Фролов и соавт. (1998) предложили концепцию гипербарического воздействия АД — "hyperbank impact" — на сосудистую систему за сутки, определяющего повреждение стенок артерии. Авторы выявили, что развитие АГ начинается с явлений нарушения циркадианных ритмов минутного объема кровообращения, ОПСС, экскреции катехоламинов, содержания ренина, ангиотензина,

альдостерона в плазме крови. Поэтому мы сочли важным изучить влияние уровня АД, по данным его суточного мониторирования и влияние суточного ритма давления, на состояние цереброваскулярной реактивности и ауторегуляции периферических артерий у пациентов с АГ.

Материалы и методы. Транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) средних мозговых артерий (СМА) и измерение АД (суточное мониторирование (СМ) и офисное АД) проводилось у 124 пациентов с эссенциальной АГ в возрасте 55,2±12,3 лет с использованием транскраниальной допплероскопии на фоне тестов с гипероксией и гиперкапнией. Основные методы статистического анализа данных включали использование критерия t Стьюдента для количественных параметрических переменных, для непараметрических вариант использовались тест Манна-Уитни U. Различие считали статистически значимым при $p<0,05$.

Полученные результаты. При анализе параметров ЦВР было выявлено, что у пациентов с противоположной реакцией в состоянии гипероксии средний уровень АД был выше (среднесуточное АД – 142,2±12,6/87,4±10,1 мм рт. ст.), а показатели суточного индекса САД ниже (6,0±1,2%), чем в группе пациентов только со сниженной гипероксической реакцией (среднесуточное АД – 136,2±7,6/83,4±10,3 мм рт. ст., p=0,011/0,016), а суточный индекс САД (14,2±2,6%) p=0,0007. Пациенты с нарушением суточного ритма АД по типу non-dipper и night-picker с высокими показателями временного индекса в ночные часы имели статистически значимые различия параметров ЦВР: коэффициента изменения скорости кровотока, замедление тестовой скорости при гипероксии и гиперкапнии, снижение индекса времени линейной скорости кровотока при гиперкапнии.

Заключение. Обнаружено, что у пациентов с противоположной реакцией при гипероксии уровень АД, как по данным офисных измерений, так и при СМ АД значимо выше, а суточный индекс ниже, была выявлена статистически значимая корреляция между уровнем АД и параметрами ЦВР. У пациентов с противоположно направленными реакциями ЦВР нарушения суточного ритма АД по типу non-dipper и night-picker встречались в 3 раза чаще, чем у пациентов с нормальным типом реакций ЦВР.

ОРГАНОПРОТЕКЦИЯ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ, ЧТО ИЗВЕСТНО И ПЕРВЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

[1,2]Рипп Т.М., [1]Мордовин В.Ф., [2]Рипп Е.Г., [1]Семке Г.В., [1]Пекарский С.Е., [1]Фальковская А.Ю., [1]Личикаки В.А., [1]Ситкова Е.С., [1]Зюбанова И.В.

[1]Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

[2]ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

Цель. Ранее F. Carandente at. al., (1984) В.Н. Фролов и соавт. (1998) предложили концепцию гипербарического воздействия АД — "hyperbank impact" — на сосудистую систему за сутки, определяющего повреждение стенок артерии. Авторы выявили, что развитие АГ начинается с явлений нарушения циркадианных ритмов минутного объема кровообращения, ОПСС, экскреции катехоламинов, содержания ренина, ангиотензина, альдостерона в плазме крови. Поэтому мы сочли важным изучить влияние уровня АД, по данным его суточного мониторирования и влияние суточного ритма давления, на состояние цереброваскулярной реактивности и ауторегуляции периферических артерий у пациентов с АГ.

Материалы и методы. Транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) средних мозговых артерий (СМА) и измерение АД (суточное мониторирование (СМ) и офисное АД) проводилось у 124 пациентов с эссенциальной АГ в возрасте 55,2±12,3 лет с использованием транскраниальной допплероскопии на фоне тестов с гипероксией и

гиперкапнией. Основные методы статистического анализа данных включали использование критерия t Стьюдента для количественных параметрических переменных, для непараметрических вариант использовались тест Манна-Уитни U. Различие считали статистически значимым при $p<0,05$.

Полученные результаты. Для оценки безопасности выраженного антигипертензивного эффекта, который развивался после РЧД почек первым 12 пациентам, включенным в исследование, была проведена ультразвуковая оценка экстра- и интракраниального кровотока через 7,2(5;10) суток после процедуры. Не было выявлено значимых различий показателей объемной и линейной скоростей кровотока в ранний постпроцедурный период максимального снижения АД. Впервые была обнаружена возможность частичного восстановления ЦВР после РЧД почек, где: при проведении гипероксического теста у пациентов исследуемой группы графики изменения скоростных показателей кровотока в СМА стали тождественны нормальным по своей форме (рис. 7). После процедуры РЧД почек, отмечалась положительная динамика параметров, затрагивающая обе фазы, характеризующие ЦВР. После РЧД почек показатели ЦВР значимо улучшились, но не достигали нормальных значений (табл. 13).

Заключение. Обнаружено, что у пациентов с противоположной реакцией при гипероксии уровень АД, как по данным офисных измерений, так и при СМ АД значимо выше, а суточный индекс ниже, была выявлена статистически значимая корреляция между уровнем АД и параметрами ЦВР. У пациентов с противоположно направленными реакциями ЦВР нарушения суточного ритма АД по типу non-dipper и night-picker встречались в 3 раза чаще, чем у пациентов с нормальным типом реакций ЦВР.

ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ АМИОДАРОНОМ.

Романенко И.А., Куренева Т.С., Будникова Н.В., Гринштейн В.Б.
ФГБУ ВО »Ивановская государственная медицинская академия», Иваново, Россия

Больным с сердечно-сосудистой патологией для лечения опасных для жизни нарушений ритма сердца нередко назначают амиодарон. Однако, лечение амиодароном может инициировать у больных различные нарушения функции щитовидной железы.

Цель. Оценить нарушение функции щитовидной железы при лечении амиодароном больных с аритмиями и возможность ее коррекции.

Материал и методы. Обследовано 11 больных (9 женщин и 2 мужчины, в возрасте 62,7 ± 6, 3 лет) с патологией сердечно-сосудистой системы, у которых кардиолог заподозрил нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ). Они составили 24 % от 43 пациентов, которым в течение года назначалось лечение амиодароном нарушений ритма сердца: желудочковой экстрасистолии, фибрилляция предсердий (ФП). Прием амиодарона продолжался от 2 до 6 месяцев , его доза составляла от 200 до 400 мг в сутки. Женщины предъявляли жалобы на сонливость, зябкость, ухудшение памяти, запоры, прибавку массы тела, тогда как мужчины жаловались на похудание, потливость, слабость, тремор конечностей, снижение потенции. Больным проведено клиническое, инструментальное и лабораторное обследование: общий анализ крови, ЭКГ в динамике, УЗИ ЩЖ ,сцинтиграфия ЩЖ с Тс ^{99m}), гормональные исследования: тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св. $T_{4)}$, свободный трийодтиронин (св $T_{.3)}$, содержание в крови антител к тиреопероксидазе (АТ- ТПО).

Результаты. У 10 из 11 пациентов был достигнут эффект от применения амиодарона : на ЭКГ сохранялся синусовый ритм; лишь у 1 больного на фоне лечения зарегистрированы эпизоды ФП. Согласно данным УЗИ объем ЩЖ обследованных пациентов не был увеличен (14,3± 3,1 см $^{3)}$. Гормональные исследования показали у 9 человек повышение уровня ТТГ до 9 -23 мМЕ /л при сниженном содержании T_4 св (5-11 пмоль/л) и уровне

АТ-ТПО 149,4 ± 17,2 ед/мл, что позволило диагностировать у них первичный гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита (АИТ). У двух больных уровень ТТГ находился в пределах 0,01 мМЕ/л - 0,2 мМЕ/л при T_4 св. -31- 74 пмоль/л, что подтвердило наличие тиреотоксикоза (Т), вызванного разрушением ткани ЩЖ, так как при сцинтиграфии ЩЖ с Тс ^{99m} захват этого препарата был сниженным. При гипотиреозе больным проводилась адекватная коррекция состояния тироксином (75мкг. - 100 мкг. в сутки); у одного пациента Т успешно лечили пропицилом (300 мг в сутки), а у другого пациента с Т амиодарон был отменен в связи с отсутствием антиаритмического эффекта и заменен другим препаратом.

Заключение. Терапия злокачественных форм аритмий с помощью амиодарона была эффективной у подавляющего большинства кардиологических больных . У каждого пятого пациента при лечении были выявлены нарушения функции ЩЖ (синдром гипотиреоза чаще, чем синдром тиреотоксикоза)- при этом возможны гендерные особенности. Состояние эутиреоза у большинства обследованных больных было достигнуто с помощью традиционной терапии.

К ВОПРОСУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.

Романенко И. А., Валатина О.В., Гринштейн В.Б., Романенко.А.В.
ФГБУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия», Иваново,Россия

Факторы, способствующие формированию артериальной гипертонии (АГ) в группе риска развития сахарного диабета 2 типа (СД 2) инициируют повреждение эндотелия сосудов у этого контингента пациентов.

Цель. Оценить соотношение артериальной гипертонии, синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), сатурации кислорода, маркеров повреждения эндотелия сосудов у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе. **Материал и методы**. Обследовано 73 женщины, у которых в соответствии с критериями ВОЗ выявлена нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). Выделено две группы пациентов: 30 лиц с СОАС в возрасте 52,4 ± 4,2 лет (1-я группа) и 33 женщины без СОАС, средний возраст которых составил 55,3 ±6,7 лет (2-я группа). В диагностике СОАС использовались критерии Американской академии медицины сна, включающие следующие признаки: указания на остановки дыхания во сне, на громкий храп, повышенную дневную сонливость, учащенное ночное мочеиспускание, длительное нарушение ночного сна (> 6 мес). Методы исследования: опрос, определение индекса массы тела (ИМТ), доли жировой ткани, измерение АД в динамике, электрокардиографическое исследование (ЭКГ), определение уровня насыщения кислородом крови, количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) и микроальбуминурии (МАУ).

Результаты. В 1-ой группе пациенток ИМТ составил 34,7 ± 5,6 кг/м^2 , а доля жировой ткани – 43%, АГ 1-2 степени имела место у 82% обследованных, гипертрофия левого желудочка была выявлена в 56% наблюдений, сатурация крови кислородом составила 90 %, количество ДЭ составило (6,27 x10^5 клеток/л), а уровень МАУ- (91, 53 ± 7,32 мкг/сут); 2-ая группа сопоставима с 1-й группой по ИМТ (32,5 ±4,1 кг/м$^{2)}$, но доля жировой ткани достоверно (P <0,05) более низкая – 35 %, АГ 1- 2 степени выявлена у 23% пациенток; насыщение крови кислородом менее нарушено, чем в 1-й группе (97%), маркеров повреждения эндотелия у пациенток без СОАС значительно меньше: количество ДЭ (2,8 x 10^5 клеток/л), а уровень МАУ составил (39,60 ± 3,87 мкг/сут).

Заключение. В 1-ой группе пациентов с СОАС по сравнению со 2-й группой выявлены более выраженные висцеральное ожирение и гипоксемия; АГ встречается чаще, а маркеров разрушения эндотелия сосудов (ДЭ и МАУ) достоверно больше. Не исключено, что повышение АД у больных ожирением с НТГ и СОАС может носить

приспособительный характер при гипоксии центральной нервной системы во время эпизодов апноэ для улучшения кровоснабжения головного мозга. Своевременная коррекция СОАС может быть способом профилактики АГ у этих пациентов.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА

Романова Н.А.[1], Липатова Т.Е.[1], Поварова Т.В.[2]
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского» Минздрава России[1], НУЗ «ДКБ на ст. Саратов-II» ОАО «РЖД»[2], Саратов, Россия

Цель: диагностика неспецифического аортоартериита (НАА) с помощью дуплексного сканирования артерий на примере клинического случая.
Материал и методы исследования: данные истории болезни пациента с НАА. Проводились исследования: рутинные методы, биохимические и иммунологические анализы крови, коагулограмма, электрокардиография (ЭКГ), допплерэхокардиография (ДЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследование сосудов глазного дна, рентгенография органов грудной полости, черепа, шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование (ДС) брахиоцефальных артерий (БЦА), артерий нижних конечностей (АНК), брюшного отдела аорты и её ветвей (БОАВ).
Полученные результаты. У больного Г., 47 лет, в течение 5 лет наблюдались общая слабость, головокружение, повышение АД в течение 4 лет и понижение в течение последнего года. АД 90/65 мм рт.ст. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 5,4 мг/л; холестерин (ХЛ) общий 3,3 ммоль/л; триглицериды 0,99 ммоль/л; ХЛ ЛПВП 0,3 ммоль/л; ХЛ ЛПНП 2,6 ммоль/л; индекс атерогенности 10,0. Гемостаз без отклонений. ЭКГ: синдром ранней реполяризации желудочков. ДЭхоКГ: без патологии. В связи с ослаблением пульсации на артериях голеней и стоп выполнено ДС АНК: обнаружены ангиопатия артерий бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон, билатеральный стеноз общей бедренной артерии (28% слева, 25% справа), стеноз левой глубокой бедренной (20%) и правой поверхностной бедренной (30%) артерий. ДС БОАВ: стеноз обеих почечных артерий (50% справа,70% слева); стеноз правой общей подвздошной артерии (70%). Для уточнения степени поражения сосудистого русла проведено ДС БЦА: картина артериита с поражением сонных и подключичных артерий, критический стеноз левой подключичной артерии в первом сегменте, окклюзия брахиоцефального ствола с формированием синдрома полного позвоночно-подключичного обкрадывания с возвратом в общую сонную артерию (СА), билатеральный стеноз общей СА (30%), стеноз левой внутренней СА (25%) и правой наружной СА (70%). Компенсация коллатерального кровотока бассейна ветвей правой внутренней СА из бассейна левой внутренней СА через переднюю соединительную артерию. На фоне проведённой терапии метаболическими препаратами, средствами, улучшающими микроциркуляцию, вертиголитиками, глюкокортикоидными гормонами отмечены уменьшение головокружения, стабилизация АД. В ЦКБ № 2 Москвы диагноз НАА подтверждён; выполнено стентирование подключичных артерий; запланировано стентирование брахиоцефального ствола.
Заключение. У пациента в возрасте 47 лет с помощью дуплексного сканирования артерий выявлен смешанный тип поражения сосудов при НАА – ветвей дуги аорты и торакоабдоминального сегмента аорты с висцеральными ветвями и почечными артериями, что потребовало хирургическое лечение.

СИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ромашов Б.Б.[1], Гречкин В.И. [1], Перцев А.В.[1] , Мескова С.И. [2], Кимбрис И.Г. [2], Рогова Е.В. [3], Бакулина О.И.[2]
[1]«ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет имени им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, Россия
[2]«БУЗ ВО Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», Воронеж, Россия
[3]«БУЗ ВО Воронежская городская больница № 5», Воронеж, Россия

Цель. Целью настоящего исследования было определение эффективности терапии системной воспалительной реакции в комплексном лечении гипертонического криза.
Материал и методы. В исследование было включено 69 пациентов с первичной артериальной гипертензией средний возраст 58±3,4 года с развитием гипертонического криза. Обследованные больные были распределены на 2 группы: 1 группа включала 35 пациентов с артериальной гипертензией, получавших стандартную гипотензивную терапию в сочетании с одновременным назначением противовоспалительных препаратов, 2 группа включала 34 пациента, получавших только гипотензивную терапию (контрольная). Проведенные обследования включали суточное мониторирование артериального давления (СМАД), проведение транскраниального дуплексного сканирования сосудов (ТКДС) с функциональными пробами. При изучении когнитивных нарушений использовали Mini-Mental State Examination (MMSE). Обработка полученных данных производилась на компьютере в программе Statistica 6.0 с использованием Т-теста.
Результаты. Было установлено, что показатели общего анализа крови, биохимические тесты, маркеры воспаления, уровень холестерина не различались в группах обследованных. Динамика параметров мозговой гемодинамики при проведении пробы с задержкой дыхания имела одинаковую положительную направленность в обеих группах и заключалась в увеличении Vps, Ved и снижении RI. Процент прироста Vps у больных АГ в 1 группе составил 29,8 %, во 2 – 18,2%, что характеризует недостаточность функционального резерва мозгового кровообращения во втором случае ($p<0,05$).
При анализе нарушений когнитивных функций было установлено, что когнитивные нарушения в большей степени уменьшились у больных 1 группы, получавших комбинированную терапию, в сравнении со 2 группой: соответственно по тесту MMSE — 22,3±0,6 и 25,1±0,4 балла ($p<0,05$).
По дпнным СМАД: в 1 группе САД 24 снизилось с 180,1±6,0 до 134,7±3,2 мм рт.ст., во 2 группе САД 24 снизилось с 184,2±4,6 до 135,5±5,6 мм рт.ст., ($p>0,05$).
Заключение. Включение противовоспалительных средств в неотложную терапию гипертонического криза оказывает положительное влияние на динамику функционального резерва церебральных артерий, улучшение когнитивного статуса пациентов.

ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.

Ромашов Б.Б.[1], Гречкин В.И. [1], Перцев А.В.[1] , Мескова С.И. [2], Кимбрис И.Г. [2], Пахоленко О.А.[2]
[1]«ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет имени им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, Россия
[2]«БУЗ ВО Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», Воронеж, Россия

Цель. Целью исследования было определение влияния системного воспаления, обусловленного хроническим апикальным периодонтитом, на состояние сердечно сосудистой системы у лиц с установленным диагнозом ИБС.

Материал и методы. Всего было обследовано 39 пациентов в возрасте 64-82 лет, госпитализированных в отделение кардиологии больницы скорой помощи с диагнозом ИБС прогрессирующая стенокардия. Пациенты были распределены на 2 группы: в первую группу вошли больные с выраженными воспалительными изменениями в ротовой полости - 21 человек, во вторую группу вошли пациенты без явных признаков воспаления – 18 человек. Лабораторные тесты включали рутинные обследования для госпитализируемых больных, определение холестерина крови, липопротеинов низкой, высокой плотности, С-реактивного протеина и других показателей воспаления. Мониторирование функции сердца, ЭКГ проводили с использованием системы «МИТАР-01-Р-Д». Определение стоматологического статуса проводили по стандартной модели обследования, принятой в терапевтической стоматологии с дополнительным использованием критериев риска хронического орального сепсиса по критериям Леус Л.И. Обработка данных производилась с использованием Т-теста.

Результаты. Было установлено, что показатели общего анализа крови, биохимические тесты, показатели воспаления, уровень холестерина не различались в группах обследованных. Достоверные различия между группами были определены по количеству наджелудочковых, желудочковых экстрасистол, в течение первых 3 часов наблюдения ($P<0,05$), что положительно коррелировало со степенью воспалительной активности в ротовой полости.

Заключение. Хроническое воспаление, связанное с патологией зубочелюстной системы, является фактором риска обострения ИБС и увеличения степени ее тяжести, вызывает усиление аритмической активности.

Отсутствие биохимических изменений показателей воспаления указывает на низкий уровень активности, при наличии интоксикации, делает затруднительным использование для диагностики стандартных биохимических тестов.

Открытым остается вопрос об использовании дополнительных лекарственных средств, обладающих противовоспалительной и антибактериальной активностью, в остром периоде ИБС у больных данной категории.

РЕСТЕНОЗ КОРАРНЫХ АРТЕРИЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ

Романюк Ю. Л., Тайжанова Д. Ж., Вистерничан О.А., Курманова А. Т.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Высокий риск развития рестеноза коронарных артерий обусловливает актуальность изучения их прогностических маркеров и значимость их влияния во взаимосвязи.

Цель. Проанализировать клинические и биохимические показатели у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 больных с ИБС, подвергшиеся стентированию коронарных артерий. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа - 25 пациентов с развившимся рестенозом после стентирования коронарных артерий, II группа – 25 пациентов без признаков рестенозирования. Средняя продолжительность времени до развития рестеноза в I группе составила 1,82 ± 0,6 года. В обеих группах преобладали лица мужского пола. В ходе исследования оценивались следующие факторы: курение, наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета, общий анализ крови (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ, тромбоциты), коагулограмма, липидограмма (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП).

Результаты. В 100 % случаев в обеих группах диагностирована артериальная гипертензия III степени. Почти в равной степени преобладает трехсосудистое поражение коронарного

русла у 18 (72%) и 15 (60%); наличие сахарного диабета 2 типа определено у 5 (20 %) и у 7 (28%), курение у 15 (60%) и 14 (56%) пациентов в I и II группах соответственно.
При анализе общего анализа крови у 5 (20 %) исследуемых в I группе выявлено ускорение СОЭ и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, остальные показатели в обеих группах соответствовали нормальным значениям. Показатели коагулограммы в исследуемых группах соответствовали норме за исключением 6 пациентов I группы, что составило 24% от всех исследуемых этой группы, у которых выявлено повышение уровня фибриногена.
В результате анализа липидограммы было установлено, что уровень холестерина в I группе достоверно выше, чем во II. При этом гиперхолестеринемия обнаружена у всех исследуемых (100 %) в I группе и у 20 (80%) исследуемых во II группе. В большинстве случаев как в I, так и во II группах выявлено повышение триглицеридов (76% и 72 % соответственно) и ЛПНП (68% и 60% соответсвенно). Показатели ЛПВП у всех исследуемых в обеих группах находились в пределах нормы.
Заключение. У пациентов с развившимся рестенозом значительно преобладают повышение СОЭ, палочкоядерных нейтрофилов, фибриногена и атерогенных липопротеидов. Данные факторы являются неспецифическими предикторами прогрессирования атеросклеротического процесса и могут рассматриваться в качестве маркеров развития рестеноза после проведения стентирования коронарных артерий.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Рубаненко О.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Определить распространенность фибрилляции предсердий (ФП) после хирургической реваскуляризации миокарда.
Материал и методы. Обследовано 440 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на базе ГБУЗ СОККД. Всем пациентам выполнялись стандартные лабораторные и инструментальные методы исследования. В зависимости от возраста пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа – лица среднего возраста (177 пациентов, 97% мужчин, средний возраст 53,1±4,9 лет), 2 группа – больные пожилого возраста (263 пациента, 77% мужчин, средний возраст 66,1±4,7лет).
Результаты. За период наблюдения послеоперационная ФП (ПОФП) возникла у 75 (17%) пациентов, при этом у 9,6% пациентов среднего возраста, у 22,0% - пожилого возраста. Выявлено, что нарушение мозгового кровообращения в анамнезе и заболевания щитовидной железы достоверно чаще отмечались во 2 группе (6,5% против 1,7%, p=0,01 и 3,8% против 0,6%, p=0,02 соответственно), заболевания дыхательной системы – чаще в 1 группе (20,9% против 11,0%, p=0,004). Остальные показатели статистически значимо не различались. Из гемодинамических показателей в группе пожилого возраста диаметр ЛП и толщина МЖП оказались больше при сравнении с группой среднего возраста (39,4±4,9мм против 37,5±4,0мм, p=0,045 и 11,0±1,7мм против 10,4±2,1мм, p=0,01 соответственно). В 1 группе коронарное шунтирование на работающем сердце проводилось чаще, чем во 2 группе (15,3% против 9,5%, p=0,047).
После выполнения многофакторного анализа отношение шансов развития ПОФП для возраста более 59 лет составило 2,4 (95% ДИ, 1,3-4,4, p=0,005), размера ЛП более 39 мм – 3,7 (95% ДИ, 2,1-6,6, p<0,0001), ФВ ЛЖ менее 51% - 1,9 (95% ДИ, 1,3-3,3, p=0,04), времени пережатия аорты более 36 минут - 1,7 (95% ДИ, 1,1-3,2, p=0,03), времени ишемии более 19 минут - 2,0 (95% ДИ, 1,1-3,7, p=0,02).
Заключение. Фибрилляция предсердий после реваскуляризации миокарда характеризуется высокой распространенностью в группе пожилого возраста.

Предикторами возникновения аритмии явились возраст, диаметр левого предсердия, фракция выброса левого желудочка, время пережатия аорты и время ишемии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рычков А.Ю., Хорькова Н.Ю., Минулина А.В.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель работы: выявить особенности коморбидного фона пациентов с тромбозом левого предсердия (ЛП), выявленным по данным чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) при фибрилляции предсердий (ФП).
Материалы и методы: В анализ включены данные обследования 517 пациентов (320 мужчин и 197 женщин, средний возраст 57,6±8,9 лет), последовательно поступающих на госпитализацию в Тюменский кардиологический научный центр с диагнозом ФП, за период 2014 – 2016 гг. Всем больным перед планируемым проведением радиочастотной аблации или электроимпульсной терапии с целью исключения тромбоза ЛП выполнялась ЧПЭхоКГ.
Результаты: У 26 пациентов (5%) (группа 1) был выявлен тромб в ЛП, остальные 491 (95%) (группа 2) пациентов не имели признаков тромбоза. Группы не различались по полу и возрасту. В группе 1 средний балл по шкале CHA_2DS_2-VASc составил 1,9±1,0, из них 9 пациентов имели высокий риск тромбоэмболических осложнений. В группе 2 280 пациентов имели высокий риск по шкале CHA_2DS_2-VASc, средний балл составил 1,8±1,3. Все пациенты с тромбозом ЛП имели низкий риск кровотечений (HAS-BLED<3 баллов). В группе 2 высокий риск кровотечений по шкале HAS-BLED отмечен у 29 пациентов (6%). У больных с тромбозом ЛП персистирующая форма ФП выявлялась достоверно чаще, чем у пациентов группы 2 (57,7% и 34,4% соответственно, p=0,016). Артериальная гипертония встречалась с одинаковой частотой, однако у пациентов с тромбом ЛП сердечно-сосудистый риск артериальной гипертонии был выше, чем у пациентов без тромбоза (73,1% и 59,2% соответственно, p=0,017). Пациенты группы 1 при поступлении имели более высокие цифры систолического артериального давления (АД), чем пациенты в группе 2 (135±20 мм.рт.ст. и 129±17 мм.рт.ст. соответственно, p=0029). Также отмечалось различие и уровне диастолического АД: у пациентов группы 1 – 88±15 мм.рт.ст., группы 2 – 82±10 мм.рт.ст. (p=0,012). Различий в частоте диагноза ИБС у пациентов с тромбом ЛП и без признаков тромбоза не выявлено (57,7% и 54,8% соответственно). В группе 1 5 пациентов (19,2%) перенесли инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации коронарных артерий, а во второй – 56 пациентов (11,4%). Застойная хроническая сердечная недостаточность у пациентов с тромбом ЛП наблюдалась в 15,4% случаев в группе 1, а в группе 2 – 10,2% (p=0,327). Пациенты с тромбозом ЛП не имели сахарного диабета, тромбоэмболии в анамнезе.
Выводы: У больных с персистирующей формой ФП тромбоз ЛП выявлялся чаще, чем при пароксизмальной ФП. У пациентов с тромбом в ЛП чаще наблюдались повышенные цифры систолического и диастолического АД, у них отмечался более высокий сердечно-сосудистый риск АГ. По таким факторам риска, как возраст, ИБС, перенесенные инфаркт миокарда и операция реваскуляризации, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет различий в группах пациентов не выявлено.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИИ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ

Саатов З.З., Каримов М.М., Якубов М.М., Ахматходжаев А.М.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Согласно существующим Генвальским и Монреальским критериям диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) основывается на оценке клинических симптомов болезни по шкале Лайкерта (изжога, отрыжка, регургитация) и результатов эндоскопического исследования. К недостаткам этих методов может отнести, то, что интерпретация клинических симптомов пациентом и врачом может быть неодинаковым, а недостатком эндоскопических методов, то, что заболевание может проходить без картины эзофагита в эндоскопически негативной форме, что затрудняет диагностику ГЭРБ. Определенную информативность при объективной диагностике ГЭРБ может иметь трансабдоминальная транскутанная ультразвуковая диагностика недостаточности физиологической кардии (НФК).

Обследовано 250 больных ГЭРБ клиническими методами (шкала Лайкерт), ЭГДФС, трансабдоминальной транскутанной ультразвуковой диагностикой. Результаты исследования показали, что положительные симптомы ГЭРБ (клинические, эндоскопические, УЗИ) отмечены у 237 больных, клиническими и эндоскопическими методами ГЭРБ диагностирована у 217 больных, клиническими и УЗИ методами у 234 больных. Статистический анализ показал следующие положительные корреляционные связи между частотой изжоги и наличием НФК по УЗИ (r=0.7), отрыжкой и наличием НФК по УЗИ (r=0.4) и между срыгиванием и наличием НФК по УЗИ (r=0.4).

Таким образом, сочетанное выявление частоты изжоги и наличия НФК трансабдоминальным транскутанным ультразвуковым методом является одним из надежных и достоверных объективных критериев для верификации диагноза ГЭРБ.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Саатов З.З., Якубов М.М., Каримов М.М., Ахматходжаев А.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность неинвазивной трансабдоминальной, транскутанной ультразвуковой методики диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы. Обследовано 250 пациентов с эндоскопически верифицированным диагнозом ГЭРБ в возрасте от 20 до 58 лет. В качестве контроля ультразвуковых диагностических параметров служили показатели 40 здоровых людей в возрасте от 22 до 40 лет. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате ACCUVIX V20 (MEDISON) конвексным датчиком 3,5 МГц после предварительного заполнения желудка 300 мл теплой кипяченой воды в горизонтальном положении обследуемого. Измерялись длина, диаметр, толщина стенок, ширина просвета абдоминальной части пищевода и диаметр пищеводно-желудочного перехода.

Результаты. Проведенные исследования позволили верифицировать диагноз ГЭРБ у 234 (93,6%) пациентов с помощью вышеуказанной методики. Основными ультразвуковыми диагностическими признаками ГЭРБ были наличие ретроградного тока содержимого желудка в пищевод, который наблюдался у 185 (74%) пациентов, расширение абдоминального отдела пищевода более 18±2,1 мм у 223 (89,2%) и увеличение диаметра пищевода более 3-4 мм от исходных размеров у 227 (90,8%). Кроме этого у 231 (92,4%) пациентов определялись утолщенные более 3 мм передняя и задняя гипоэхогенные стенки пищевода, что являлось признаком рефлюкс-эзофагита.

Выявленные при обследовании вышеуказанные проявления, свидетельствуют о недостаточности замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода, наличии рефлюкс-эзофагита.

Выводы. Таким образом, оценка результатов трансабдоминального УЗИ в диагностике ГЭРБ показала, что метод высокочувствителен и применение данного метода позволит диагностировать ГЭРБ при наличии противопоказаний для ЭГДФС, как альтернативный, неинвазивный метод диагностики. Характерными ультразвуковыми симптомами ГЭРБ являются: расширение и увеличение диаметра абдоминального отдела пищевода после приема жидкости, регургитация желудочного содержимого в пищевод, признаки эзофагита в виде симметричного утолщения стенок пищевода.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ОПРОСНИКУ GSRS У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Саатов З.З., Ахматходжаев А.М., Каримов М.М., Якубов М.М.,
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить качество жизни (КЖ) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с помощью специализированного опросника гастроэнтерологического больного GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Материал и методы. Обследовано 70 больных с верифицированным диагнозом ГЭРБ. Мужчин – 34, женщин – 36, средний возраст больных составил 37±6,3 лет. Оценка КЖ проводилась с помощью адаптированного и рекомендованного к использованию Межнациональным центром по исследованию КЖ русскоязычного опросника GSRS. Контрольную группу составили 20 опрошенных здоровых человека, являющихся социально сопоставимыми с исследуемой группой больных ГЭРБ. Из них 11 мужчин и 9 женщин. Средний возраст в контрольной группе составил 35±8,5 лет.

Результаты. Проведенное исследование оценки КЖ по опроснику GSRS показало, что в группе больных ГЭРБ были достоверно увеличены показатели трех из пяти исследуемых шкал, а именно: «абдоминальная боль» (AP) – 3,1±2,7 ($P<0,05$), «рефлюксный синдром» (RS) – 5,3±1,4 ($P<0,05$), «диспептический синдром» (IS) – 4,7±1,6 ($P<0,05$). Средние суммарные баллы по данным шкалам составили AP – 7,4±1,5, RS – 13,8±2,1, IS – 9,1±2,9.

Выводы. Результаты исследования по изучению качества жизни больных ГЭРБ с применением опросника GSRS показало, что ухудшение показателя качества жизни складываются не только классическим рефлюксным синдромом, но и абдоминальной и диспепсической симптомами. Это указывает, что комплексная терапия ГЭРБ помимо стандартной антирефлюксной терапии должна по показаниям включать терапию, направленную на купирование вышеуказанных симптомов.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИИ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ

Саатов З.З., Каримов М.М., Якубов М.М., Ахматходжаев А.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Согласно существующим Генвальским и Монреальским критериям диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) основывается на оценке клинических симптомов болезни по шкале Лайкерта (изжога, отрыжка, регургитация) и результатов эндоскопического исследования. К недостаткам этих методов может отнести, то, что интерпретация клинических симптомов пациентом и врачом может быть неодинаковым, а

недостатком эндоскопических методов, то, что заболевание может проходить без картины эзофагита в эндоскопически негативной форме, что затрудняет диагностику ГЭРБ. Определенную информативность при объективной диагностике ГЭРБ может иметь трансабдоминальная транскутанная ультразвуковая диагностика недостаточности физиологической кардии (НФК).

Обследовано 250 больных ГЭРБ клиническими методами (шкала Лайкерт), ЭГДФС, трансабдоминальной транскутанной ультразвуковой диагностикой. Результаты исследования показали, что положительные симптомы ГЭРБ (клинические, эндоскопические, УЗИ) отмечены у 237 больных, клиническими и эндоскопическими методами ГЭРБ диагностирована у 217 больных, клиническими и УЗИ методами у 234 больных. Статистический анализ показал следующие положительные корреляционные связи между частотой изжоги и наличием НФК по УЗИ (r=0.7), отрыжкой и наличием НФК по УЗИ (r=0.4) и между срыгиванием и наличием НФК по УЗИ (r=0.4).

Таким образом, сочетанное выявление частоты изжоги и наличия НФК трансабдоминальным транскутанным ультразвуковым методом является одним из надежных и достоверных объективных критериев для верификации диагноза ГЭРБ.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Саатов З.З., Якубов М.М., Каримов М.М., Ахматходжаев А.М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность неинвазивной трансабдоминальной, транскутанной ультразвуковой методики диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы. Обследовано 250 пациентов с эндоскопически верифицированным диагнозом ГЭРБ в возрасте от 20 до 58 лет. В качестве контроля ультразвуковых диагностических параметров служили показатели 40 здоровых людей в возрасте от 22 до 40 лет. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате ACCUVIX V20 (MEDISON) конвексным датчиком 3,5 МГц после предварительного заполнения желудка 300 мл теплой кипяченой воды в горизонтальном положении обследуемого. Измерялись длина, диаметр, толщина стенок, ширина просвета абдоминальной части пищевода и диаметр пищеводно-желудочного перехода.

Результаты. Проведенные исследования позволили верифицировать диагноз ГЭРБ у 234 (93,6%) пациентов с помощью вышеуказанной методики. Основными ультразвуковыми диагностическими признаками ГЭРБ были наличие ретроградного тока содержимого желудка в пищевод, который наблюдался у 185 (74%) пациентов, расширение абдоминального отдела пищевода более 18±2,1 мм у 223 (89,2%) и увеличение диаметра пищевода более 3-4 мм от исходных размеров у 227 (90,8%). Кроме этого у 231 (92,4%) пациентов определялись утолщенные более 3 мм передняя и задняя гипоэхогенные стенки пищевода, что являлось признаком рефлюкс-эзофагита.

Выявленные при обследовании вышеуказанные проявления, свидетельствуют о недостаточности замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода, наличии рефлюкс-эзофагита.

Выводы. Таким образом, оценка результатов трансабдоминального УЗИ в диагностике ГЭРБ показала, что метод высокочувствителен и применение данного метода позволит диагностировать ГЭРБ при наличии противопоказаний для ЭГДФС, как альтернативный, неинвазивный метод диагностики. Характерными ультразвуковыми симптомами ГЭРБ являются: расширение и увеличение диаметра абдоминального отдела пищевода после

приема жидкости, регургитация желудочного содержимого в пищевод, признаки эзофагита в виде симметричного утолщения стенок пищевода.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ОПРОСНИКУ GSRS У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Саатов З.З., Ахматходжаев А.М., Каримов М.М., Якубов М.М.,
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить качество жизни (КЖ) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с помощью специализированного опросника гастроэнтерологического больного GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).
Материал и методы. Обследовано 70 больных с верифицированным диагнозом ГЭРБ. Мужчин – 34, женщин – 36, средний возраст больных составил 37±6,3 лет. Оценка КЖ проводилась с помощью адаптированного и рекомендованного к использованию Межнациональным центром по исследованию КЖ русскоязычного опросника GSRS. Контрольную группу составили 20 опрошенных здоровых человека, являющихся социально сопоставимыми с исследуемой группой больных ГЭРБ. Из них 11 мужчин и 9 женщин. Средний возраст в контрольной группе составил 35±8,5 лет.
Результаты. Проведенное исследование оценки КЖ по опроснику GSRS показало, что в группе больных ГЭРБ были достоверно увеличены показатели трех из пяти исследуемых шкал, а именно: «абдоминальная боль» (AP) – 3,1±2,7 ($P<0,05$), «рефлюксный синдром» (RS) – 5,3±1,4 ($P<0,05$), «диспептический синдром» (IS) – 4,7±1,6 ($P<0,05$). Средние суммарные баллы по данным шкалам составили AP – 7,4±1,5, RS – 13,8±2,1, IS – 9,1±2,9.
Выводы. Результаты исследования по изучению качества жизни больных ГЭРБ с применением опросника GSRS показало, что ухудшение показателя качества жизни складываются не только классическим рефлюксным синдромом, но и абдоминальной и диспепсической симптомами. Это указывает, что комплексная терапия ГЭРБ помимо стандартной антирефлюксной терапии должна по показаниям включать терапию, направленную на купирование вышеуказанных симптомов.

ОТСРОЧЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ СИМПАТИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Савельева Н.Ю., Гапон Л.И., Кузнецов В.А., Колунин Г.В., Микова Е.В., Криночкин Д.В., Жержова А.Ю., Ульянов А.Л.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Гиперурикемия является значимым фактором формирования хронической почечной недостаточности (ХПН) из-за развития воспалительных изменений в интерстициальной ткани почек и стимуляции нефросклероза и часто встречается среди пациентов с артериальной гипертонией (АГ). Влияние уровня ГУ на эффективность процедуры радиочастотной симпатической денервации почечных артерий (РДН ПА) у пациентов с резистентной артериальной гипертонией (РАГ) не изучено.
Цель. Оценка эффективности процедуры РДН ПА у пациентов с РАГ и ГУ через год после вмешательства.
Материал и методы. В исследование включены 15 пациентов РАГ и ГУ (средний возраст 55,53±7,22; 8 мужчин и 7 женщин, ИМТ 36,6±7,133). Указанные показатели не имели достоверных отличий с группой сравнения, которую составили 12 пациентов с РАГ и нормальным уровнем мочевой кислоты. Все пациенты получали комбинированную

гипотензивную терапию, состоящую из 5,4 ±0,82 препаратов, включая мочегонные. Через год после проведения процедуры РДН ПА оценены: уровень офисного АД по методу Короткова, СКФ по формуле (MDRD), уровень суточной микроальбуминурии (МАУ) на аппарате Clima MC 15 и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) на аппарате Philips IE 33. РДН ПА проводилась с помощью оборудования Medtronic Symplicity Catheter System.

Результаты. через год после РДН ПА снижение офисного систолического артериального давления (САД) в основной группе составила 179,93± 21,763 и 149,50±20,877 мм рт ст соответственно (p.007), в группе сравнения 170,001±25,13 и 144,17±18,005 мм рт ст (p.027); динамика офисного диастолического артериального давления (ДАД) составила 105,27±12,493 мм рт ст исходно и 89,00±8,43 мм рт ст через год после РДН ПА (p.0.009). В группе сравнения офисное ДАД составило 107,08±16,301 и 88,67±13,663 мм рт ст соответственно (p.0026). В группе РДН +ГУ отмечалось снижение уровня СКФ 98,8±23,08 - 80,59±28,8 (p 0,037) мл/мин через год после вмешательства; в группе сравнения динамика уровня СКФ через год составила 98,8±13,11 - 95,5±21,7 мл/мин (н.д.), уровень суточной МАУ в основной группе исходно 41,265±53,452 и, через год 20,235 ±12,765 мг/сут (н.д.), в группе сравнения 50,65±58,3 – 46,71±38,39 мг/сут (н.д.). Динамика ИММЛЖ в группе РДН+ГУ составила 115,85±14,0 - 118,02±13,3 мм/м^2 (н.д.), в группе сравнения 132,1±28,6 и 126,1±28,1 мм/м^2 соответственно (p.034).

Заключение. В группе пациентов РАГ с ГУ через год после проведения процедуры РДН ПА на фоне идентичного, с группой сравнения, значимого гипотензивного эффекта, имеются статистически достоверное снижение уровня СКФ и отсутствие значимого уменьшения ИММЛЖ, обусловленные, по видимому, наличием скрытых явлений повреждения почек, обеспечивающих дополнительные факторы поддержания уровня АД.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Садреева С.Х., Зинатуллина Д.С.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Изучить показатели оказания неотложной медицинской помощи больным с повышенным АД в условиях первичного звена здравоохранения за 2014 - 2016 годы.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ вызовов по поводу оказания неотложной помощи на дому с повышенным АД ГБУЗ СО СГКП № 15 за 2014, 2015, 2016 годы.

Результаты. В Самарской области в настоящее время функционируют 57 отделений неотложной помощи (приказ МЗ СО № 331 от 11.10.2012). Первые неотложную помощь в регионе прикрепленному населению стали оказывать в ГБУЗ СО СГКП № 15 с 1998 года, что повлияло на контроль госпитализации и вызовов скорой медицинской помощи (СМП). Неотложная помощь на дому оказывается 2 врачебными бригадами, время доезда до пациента от 20 до 40 минут. В ГБУЗ СО СГКП № 15 было принято 3631 вызов (60,4 на 1000 населения) в 2014 году, 3562 вызова (58,7 на 1000 населения) в 2015 году и 3337 вызовов (55,7 на 1000 населения) в 2016 году для оказания медицинской помощи в неотложной форме на дому. Распределение поступления вызовов: от населения - в 2014 году было 1723, в 2015 - 1730 и в 2016 - 1615 вызова; от СМП – 1045, 1003 и 944 соответственно; от врачей - 863, 829 и 778 вызовов соответственно. Всем пациентам с учетом их состоянии была оказана неотложная медицинская помощь на вызове. Нуждающихся в госпитализации бригады неотложной помощи госпитализировали в профильные больницы города, так в 2014 году - 651 (17,9 %) человек, в 2015 году - 737

(20,7 %) человек и 621 (18,6 %) человек в 2016 году. Самая частая причина вызова неотложных бригад за этот период – повышенное АД, так в 2014 году – 885 вызовов (24,76 % от всех вызовов за год), в 2015 году – 882 (24,76 % от всех вызовов за год) и в 2016 году – 671 (20,10 % от всех вызовов за год). В задачи врача бригады неотложной помощи входит – осмотр больного, измерение АД, снятие и расшифровка ЭКГ, проведение пульсоксиметрии, глюкозометрии. При повышенном АД применялись современные лекарственные препараты: из инъекционных форм наиболее часто использовались антигипертензивные препараты – ИАПФ (энап Р 1,25 мг), бета-блокатор (беталок 5 мг), сульфат магния 25 % (5,0-10,0 мл), из таблетированных форм – ИАПФ (капотен 25 мг), бета-блокатор (эгилок 100 мг), блокатор имидазолиновых рецепторов (моксонидин 0,4 мг).

Заключение. За последние 3 года работы отделения нами установлено, что количество вызовов остается стабильным, первое место в структуре вызовов составляют вызовы к больным с повышенным АД (до 24 %). Сложившаяся ситуация может быть исправлена, учитывая возможности современной кардиологии и адекватного назначения антигипертензивные терапии, что приводит к стабильному течению заболевания, уменьшению ГК. Полученные нами данные, подтверждают необходимость оптимизации лечения и наблюдения за больными с АГ врачами первичной медико-санитарной помощи.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Саидова М.М.[1], Камилова У.К.[2]
[1]Бухарский государственный медицинский институт, Бухара,[2]РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент,Узбекистан

Цель. Изучить частоту встречаемости кардиоваскулярных коморбидных заболеваний у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование включены 63 больных РА в возрасте от 40 до 55 лет, находившихся на лечении в клинике Бухарского государственного медицинского института в 2016 году. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). 39 (61,9%) пациентов были серопозитивными по ревматоидному фактору. Проводилось анкетирование, объективный осмотр больных, учитывались данные амбулаторной карты.

Результаты. Артериальная гипертония (АГ) выявлялась у 46 больных, что составила 73%. Ишемическая болезнь сердца встречалась у 12 (19%) больных: стабильная стенокардия у 9 (14,2%) больных, перенесенный инфаркт миокарда у 3(4,8%) больных. Перенесенный инсульт выявлялся у 2 (3,2%) больных. АГ является одним из наиболее распространенных факторов риска в популяции больных РА и ассоциирована с неблагоприятным прогнозом в отношении развития кардиоваскулярных заболеваний и смерти от кардиоваскулярных причин.

Заключение. У больных РА при анализе встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний в структуре коморбидных кардиоваскулярных состояний преобладала артериальная гипертония.

ПРЕДИКТОРЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сандриков В.А., Кулагина Т.Ю., Ван Е.Ю., Хаджиева Д.Р., Цыганов А.В.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», Москва, Россия

Цель - оценить энергию сокращения миокарда в период систолы и диастолы до и после восстановления коронарного кровообращения.
Материал и методы. Обследовано 282 пациента, из них 201 (72%) мужчин и 81 (28%) женщин. 176 пациента перенесли Q-образующий инфаркт миокарда со сроком давности от 4 месяцев до 2 лет. Средний возраст составил 58 ± 8 (31-77) лет. 106 пациентов были без Q инфаркта. Средний возраст составил 51 ± 6 (33-70) лет при давности заболевания от одного года до 5 лет. Недостаточность кровообращения по классификации NYHA (стресс-тесты) была выявлена: 1 ФК у 36 (13%), 2 ФК у 101 (36%), 3 ФК у 108 (38%), 4 ФК у 37 (13%) пациентов. В состоянии покоя выполняли трансторакальную ЭхоКГ на экспертных приборах Vivid-7 Dimencion, Vivid-E9 (GE, США) мультичастотным матричным датчиком 3,5-4,6 МГц. Все исследования в виде статических и движущихся изображений сохраняли в памяти “Echopac 7” (GE Vingmed Ultrasound, США) для последующего автоматического количественного анализа и постобработки. На основе регистрации локальных изменений скорости смещения миокарда воссоздавалась целостная картина сокращения сердца не только по направлению и величине векторов, но и на основании изменения скорости объема левого желудочка (dVol/dt) в систолу (s) и диастолу (d). Разработаны алгоритмы для измерения скорости потоков крови в желудочках сердца. Изображения представлены в виде 4 типов: области без движения, области с положительными и отрицательными значениями, а также области с неопределенной скоростью. Такой подход позволил регистрировать вихревые потоки крови в желудочке и оценивать количественно кинетическую энергию миокарда.
Результаты. Было показано, что у лиц с ИБС скорости смещения в области поражения миокарда снижены по сравнению с нормой. Это может быть связано с отсутствием жизнеспособного миокарда. Такое сокращение миокарда приводит к направленному изменению потоков крови во время фаз сердечного цикла. Патологическое сокращение сопровождается возникновением феномена турбулентности с очень высокими скоростями потока. В период максимальной скорости изгнания крови из ЛЖ в аорту в норме отмечается высокая скорость кровотока в области базального отдела с направлением векторов в аорту. Диастолическая фаза сердечного цикла характеризуется максимальной скоростью заполнения желудочка. Скорость кровотока достаточно высока, как в области фиброзного кольца, так и в срединной части желудочка. Выраженная диссинхронизация расслабления наблюдается в фазу ранней диастолы, что представляется характерным для потери энергии.
Заключение. У больных с коронарной недостаточностью выявляются систолические и диастолические нарушения в виде: снижения скоростей сокращения более чем в одном сегменте с выраженными нарушениями синхронности процессов сегментарного расслабления, что может служить новыми предикторами в оценке жизнеспособности миокарда.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МИОКАРДИТЕ

Саранчина Ю.В.[1], Сазонова С.И.[2], Гусакова А.М.[2], Ильюшенкова Ю.Н.[2], Баталов Р.Е.[2], Роговская Ю.В.[2]
[1]ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф.Катанова», Абакан, Россия
[2]Научно-исследовательский институт кардиологии Томского научного исследовательского медицинского центра Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Цель. определение диагностической значимости концентрации СРБ в сыворотке крови у больных инфекционно-аллергическим миокардитом (МИА).

Материалы и методы. Всего обследован 51 человек (41 мужчина и 10 женщин, средний возраст – 44,9±1,1 лет). На основании гистологических и иммуногистохимических исследований все обследуемые были разделены на три группы: 1 группа - пациенты с (МИА) с иммуногистохимическими признаками вирусной инфекции (27 чел.), 2 группа – пациенты с фиброзом без вирусной инфекции (14 чел.) и 3 группа – пациенты с фиброзом с вирусной инфекцией (носители) (10 чел.). Контрольную группу составили 12 условно здоровых лиц. Материалом для исследования служила сыворотка крови. Концентрацию СРБ определяли методом ИФА-анализа (наборы Вектор-Бест, Новосибирск). Статистическую обработку результатов выполняли с помощью программы PASW Statistics 18. Рассчитывали U-критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей, статистически значимыми считали результаты при $p \leq 0,05$.

Результаты. Содержание СРБ в сыворотке крови больных с МИА и иммуногистохимическими признаками персистенции кардиотропных вирусов в миокарде было статистически значимо выше, чем в группе контроля и составило 2,43 (0,63-5,68) мг/л и 0,40 (0,15-0,50) мг/л соответственно ($p<0,001$). Концентрация СРБ была также повышена в группе пациентов с МИА по сравнению с больными с фиброзом без признаков персистенции кардиотропной вирусной инфекции [1,42 (0,62-2,86) мг/л, $p=0,09$], но не имела статистически значимых различий. У пациентов с МИА уровень СРБ в сыворотке крови был статистически значимо выше по сравнению с группой больных с фиброзом и иммуногистохмическими признаками персистенции каридотропных вирусов в миокарде [0,9 (0,4-1,36) мг/л, $p=0,001$]. Уровень исследуемого белка в группе с фиброзом без инфекции был достоверно повышен по сравнению с контролем, но не отличался от значения данного показателя в группе пациентов с фиброзом и иммуногистохимическими признаками персистенции кардиотропной вирусной инфекции. Также у пациентов с фиброзом с инфекцией статистически значимых различий по сравнению с контролем не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, высокий уровень СРБ в сыворотке крови свидетельствует о вирусном инфицировании и активации иммунного ответа у больных с МИА. Данный маркер является перспективным неинвазивным маркером персистенции кардиотропных вирусов при МИА. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ проект № 16-34-50267.

НЕИНВАЗИВНЫЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВЫСОКОГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Седов А. В., Царегородцев Д. А., Сулимов В. А.
ФГБОУ ВО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, кафедра факультетской терапии №1 лечебного факультета, Москва, Россия

Цель. Изучить актуальность улучшения стратификации риска фатальных событий, особенно внезапной сердечной смерти (ВСС), с целью своевременного проведения профилактических мероприятий, поскольку ранее предложенные неинвазивные электрофизиологические предикторы – турбулентность ритма сердца (ТРС) и вариабельность (ВРС), микровольтная альтернация зубца Т (mTWA), мощность замедления (DC) и мощность ускорения ритма сердца (АС) при ДКМП изучены недостаточно.

Материал и методы. В течение 4-х лет проводилось наблюдение за 54 пациентами с ДКМП и синусовым ритмом в возрасте 42 [30;58] лет (36 мужчин) и контрольной группой – 54 человека без сердечно-сосудистой патологии (32 мужчины, средний возраст 47 [27;64] лет). Исходно проводили холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ) с оценкой

ВРС, ТРС, DC, АС, mTWA и эхокардиографию. Пациенты получали стандарную терапию хронической сердечной недостаточности (ХСН); частота имплантаций кадиовертеров-дефибрилляторов (ИКД) составила 18,5%.

Результаты. Средняя фракция выброса (ФВ) в основной группе составила 32 [22;38] %, признаки ХСН выявлены у 93% больных. Больные с ДКМП отличались от контрольной группы достоверно более низкими значениями SDNN, pNN50, DC, TO, TS, более высокими значениями АС и mTWA в ранние утренние часы. В течение 4-х лет зарегистрирована 1 ВСС, от прогрессирования ХСН умерло 7 пациентов, наблюдался один адекватный шок у больного с ИКД (всего 9 фатальных событий). Пациенты с фатальными событиями по сравнению с выжившими имели более низкую ФВ, ВРС, DC, максимальные значения mTWA, большие конечный диастолический объем, класс ХСН, АС, mTWA, число эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии (нЖТ) в утренние часы. При однофакторном анализе достоверно увеличивали риск фатальных событий (в порядке убывания значимости): ФВ (отношение шансов (ОШ) 32), SDNN (ОШ 21), DC (ОШ 9), АС (ОШ 7), pNN50 (ОШ 6), нЖТ (ОШ 5,2, p=0,05). При многофакторном анализе единственным независимым предиктором фатальных событий явилось снижение ФВ левого желудочка менее 26% (чувствительность 80%, специфичность 90%).

Заключение. Больные с ДКМП, по сравнению с лицами без сердечно-сосудистой патологии, характеризуются снижением показателей ВРС и DC, повышением АС, более частым выявлением патологических значений ТРС, повышением mTWA в ранние утренние часы, причем у умерших пациентов эти отклонения более выражены. При однофакторном анализе неинвазивными электрофизиологическими предикторами, ассоциированными с плохим прогнозом при ДКМП явились АС, SDNN, DC, pNN50, нЖТ. Однако наиболее значимым и единственным независимым предиктором фатальных событий у больных с ДКМП является снижение ФВ. Использование в качестве критерия высокого риска значения ФВ менее 26% способно предсказывать увеличение риска фатальных событий в 32 раза с чувствительностью 80% и специфичностью 90%.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Семененков И.И.
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

Артериальная гипертония (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляют одно из частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней и являются предметом конструктивного взаимодействия интернистов, кардиологов, пульмонологов.

Нами обследовано 143 пациента с артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. 98 пациентам (основная группа) была назначена комплексная терапия, включавшая курсы адаптации к нормобарической гипоксии в сочетании с приемом лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. 45 пациентов (контрольная группа) получало только обычную медикаментозную терапию. Средний возраст больных основной группы составлял 57,2±2,8 года; средний возраст пациентов контрольной группы 56,3±2,3 года.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel, «STATISTICA 7.0».

Для оценки эффекта последействия комплексной терапии нами проанализированы следующие клинические характеристики у исследуемых пациентов: количество госпитализаций по поводу ухудшения своего самочувствия за последние 2 месяца после прохождения комплексного лечения, включающего курс нормобарической гипоксии и приема омега-3 ПНЖК**.**

Нами установлено, что после прохождения комплексного лечения отмечается статистически достоверное снижение эпизодов госпитализаций на фоне продолжающейся терапии в основной группе (n=98), по сравнению с группой контроля (n=45). У пациентов основной группы за 2 месяца после прекращения лечения у 18 человек были зарегистрированы эпизоды повышения артериального давления, в группе контроля у 26 (χ^2=9,759, p=0,002). 2 человека из 18 в основной группе нуждались в госпитализации, в группе контроля нуждались в госпитализации 17 из 26 человек (χ^2=3,916, p=0,048)

Из приведенных данных видно, что за 2-х месячный период статистически достоверно снизилось количество гипертонических кризов и связанных с ними эпизодов госпитализации у пациентов основной группы по сравнению с группой контроля. Следовательно, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и прием омега-3 ПНЖК на порядок эффективнее обычной медикаментозной терапии.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Семке Г.В., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Т.М., Фальковская А.Ю.

НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Цель. Изучить связь параметров артериального давления и структурных изменений головного мозга с развитием мозговых инсультов по данным 5-летнего проспективного наблюдения.

Материал и методы. В 5-летнее проспективное наблюдение было включено 80 пациентов (43 мужчины и 37 женщин) с АГ в возрасте от 30 до 60 лет. Исходно и через 5 лет проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД и магнитно-резонансная томография. Определялось наличие перивентрикулярного лейкоараиоза (ПЛА), фокальных повреждений белого вещества мозга (ФПБВ) и лакунарных инфарктов (ЛИ). За время наблюдения мозговые инсульты перенесли 11 (13,75%) пациентов. Эти пациенты (I группа, 13,75%) сравнивались с больными без инсультов (II группа n=45, 37,5%) по исходным клинико-инструментальным параметрам.

Результаты. Между группами больных не было достоверных различий по длительности АГ, частоте и выраженности периферического атеросклероза, общего холестерина и триглицеридов, глюкозе. Вместе с тем, у лиц, перенесших мозговой инсульт, было существенно выше дневное САД (соответственно 70.8±21.47 и 85.4±15.77, p=0,024), индекс времени дневного САД (62.9±25,55 и 88.6±12,50, p=0,000) и ДАД (70.8±21.47 и 85.4±15.77, p=0,024) и количество найт-пикеров (45.5% и 15.9%; χ2=5,14, p=0,025). На исходных томограммах головного мозга у этих пациентов достоверно чаще регистрировались ФПБВ (соответственно 75% и 42%; χ2=4,49, p=0,046), перивентрикулярный ЛА (75% и 44%; χ2=5,04, p=0,024) и ЛИ (50% и 6%; χ2=17,04, p=0,000).

По результатам линейной регрессии предикторами развития мозговых инсультов являлись увеличение дневного САД (R=0,38; p=0.002) и индекса времени САД (R=0,41; p=0.002), наличие на исходных томограммах цереброишемических изменений (R=0,39; p=0.01) и перивентрикулярного лейкоараиоза (R=0,41; p=0,01). Выявлялся независимый эффект параметров суточного профиля АД и исходных структурных изменений мозга на развитие

мозговых инсультов у больных с АГ (параметры линейной регрессионной модели R=0,53; R2=0,28; p=0,0007).

Заключение. Таким образом, параметры систолического АД (его величина и индекс времени), наличие цереброишемических повреждений головного мозга и перивентрикулярного лейкоареоза являются независимыми ранними предикторами возможных мозговых инсультов у пациентов с артериальной гипертензией. Эти признаки должны учитываться при стратификации риска возникновения острых мозговых атак и служить ориентиром для назначения соответствующей профилактической церебропротективной терапии.

ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО ДАННЫМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Семке Г.В., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Т.М., Фальковская А.Ю., Усов В.Ю.
НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Цель работы. Изучение влияния терапии антагонистами кальция и бета-блокаторами на динамику суточных профилей АД и изменение степени выраженности гипертензивной энцефалопатии по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) и динамической перфузионной рентгеновской компьютерной томографии головного мозга (ДРКТ).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов с эссенциальной АГ II стадии без тяжелой сопутствующей патологии, средний возраст - 51,0±9,5 год. Метопролол (эгилок-ретард, Egis, Венгрия) в дозе 25-100 мг получали 47 пациентов, фелодипин (фелодип, IVAX, Чехия) 2,5-15 мг - 29 больных и верапамил (изоптин SR 240, Knoll, Германия) 120-480 мг - 24 пациента. Исходно и через 6 месяцев терапии всем пациентам проводились суточное мониторирование АД (СМАД), МРТ и СРКТ головного мозга с расчетом показателей мозгового кровотока.

Результаты. Антигипертензивный эффект трех препаратов был статистически значимым и существенно не различался. Отмечалось достоверное уменьшение перивентрикулярного и субкортикального отека на фоне терапии фелодипином (2,5±0,9 и 2,0±0,8, p<0,05) и верапамилом (2,2±0,7 и 1,5±0,9 p<0,05), в то же время при лечении метопрололом статистически значимо уменьшался только субкортикальный отек. На фоне фелодипина достоверно улучшалось и мозговое кровенаполнение в области ПВО (23,6±7,5 и 31,3±5,7, p<0,05) и базальных ядер (51,2±17,3 и 54,5±8,4 p<0,05). Тенденция к увеличению мозгового кровотока в области перивентрикулярного отека отмечалось при использовании метопролола (24,5±9,0 и 27,8±14,4, p>0,05) и верапамила (29,9±8,2 и 36,2±8,4, p>0,05). Максимальное увеличение мозгового кровотока наблюдалось при снижении систолического АД на 16-25 мм рт.ст. от исходного уровня.

Заключение. Метопролол, верапамил и фелодип в равной мере достоверно снижали артериальное давление по данным суточного мониторирования АД. Вместе с тем, выявлены определенные различия в особенностях влияния бета-блокаторов и антагонистов кальция на изменение степени выраженности гипертензивной энцефалопатии динамику мозгового кровотока. Обнаружено, что на фоне лечения антагонистом кальция фелодипином наиболее значительно улучшается мозговой кровоток и уменьшается степень выраженности структурных признаков гипертензивной энцефалопатии. Статистически значимое уменьшение перивентрикулярного отека наблюдалось также на фоне лечения верапамилом.

АНАЛИЗ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скоробогатова Л.Н., Горшенина Е.И., Хохлова Л.Н.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Анализ лечения гипертонической болезни у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.
Материалы и методы. Проанализировано 26 историй болезни пациентов с сахарным диабетом и гипертонической болезнью, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РМ «РКБ №4». Среди обследованных было 17 женщин и 9 мужчин. Возраст больных от 46 до 83 лет. Средний возраст мужчин 58,2 года, средний возраст женщин – 61,6 лет. У всех пациентов был сахарный диабет 2 типа, причем у 16 – инсулинпотребная форма. 10 человек находились на пероральной сахароснижающей терапии. У 8 пациентов отмечалось сочетание гипертонической болезни с ишемической болезнью сердца.
Результаты. При анализе назначений лекарственных средств для лечения гипертонической болезни было выявлено, что чаще всего назначались ингибиторы АПФ – 12 человек (46,2%). Бета-адреноблокаторы получали 11 человек (42,3%), блокаторы рецепторов ангиотензина – 9 человек (34,6%), блокаторы кальциевых каналов – 7 человек (26,9%), диуретики - 6 человек (23,0%), агонисты имидазолиновых рецепоров – 5 человек (19,2%). Монотерапию получали 6 человек (23,0%), (ингибиторы АПФ – 5 больных и блокаторы кальциевых каналов 1 человек). Комбинацию из 2 препаратов получали 12 человек (46,2%). Наиболее частая комбинация была ингибитор АПФ+бета-адреноблокатор – 8 человек, причем это отмечалось у пациентов с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Трехкомпонентную схему получали 4 человека и четырехкомпонентная схема лечения была тоже у 4 человек (15,4%).
Эффективность терапии оценивалась по достижению целевых уровней артериального давления при выписке из стационара через 10 дней. Повышенное артериальное давление при поступлении отмечалось у 22 пациентов, у 4 были нормальные цифры. При выписке достигли целевых значений артериального давления (130/85 мм рт. ст.) 18 человек (69%), у 8 человек (31%) имелась тенденция к снижению артериального давления, но оно не снизилось до целевого значения.
Заключение. Таким образом, было установлено, что назначаемое медикаментозное лечение позволило большинству пациентов достичь целевых цифр артериального давления. Однако у некоторых пациентов целевые цифры не были достигнуты. Возможно, это связано с особенностями течения сахарного диабета, наличием сопутствующей патологии, назначением нерациональных схем и доз лекарственных препаратов.

ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Скоробогатова Л.Н., Горшенина Е.И., Чегодаева Л.В.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Оценка липидного спектра у пациентов с сахарным диабетом.
Материалы и методы. Проанализировано 104 истории болезни пациентов с сахарным диабетом, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РМ «РКБ №4».
Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 36 человек с диагнозом сахарный диабет 1 типа. У всех больных наблюдались осложнения в виде периферической полинейропатии, у четверых – нефропатия, сердечная недостаточность отмечалась у 9 пациентов. Средний возраст больных составил 40,2 года.

2 группа включала в себя 68 пациентов в возрасте 60,8 лет с сахарным диабетом 2 типа. У 60 человек наблюдалась полинейропатия, у 17 человек отмечалась диабетическая нефропатия, в 19 случаях – ишемическая болезнь сердца, у 20 пациентов – хроническая сердечная недостаточность.
У больных определялся натощак липидный спектр крови – общий холестерин, липопротеиды высокой плотности, липопротеиды низкой плотности, триглицериды.
Результаты. Содержание общего холестерина и в первой и во второй группе было повышено (5,8 ± 0,23 ммоль/л и 5,97 ± 0,19 ммоль/л соответственно). Концентрация липопротеидов высокой плотности в обеих группах была нормальной (у больных сахарным диабетом 1 типа - 1,56 ± 0,1 ммоль/л, у больных сахарным диабетом 2 типа – 1,28 ± 0,05ммоль/л). Содержание липопротеидов низкой плотности в первой группе – 2,97 ± 0,29 ммоль/л, во второй группе – 3,30 ± 0,21 ммоль/л. Триглицериды были значительно повышены у пациентов с сахарным диабетом 2 типа – 3,01 ± 0,4 ммоль/л. У больных сахарным диабетом 1 типа уровень триглицеридов был в норме – 1,41 ± 0,12 ммоль/л. Коэффициент атерогенности в первой группе – 2,64 ± 0,33, во второй группе – 3,89 ±0,21.
Заключение. Таким образом, нарушения обмена липидов более выражены в группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа по сравнению с таковыми у больных с сахарным диабетом 1 типа и характеризуются повышением содержания в крови общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов. У пациентов с сахарным диабетом 1 типа был повышен общий холестерин, тогда как остальные показатели липидного спектра оказались нормальными. Коэффициент атерогенности был повышен в группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Следовательно, нарушения липидного спектра у больных с сахарным диабетом 2 типа способствуют более раннему развитию и прогрессированию атеросклероза.

АГРЕГАЦИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ДИСЛИПИДЕМИИ НА ФОНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РОЗУВАСТАТИНА

Скорятина И.А.
Курский институт социального образования (филиал) ФГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет», Курск, Россия

Цель: установить динамику агрегационных свойств форменных элементов крови у больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (Д), получавших розувастатин в сочетании с немедикаментозной терапией.
Материалы и методы. Исследование выполнено на 95 больных АГ 1-2 степени, риск 3 с дислипидемией IIб типа, среднего возраста. Контроль представлен 26 клинически здоровыми людьми сходного возраста. Пациенты были разделены на две группы: в первую группу включены лица, выразившие согласие получать гиполипидемическую терапию (61 человек), во вторую – больные, отказавшиеся от гиполипидемических воздействий в силу своих убеждений (34 человека). Коррекция дислипидемии включала гиполипидемическую диету, дозированные физические нагрузки и розувастатин 5 мг на ночь. Гипотензивная терапия в обоих группах представлена эналаприлом 10мг 2 раза в сутки. Применены биохимические, гематологические и статистические методы исследования. Учитываемые показатели оценивались перед взятием в исследование, через 6, 12, 18, 52 и 104 недели наблюдения.
Результаты. В группе наблюдения на фоне проводимого лечения отмечено быстрое устранение дислипидемии и ослабление исходно усиленной агрегации форменных элементов крови. У пациентов, получавших комплексную терапию, достигнута нормализация суммарного количества эритроцитов в агрегате, числа самих агрегатов и количества свободных эритроцитов к 6 нед. наблюдения.

Лечение больных сопровождалось ослаблением до уровня контроля агрегации тромбоцитов (АТ) через 6 нед. лечения. В эти сроки наиболее активным индуктором был коллаген, время развития АТ с которым было наименьшим (33,1±0,10с). Второе место по скорости развития АТ принадлежало АДФ. Чуть позднее возникала АТ с ристомицином и H_2O_2, еще позднее с тромбином и адреналином. Длительность АТ с сочетаниями индукторов на фоне терапии также увеличивалась до уровня контроля. Это сопровождалось постепенным сокращением числа свободно перемещающихся в крови тромбоцитарных аргегатов, которое достигало уровня показателей контроля к 6 нед. наблюдения. У получавших лечение пациентов найдено быстрое ослабление выраженности агрегации нейтрофилов со всеми примененными индукторами. Так, к 6 нед. лечения достигнуто суммарное снижение выраженности их агрегации в ответ на лектин на 55,8%, на конканавалин А на 31,1%, на фитогемагглютин на 38,2%, что обеспечивало выход данных показателей на уровень группы контроля. У пациентов второй группы, не получавших гиполипидемического воздействия, достоверной динамики учитываемых показателей выявлено не было.

Заключение. Прием розувастатина на фоне немедикаментозной терапии пациентами с АГ и Д способен нормализовать липидный состав плазмы и агрегационную способность эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофильных лейкоцитов.

ДИНАМИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Слатова Л.Н., Щукин Ю.В., Пискунов М.В., Борзенкова Г.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Цель. Оценить динамику стимулирующего фактора роста (ST2) у пациентов, поступивших с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от исхода ОКС, тактики лечения и наличия осложнений.

Материал и методы. В исследование были включены 167 пациентов (возраст от 41 до 91 года), поступившие с ОКС. В зависимости от исхода ОКС пациенты были разделены на группы: 1 группа – 74 пациента с инфарктом миокарда с зубцом Q (ИМcQ), 2 группа – 68 пациентов с инфарктом миокарда без зубца Q (ИМбезQ), 3 группа – 25 пациентов с нестабильной стенокардией. Обследование и лечение проводили согласно Национальным рекомендациям. В 103 случаях из 1 и 2 групп проведено первичное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в 12 случаях из 1 группы проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), в 3 группе во всех случаях проводилось консервативное лечение. После проведения реперфузии в 1-й день госпитализации и на 10-й день определяли содержание ST2. Статистическая обработка проводилась с помощью критерия Манна-Уитни, Вилкоксона, теста хи-квадрат, коэффициента ранговой корреляции Спирмена при уровне значимости p=0,05.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, курению, уровню общего холестерина, индексу массы тела. Согласно оценке по шкале GRACE 2.0, число пациентов низкого риска было больше среди пациентов 2 и 3 групп по сравнению с 1 группой (p=0,011 и p=0,018). Развитие некроза миокарда у пациентов 1 и 2 групп сопровождалось повышением концентрации ST2 в 1 сутки, при консервативной терапии и ее нормализацией на 10-й день (p=0,045 и p=0,028), в то время как при НС концентрации маркера на 1 и 10 сутки не имели статистических различий. В остром периоде ИМcQ ST2 обнаружил положительную корреляцию с КФК МВ (r=0,56, p=0,044). Внутригоспитальные осложнения имели место в 39 случаях в 1 и 2 группах, в 3 группе

осложнений не было. Наибольшие значения исходной концентрации ST2 до 178,3 пг/мл наблюдались при развитии сердечной недостаточности III и IV классов по Killip в остром периоде ИМ (p=0,018).

Заключение. Содержание ST2 в крови у пациентов с ОКС зависит от формирования зоны некроза и развития острой сердечной недостаточности, что характеризует реакцию сердечной мышцы на усиление гемодинамической нагрузки на интактные участки при формировании некроза миокарда.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДЕЛИ «ИДЕАЛЬНОГО» СЕРДЕЧНО-СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ИНСТРУМЕНТА РИСКОМЕТРИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В., Семенова Ю.В., Воробьев В.А., Абдулкина Н.Г., Зайцев А.А.

ФГБУ Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России

Цель исследования: провести оценку риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с применением модели «идеального» сердечно-сосудистого здоровья и шкалы SCORE у работников промышленного предприятия.

Материал и методы. В рамках периодического медицинского осмотра проведено одномоментное обследование работников Сибирского химического комбината с использованием программы кардиологического скрининга, принятой в популяционных исследованиях, и модели «идеального» сердечно-сосудистого здоровья (ИССЗ). В исследование было включено 219 работников радиохимического завода СХК, завершили программу обследования 198 (90,4%), средний возраст 47,4±5,2 лет. Анализировали частоту факторов риска (ФР): АГ, избыточной массы тела, курения, гиподинамии, дислипидемии, гипергликемии, наследственного анамнеза. Рискометрию ССЗ проводили с использованием шкалы 10-летнего фатального риска SCORE. «Идеальное» сердечно-сосудистое здоровье (ИССЗ) определяли в соответствии с рекомендациями AHA, использовали комплекс из 7 показателей, включавших поведенческие и физиологические ФР. Полученные результаты обработаны с помощью статистического пакета PASW Statistics 18 (SPSS Inc., USA).

Результаты. Выявлена высокая частота ФР ССЗ: низкая физическая активность (81,6%), дислипидемия (77,5%), наследственная отягощенность (37,5%), курение (37,5%), гипергликемия (64,75%), прием более чем 5 ед. алкоголя в неделю (29,0%), избыточная масса тела (44,4%), артериальная гипертония (30,5%).

Рискометрия по шкале SCORE выявила низкий риск у 5,4%, умеренный у 87,7%, высокий и очень высокий у 5,1% обследованных.

Оценка риска ССЗ с использованием модели ИССЗ показала, что «идеальным» ССЗ (нормальные значения всех 7 компонентов модели) никто из обследованной когорты работников не обладает, большинство имели «среднее» и «слабое» ИССЗ: у 43,7% (n=106) обследованных работников из 7 изученных компонентов ИССЗ имелось 3-4 «идеальных» компонента, у 46,9% (n=115) – всего 1-2 «идеальных» компонентов и у 4,9% (n=12) не имелось ни одного «идеального» значения компонентов ИССЗ.

Выводы. Таким образом, наиболее информативным инструментом рискометрии ССЗ представляется модель ИССЗ, позволяющая на этапе периодических медицинских осмотров формировать группы работников с неблагоприятным профилем ССЗ, которые приоритетно нуждаются в профилактических мероприятиях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ

Смолякова М.В., Калачик О.В., Авдей Л.Л., Митьковская Н.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»; УЗ «9-я городская клиническая больница»; УЗ «Минский консультативно-диагностический центр», Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучение особенностей коронарных артерий у реципиентов трансплантата почки методом мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материалы и методы. С целью диагностики коронарного атеросклероза методом МСКТ было обследовано 15 реципиентов трансплантата почки: 9 (60,0%) женщин и 6 (40,0%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 46,7±8,9 лет; время с момента трансплантации - 3,0±0,2 года. Преобладающей причиной хронической почечной недостаточности среди пациентов группы наблюдения являлся хронический нефритический синдром - 9 (60,0%) случаев. Артериальная гипертензия имелась у 10 (66,7%) пациентов.

Исследование проводилось в пошаговом режиме с использованием методики частичной томографии и проспективной синхронизации с ЭКГ при толщине среза 0,625 мм на протяжении от синусов Вальсальвы до нижней границы сердца.

Результаты. Степень кальциноза коронарного русла выражается величиной кальциевого индекса (КИ), который у пациентов группы наблюдения находился в пределах от 0 до 2207 единиц. У 6 (40,0%) пациентов КИ составил 0 единиц, что соответствовало очень низкому риску ишемической болезни сердца и ее осложнений. По 3 (20,0%) реципиента имели умеренный (КИ составил от 11 до 100 единиц), высокий (КИ – 101-400 единиц) и очень высокий кардиоваскулярный риск (КИ – более 400 единиц). Наиболее частой локализацией кальцинатов являлась передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии и огибающая ветвь левой коронарной артерии. В исследовании было установлено увеличение значения кальциевого индекса в зависимости от длительности предшествующей трансплантации диализной терапии.

Заключение. Диагностика кальциноза коронарных артерий методом МСКТ, не требующая введения контрастного вещества и дополнительной нагрузки, применима для обследования реципиентов трансплантата почки. Степень кальциноза коронарных артерий ассоциирована с увеличением продолжительности диализной терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДОВ КРОВИ ВО ВРЕМЯ СТРЕССА С УРОВНЕМ НОРАДРЕНАЛИНА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сметнева Н.С., Викентьев К.В., Голобородова И.В.
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской терапии и профболезней, Москва, Россия

Артериальная гипертензия является известным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Пациенты с артериальной гипертензией демонстрируют повышенный уровень норадреналина и чувствительности к стрессу. Норадреналин является известным липолитический фактором. У лиц с артериальной гипертонией остается малоизученной связь между увеличением, вызванного стрессом, норадреналина, с повышением уровня циркулирующих стресс-индуцированных липидов. Такой механизм может приводить к образования атеросклеротических бляшек.

Цель исследования состояла в изучении влияния уровня норадреналина на изменения уровня отдельных фракций липидов крови у больных артериальной гипертензией на фоне индуцированного психологического стресса.

Материал и методы. В исследование включены 22 пациента с артериальной гипертензией, контрольную группу составили 23 нормотензивных (мужчины, средний возраст 45 ± 3 года), которые помимо общеклинического обследования были подвергнуты строго стандартизированному психосоциальному стрессу (тест «арифметический счет»). Уровень норадреналина и уровень фракций липидов в плазме крови (общий холестерин, липопротеинов низкой плотности, липопротеины высокой плотности и триглицериды) были измерены непосредственно до и после стресса.

Результаты. по сравнению с нормотониками, гипертоники имели больший уровень общего холестерина (P = 0,030) и липопротеинов низкой плотности (P = 0,037) после стресса. В независимости друг от друга, средние артериальное давление (САД) во время скрининга и немедленное увеличение норадреналина во время стресса привели к изменениям: обшего холистерина (САД: β = 0,41, P = 0,003; норадреналин: β = 0,35, p = 0,010) и липопротеинов низкой плотности (САД: β = 0,32, P = 0,024; норадреалин: β = 0,38, P = 0,008). Среднее артериальное давление демонстрирует изменения триглицеридов при стрессе (β = 0,32, P = 0,043) независимо от изменения норадреналина, возраста и ИМТ. САД с норадреналин при независимом взаимодействии демонстрируют немедленное изменение уровня липопротеинов высокой плотности (β = 0,58, P = 0,001) и липопротеинов низкой плотности (β = 0,25, P 0,04).

Выводы. САД и норадреналин при стрессе могут вызвать проатерогенные изменения липидов плазмы в ответ на острый психологический стресс, таким образом это является одним из механизмов, посредством которого может увеличиться риск сердечно-сосудистых осложнений при гипертонии.

КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В СПРОТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Смоленский А.В., Шевелев О.А. Конов А.В.
ФГБО УВО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма (ГЦОЛИФК)», ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Цель. Исследование возможности коррекции церебральной гипертермии, развивающейся вследствие физических нагрузок и спортивной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) методикой краниоцеребрального охлаждения.

Материал и методы. В исследование включены 32 спортсмена со стажем занятий боксом 3 -7 лет и 15 спортсменов циклических видов спорта (легкоатлеты) со стажем занятий спортом 9-15 лет (возраст19-25 лет, мужчины). Регистрировали температуру коры больших полушарий по 9 областям в каждом полушарий методом СВЧ-радиотермометрии аппаратом РТМ-01-РЭС и базальную температуру в подмышечной впадине. Краниоцеребральную гипотермию (КЦГ) воспроизводили при помощи аппарата АТГ-01 при продолжительности охлаждения 1 час. В группе боксеров термометрию проводили до тренировки, после разогревающей тренировки, после спарринга и после КЦГ. В группе легкоатлетов регистрацию температуры мозга и тела проводили до выполнения теста PWC-170, после КЦГ, и после выполнения тестовой нагрузки PWC-170.

Результаты. Усредненная температура левого (36,74±0,37°C) и правого полушария (36,64±0,32°C) в покое у спортсменов обеих групп практически не отличалась, как и базальная температура (36,58±0,23°C). Распределение температуры по поверхности коры мозга было неоднородным. Δt между более и менее теплыми областями коры мозга достигала, но не превышала 1,5°C. Разогревающая тренировка и выполнение нагрузочного теста приводило к подъему базальной температуры до 36,7±0,37°C, тогда как церебральная температура повышалась в левом полушарии до 38,12±0,09°C, а в правом до 38,17±0,08°C. В группе боксеров после спарринга усредненная температура левого и правого полушария практически не отличалась от температуры, зарегистрированной

после тренировочных нагрузок, однако Δt между более и менее теплыми областями коры мозга достигала 2-2,5 и более °С, что было связано с количеством ударов, пропущенных в голову. У трех спортсменов после спарринга наряду с очагами церебральной гипертермии (39-40°С), отмечена клиническая картина «сотрясения головного мозга» (вестибулярные, глазные симптомы, жалобы на головную боль). После спарринга часовой сеанс КЦГ обусловил понижение температуры в обоих полушариях на 1,5-2°С, а Δt понизилась до значений менее 2°С. В группе легкоатлетов сеанс КЦГ, проведенный за 0,5 часа до нагрузочного теста PWC-170, позволил понизить температуру мозга на 1,5-2°С и существенно повлиял на церебральную и базальную температуру после нагрузки. Так, базальная температура повысилась до 37,23±0,03°С, а температура в левом и правом полушарии составила соответственно 37,77±0,07 и 37,80 ± 0,07°С.

Заключение. Установлены следующие закономерности: а) физическая нагрузка приводит к более значимому повышению церебральной температуры по сравнению с базальной, б) при легкой спортивной ЧМТ формируется фокальная гипертермия мозга, выраженность которой зависит от тяжести травмы, в) часовой сеанс КЦГ позволяет понизить температуру коры больших полушарий на 1,5-2°С, что может предупредить последствия ЧМТ и снизить эффекты центрального утомления.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Спирина Г.А.
Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Синдром гипоплазии левых отделов сердца является одной из наиболее частых причин смерти новорожденных с врожденными пороками.

Цель работы: изучить морфологические особенности строения сердца при синдроме гипоплазии левого желудочка.

Материал и методы: На четырех препаратах сердца новорожденных с синдромом гипоплазии левых отделов общепринятыми морфологическими методами изучены особенности строения сердца, его проводящей системы и венечных артерий. При исследовании указанной патологии учитывалась классификация, предложенная В.И. Бураковским, М.П. Черновой, Р.Р. Голонзко (1976). В трех из этих наблюдений отмечено сочетание атрезии отверстия аорты с митральным стенозом (тип IB), в одном – стеноз отверстия аорты в сочетании с митральной атрезией (тип IIA).

Результаты: Во всех наблюдениях левый желудочек являлся рудиментарным образованием с маленькой полостью. При типе IB верхушка сердца образована только правым желудочком. Рудиментарный левый желудочек располагается сзади и сверху по отношению к правому желудочку. Овальное отверстие открыто. Имеется фиброэластоз эндокарда левого желудочка. Межжелудочковая перегородка интактна. Толщина стенки правого желудочка – 0,3 – 0,5 см, левого – 0,7 – 0,9см, что больше нормы в два раза. Отмечена выраженная гипоплазия восходящей части аорты. Ее периметр уменьшен в 3,5 – 6 раз. На всех препаратах полость правого предсердия и правого желудочка расширена. Сухожильные хорды, прикрепляющиеся к перегородочной створке трехстворчатого клапана, образуют своеобразную «ажурную» сеть в одном препарате. Синусная часть правой стороны межжелудочковой перегородки имеет квадратную или прямоугольную форму. Длина трабекулярной части в отделе притока значительно превышает длину синусной части. Длина отдела притока левого желудочка резко уменьшена, составляя 0,37 – 0,58 таковой правого желудочка. Предсердно-желудочковый узел овальной или треугольной формы располагается на центральном фиброзном теле, кпереди и книзу от отверстия венечного синуса. Желудочковая часть предсердно-желудочкового пучка - на вершине мышечного гребня синусной части межжелудочковой перегородки под углом

20º от уровня горизонтальной плоскости. Начальная часть правой ножки образует с пучком угол 100º, слегка вогнута кпереди. Передний край неветвящейся части левой ножки слегка вогнут кпереди, отмечена ее гипоплазия. При синдроме гипоплазии левого желудочка выявлено своеобразие хода передней межжелудочковой ветви. Она резко отклоняется влево под углом 70º, направляясь к левой легочной поверхности сердца и соединяясь с ветвями задней межжелудочковой артерии. Сосуды в области левой легочной поверхности сердца «штопорообразно» извиты, что объясняется, по-видимому, особенностями гемодинамики – притоком крови в левый желудочек с резким затруднением его опорожнения.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ «ИНЦИДЕНТОВ» БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Сурунович Ю.Н.
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

Цель. Изучить влияние хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на развитие «инцидентов» болезней системы кровообращения (БСК) в городской неорганизованной популяции.

Материалы и методы. Проведено 5-ти летнее проспективное исследование 3500 лиц г. Витебска в 2007/2008 гг. (охват обследованием составил 97,9%), в 2010/2011 (охват обследованием составил 77,8%) и в 2012/2013 (охват обследованием составил 84,3%). Заполнялась регистрационная карта профилактического обследования, включающая социально-демографические данные, стандартные опросники по кардиологической анкете, информацию о перенесенных заболеваниях, антропометрию. В обследование включалось заполнение клинических опросников по ХОБЛ. Обследуемым выполнялось измерение артериального давления, электрокардиография на электрокардиографе Fucuda Denshi FX–7202 (Япония) в 12 стандартных отведениях: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1–6, эхокардиографическое исследование - на аппарате Vivid7pro (GE, США), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий - с использованием ультразвукового аппарата "Vivid7pro" (GE, США) с частотой излучения датчика 7,0–9,0 МГц и точностью измерительной системы 0,1 мм. Лабораторные исследования включали определение уровня глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, липидного спектра, С–реактивного протеина в сыворотке крови и микроальбуминурии в моче. В течение 5 лет регистрировались инциденты БСК (инфаркт миокарда, инсульт, смерть от БСК). Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12, SPSS 17.0, STATICTICA 6.0.

Результаты. В течение 5 лет было зафиксировано 70 «инцидентов» БСК (2%: 3,5% среди мужчин и 0,8% среди женщин). Установлено, что развитие «инцидентов» БСК независимо от пола и возраста связано со следующими факторами: хронической сердечной недостаточностью ($p<0,001$), отеками нижних конечностей ($p<0,01$), стенокардией напряжения ($p<0,01$), артериальной гипертензией ($p<0,01$), ХОБЛ ($p<0,05$), перемежающейся хромотой ($p<0,05$), уровнем холестерина липопротеинов высокой плотности $\leq 1,08$ ммоль/л ($p<0,05$), уровнем триглицеридов $\geq 1,87$ ммоль/л ($p<0,05$), инфарктом миокарда ($p<0,05$), низкой физической активностью ($p<0,1$), наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистым заболеваниям ($p<0,1$). После множественного регрессионного анализа была получена многофакторная модель ($df=7$; χ^2Вальда$=107,55$; $p<0,001$), имеющая чувствительность – 89,5% и специфичность– 70,7%. Модель включала ХОБЛ ($p<0,01$), в то время как стенокардия, перемежающая хромота, уровень триглицеридов, перенесенный инфаркт миокарда, низкая физическая активность, наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям не достигли

статистической значимости, и пошаговым отбором данные факторы были исключены из заключительной многофакторной модели

Заключение. В городской неорганизованной популяции ХОБЛ является одним из значимых факторов, влияющих на развитие «инцидентов» БСК.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тайжанова Д.Ж., Курманова А.Т.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Республика Казахстан

Цель. Провести анализ коморбидных состояний у больных старше 40 лет с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) различной этиологии.

Методы исследования. Были проанализированы истории болезни 38 пациентов, получающих стационарное лечение с ХСН различной этиологии всех функциональных классов в возрасте старше 40 лет. Был проведен анализ коморбидных состояний и определен индекс коморбидности Чарлсона у данных пациентов.

Результаты. Среди 38 пациентов 27 (71%) составили женщины, 11 (29 %) мужчины. Средний возраст составил 52 ± 4,9 лет. Пациенты с ХСН I ФК I составили – 10 (26%), ХСН II А ФК III – 17 (45%), ХСН II Б ФК IV – 11 человек (29%). Среди причин, приведших к ХСН, стенокардия напряжения без перенесенного инфаркта миокарда имела место у 22 (57,8%), перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ) - 9 (23,6 %), дилатационная кардиомиопатия - 4 (10,5%), хроническая ревматическая болезнь сердца с клапанным поражением – 3 (7,8%). Из коморбидных состояний у данных пациентов имелось: перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – у 3-х (8%) пациентов, дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени – у 14 (36,8%), ХОБЛ – у 4-х (10,5%), хронический пиелонефрит – у 31 (81,5%), кисты почек – 4 (10,5%), хроническая почечная недостаточность (ХПН) 1 степени – у 14 (36,8%), 2 степени – у 2 (5,2%), хроническая железодефицитная анемия – у 5 (13,1%), заболевания щитовидной железы: узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит – у 8 (21%), ожирение 1 степени – у 2 (5%), 2 степени – 6 (15,7%), 3 степени – 4 (10,5%), хронический панкреатит – 9 (23,6%), хронический холецистит - 13 (34,2%), язвенная болезнь желудка и ЛДПК – у 2 (5,2%), хронический эрозивный гастрит – у 5 (13,1%), гастроэзофагальная болезнь (ГЭРБ) – 1 (2,6%), сахарный диабет (СД) 2 типа – 17 (44,7%), псориаз – 2 случая (5,2%), онкологические заболевания различной локализации без метастазирования - 2 (5,2%). При суммировании баллов индекс коморбидности Чарлсона составил в среднем у пациентов с ХСН I – 4 балла; у пациентов с ХСН II А – 4,2 балла; ХСН II Б – 5 баллов. Мультиморбидность выявлена у 19 пациентов (50%).

Заключение. Для пациентов с тяжелой ХСН чаще характерно наличие одновременно 3-4 заболеваний в различных сочетаниях. Наиболее часто встречаемыми у пациентов с ХСН явилась случайная коморбидность - хронический пиелонефрит; неуточненная коморбидность – хронический холецистит, заболевания щитовидной железы; осложненная коморбидность - дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени, ХПН 1 степени, СД 2 типа. Учитывая индекс Чарлсона 10-ти летняя смертность у обследованных пациентов оказалась достаточно высокой и составила 52% (соответствует 4 баллам), и 85% (5 баллов).

АНАЛИЗ ПРИЧИН НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тайжанова Д.Ж., Курманова А.Т., Жумабаева А. Е.

Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Республика Казахстан

Цель. Оценить приверженность к лечению пациентов с различной степенью артериальной гипертензии (АГ) и выявить наиболее часто встречающиеся причины низкой приверженности к лечению.
Методы исследования. Проведен опрос и анализ истории болезней 65 пациентов, получающих стационарное лечение по поводу артериальной гипертензии 1, 2 и 3 степени в возрасте старше 18 лет. Критериями исключения было наличие острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, онкопатологии, тяжелой почечной и печеночной недостаточности, тяжелых нарушений сердечного ритма, выраженной хронической сердечной недостаточности (ХСН). Приверженность к лечению АГ оценивали по результатам опросника Мориски-Грина (Morisky D. et al., 1986) и собственно разработанной анкеты.
Результаты. Среди 65 пациентов 43 (66,1%) составили женщины, 22 (33,8 %) мужчины. Средний возраст составил 57 ± 6,9 лет. Артериальная гипертензия 3 степени имела место у 45 (69,2%), 2 степени - у 15 (23%), 1 степени – у 5 (7,6%) пациентов. По результатам опросника Мориски-Грина комплаентными и набравшими 4 балла оказалось 12 (18,4 %) пациентов, менее приверженными (2 балла) – 30 (46,1%) и набравшие 3 балла, т.е. недостаточно приверженными – 23 (35,3%). По результатам анкетирования выявлено, что антигипертензивные препараты принимают ситуационно (39%), делают длительный перерыв в лечении после выписки из стационара (20%), 12 % пациентов принимали гипотензивные препараты с неправильной кратностью приема; 11 % - в неправильной комбинации, т.е. сочетание гипотензивных препаратов из одной группы (наиболее часто выявлено сочетание эналаприла одновременно с другими ингибиторами АПФ). 6% пациентов в качестве препаратов базисной терапии использовали альфа-адреноблокаторы или агонисты I_1 имидазолиновых рецепторов (моксонидин), 38% больных считают курсовой метод лечения наиболее правильным, 77% пациентов не могут правильно оказать себе помощь при гипертоническом кризе, 34 % - не смогли назвать принимаемые гипотензивные препараты, только 11 % пациентов могут оказать себе адекватную помощь при гипертоническом кризе. Не информированы о побочных действиях гипотензивных препаратов - 64 %; 1 пациентка по назначению участкового врача принимала ингибиторы АПФ при наличии противопоказаний (двухсторонний стеноз почечных артерий), 3 пациентов – продолжали принимать ингибиторы АПФ по назначению участкового врача, несмотря на появление сухого кашля после приема эналаприла.
Заключение. Приверженность к лечению пациентов с различной степенью АГ и соответственно качество выполнений рекомендаций остаются низкими. Основными факторами, влияющими на повышение приверженности являются умение врача мотивировать пациента к правильной терапии и информированность пациента. При этом имеется проблема низкой мотивации к достижению целевого уровня АД не только у пациентов, но и у ряда врачей амбулаторного этапа наблюдения.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Тайжанова Д.Ж., Курманова А.Т.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Республика Казахстан

Цель: оценить качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа.
Материалы и методы: Были исследованы 45 пациентов: 33 женщин и 12 мужчин в возрасте от 40 до 86 лет (средний возраст – 64,2+9,5 лет), находящихся на госпитализации в гастроэнтерологическом отделении. Критерии включения: сахарный диабет (СД) 2 типа

средней и тяжелой степени тяжести. Критерии исключения: СД 1 типа, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, гестационный сахарный диабет. Качество жизни (КЖ) пациентов было оценено с помощью опросника Medical Out Comes StudyChort Form (SF-36). Результаты в виде оценок в баллах от 0 до 100 по 8 шкалам были подвергнуты статистической обработке. Все показатели были сгруппированы в 2 суммарных измерениях: физический и психический компонент здоровья. Была проведена оценка нарушения когнитивных функций по краткой шкале оценки психического статуса MMSE (Mini-mental State Examination).

Результаты: По результатам тестирования по шкале MMSE пациентов набравших 28-30 баллов, что соответствует отсутствию нарушений когнитивных функций – выявлено не было. Пациенты набравшие от 24 до 27 баллов, что соответствует преддементным когнитивным нарушениям – было 20 (44,5%) человек; 20-23 балла набрали 5 (11,1%) человек, что соответствует деменции легкой степени выраженности; деменция умеренной степени выраженности и 11-19 баллов – у 16 (35,5%) человек; 0-10 баллов набрали 4 (8,8%) пациента, что характерно для тяжелой деменции. Согласно шкалы SF-36 большинство пациентов неудовлетворительно оценивают как физические, так и психологические компоненты здоровья. Отмечается значительное снижение физической активности, быстрая утомляемость, эмоциональная угнетенность, повышенная раздражительность. КЖ по данному опроснику колеблется в довольно низких показателях от 57,7 до 62,4 баллов. У пациентов с СД 2 типа отмечалось значительное снижение показателей качества жизни по всем шкалам опросника SF-36. Значения суммарных компонентов качества жизни варьировали от 25 до 52 баллов по шкале физического компонента и от 22 до 60 — по шкале психического. По результатам опросника SF-36 было выявлено, что пациенты с неудовлетворительным физическим состоянием отмечали затруднения в повседневной деятельности. Количество пациентов, которые значительно реже чувствовали себя бодрыми, а более часто утомленными достигало 80 %.

Заключение: Отклонения когнитивных функций у пациентов СД 2-го типа преобладали легкой и умеренной степени. При этом снижение КЖ в наибольшей степени было связано со снижением переносимости физических нагрузок. Также отмечалось затруднение социальных контактов, преимущественно среди пациентов с умеренной степенью нарушения когнитивных функций.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тайжанова Д.Ж., Курманова А.Т.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда,
Республика Казахстан

Цель. Провести оценку распространенности рефрактерной артериальной гипертензии среди пациентов кардиологического отделения.

Методы исследования. Были проанализированы истории болезней 76 пациентов, получающих стационарное лечение по поводу артериальной гипертензии (АГ) 3 степени с различной длительностью заболевания. Критериями исключения было наличие почечной патологии (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, опухоль почки, мочекаменная болезнь), системных заболеваний соединительной ткани, тиреотоксикоз.

Результаты. Среди 56 пациентов 38 (68%) составили женщины, 18 (32 %) мужчины. Длительность АГ составила от 5 до 10 лет – у 20 (35,7%), 10-15 лет – 15 (26,7%), свыше 15 лет – у 21 (37,5%) больных. Средний возраст составил 56 ± 6,9 лет. Пациентов получающих монотерапию – было 2 (3,5%); 2 препарата (ингибитор АПФ и тиазидный диуретик) – 20 (35,7%) человек, 3 препарата (ингибитор АПФ и тиазидный диуретик, антагонист кальция - амлодипин) – 20 (35,7%), 4 препарата (ингибитор АПФ, тиазидный диуретик, антагонист кальция – амлодипин, В-адреноблокатор) – 6 (10,7%) человек, 5

препаратов - (ингибитор АПФ, тиазидный диуретик, антагонист кальция – амлодипин, В-адреноблокатор, агонист имидазолиновых рецепторов – физиотенз или альфа адреноблокатор - эбрантил) – 8 (14,2%). В некоторых случаях у пациентов, получающих комбинацию 5 препаратов не удавалось достичь целевого уровня АД, что обусловливало необходимость дополнительного внутривенного введения гипотензивных препаратов (эналаприл, эбрантил).

Заключение. Пациентов, получающих комбинацию из 4-х антигипертензивных препаратов, в максимально оттитрованных дозировках или дополнительно 5-й препарат альфа адреноблокатор - составили 14,2 %. Это свидетельствует о достаточно высокой распространенности рефрактерности к гипотензивной терапии среди пациентов с артериальной гипертензией.

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тауешева З.Б., Серикбаева А.А., Гусеинова З.К., Лес А., Алламуратова Ш.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель работы. Оценить уровень комплаентности к обследованию и лечению пациентов с патологией щитовидной железы.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели в исследование было включено 84 пациента в возрасте от 22 до 65 лет с патологией щитовидной железы (ЩЖ), находившиеся под наблюдением эндокринолога более 6 месяцев. Диагноз был верифицирован на основании данных клинико-лабораторных исследований. Для оценки комплаентности пациентов использовали анкету, разработанную на основании доклада ВОЗ и журнале «Нейро NEWS» (Еременко М., 2008), включавшие факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии: социально-экономические, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения, проводимой терапией, с самим пациентом, с состоянием пациента в момент лечения.

Результаты. Из 84 пациентов, наблюдавшихся и проходивших лечение по поводу патологии ЩЖ, 19 мужчин (22,6%); женщин 65 (77,4%). Из них у 22 (66,2%) женщин наблюдались по поводу узлового зоба, причем у 12 (54,5%) женщин узел по данным ультразвукового исследования был более 1,0 см, у 6 (27,3%) пациенток был выявлен коллоидный зоб, гипоплазия у 18 (27,7%) пациенток, тогда как гиперплазия ЩЖ у 20 (308%). У мужчин при анализе структурной характеристики ЩЖ у 5 (26,3%) мужчин выявлен коллоидный зоб, у 10 (5,3%) аутоиммунный тиреоидит, гипоплазия ЩЖ у 8 пациентов (42,1%). Эутиреоидное состояние у лиц обеих полов выявлен у 10 (11,9%) пациентов, тогда как субклинический гипотиреоз 67 (79,8%) и манифестный гипотиреоз у 7 (8,3%). При проведении анкетирования в начале лечения и наблюдения пациентов после назначенной терапии в течение 3 месяцев, анкетные данные показали низкий уровень комплаентности к лечению и обследованию: 54 (64,3%) пациентов с патологией ЩЖ не соблюдали режим лечения тиреоидными препаратами: 21 (25%) не контролировали уровень гормонов ЩЖ во время лечения, т.е. не явились на следующий назначенный прием и/или пришли, пропустив сроки наблюдения от 6 месяцев до 1 года; 9 (10,7%) пациента получали неадекватную терапию, путем самостоятельного отказана от назначенного препарата или уменьшения дозы назначенного препарата. При выявлении причин низкой комплаентности пациентов к лечению показал наличие страха побочных эффектов от принимаемых препаратов, привыкания к терапии, забывчивость. Проведение обучения пациентов с обсуждением вопросов клинических проявлений, диагностики, последствий несоблюдения режима лечения привело к достоверному повышению приверженности больных к проводимой терапии и контролю уровня гормонов ЩЖ, что в конечном счете привело к компенсации заболеваний в 92% случаев, тогда как у пациентов, не прошедших обучение уровень компенсации достиг 55%.

Заключение. Таким образом, занятия с пациентами в тиреоидной школе увеличивает комплаентность пациентов к обследованию, лечению и контролю уровня гормонов ЩЖ в ходе проводимого лечения, что увеличивает процент компенсации заболеваний ЩЖ.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ГОРОДЕ ШАЛКАР ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тауешева З. Б., Серикбаева А. А., Кубаев А. Б., Култанов Б. Ж.,
Турмухамбетова А. А., Досмагамбетова Р. С.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет,
Караганда, Казахстан

Цель. Оценить изменения структурно-функционального состояния щитовидной железы (ЩЖ) у лиц мужского пола в экологически неблагоприятном регионе Актюбинской области г. Шалкар.

Материалы и методы. Исследования проводились в рамках НТП "Комплексные подходы в управлении состоянием здоровья населения Приаралья". Обследовано 225 мужчин в возрасте 18-49 лет г. Шалкар Актюбинской области, которые были разделены по возрастным группам: 75 мужчин от 18 до 29 лет, 75 мужчин в возрасте 30-39 лет и 75 мужчин 40-49 лет. Критерием включения является время проживания взрослого человека в зоне Приаралья не менее 5 лет, занятость в профессиях с вредностями не выше 2 класса. Статистический анализ данных проводили с помощью пакета STATISTICA 6.0 (Stat-Soft, 2001) и программы BIOSTATISTICA 4.03.

Результаты. В результате исследования выявлено неоднократное увеличение структурно-функциональных нарушений щитовидной железы. Проведенный анализ определил нарушения ЩЖ в виде диффузного зоба I степени у 23 пациентов 27,05%, диффузного зоба II степени у 2 обследованных 2,35%, узловые формы выявлены у 2 в 2,35 % случаев. При изучении функциональной способности ЩЖ в г. Шалкар – манифестный гипотиреоз обнаружен в 10,89% у 49 пациентов, субклинический гипотиреоз в 35,56% у 151 человека, при этом медиана ТТГ в регионе достигла 2,5423, интерквартильная величина 1,8503 - 4,7477 ($p<0,05$), уровень Т4 свободного Ме - 10,9612, интерквартильная величина 9,7304-14,5129 ($p<0,05$). При анализе возрастных групп среди лиц мужского пола СГ превалировал в группе лиц в возрасте 29-39 лет и составил 16 % в 25 случаях, где среднее значение свободного Т4 составило 14,13 ± 0,18, уровень ТТГ среднее значение составило 4,65 ± 0,25. МГ в данной возрастной группе не был обнаружен. 11,11% у 25 обследованных СГ был выявлен в возрастной группе 18-29 лет, где среднее значение свободного Т4 составило 14,75 ± 0,15, уровень ТТГ среднее значение составило 3,95 ± 0,24. при этом МГ определился в 5 случаях и составил 2,22%. В группе лиц мужского пола в возрасте 40-49 лет СГ выявлен у 18 обследованных в 8%, где среднее значение свободного Т4 составило 14,77 ± 0,18, уровень ТТГ среднее значение составило 3,88 ± 0,05. МГ в данной группе был выявлен у 3 обследованных в 1,33%.

Заключение. Выявленные результаты исследований по г. Шалкар, позволяют сделать вывод о том, что неблагоприятная экологическая обстановка ведет к росту заболеваемости СГ и МГ среди лиц мужского пола. Длительное воздействие на организм неблагоприятной экологической обстановки с раннего возраста ведет к неизбежному повреждению структуры щитовидной железы, с последующим ранним развитием субклинического, а затем и манифестного гипотиреоза в группах лиц от 18 до 39 лет.

СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Тойынбекова Р.Ж., Бейсенбекова Ж.А., Жумабаева А.Е.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Республика Казахстан

Цель. Изучить состояние коагуляционного звена системы гемостаза у пациентов с разными формами синдрома диабетической стопы.
Материал и методы. Обследовано 50 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов. У всех имелись гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы.
У пациентов определяли некоторые показатели коагуляционного гемостаза. При исследовании прокоагулянтного звена системы гемостаза определяли протромбиновый индекс по Квику. Этот метод позволяет судить о функциональной активности внешнего каскада образования фибрина, формирования тканевой протромбиназы, не только протромбина, но и V, VII, XI факторов свертывания крови. Показатели протромбиновового индекса могут изменяться и при выраженном снижении уровня фибриногена плазмы. Результаты исследования выражались в процентах в виде протромбинового индекса (в норме показатель протромбинового индекса составляет 90-105%). Также оценивали уровень фибриногена. В нормальной плазме содержание фибриногена составляет 2-4 г/л. Определение наличия растворимых фибрин мономерных комплексов определяли качественным методом.
Результаты. Проведенное исследование показало, что у обследованных пациентов с синдромом диабетической стопы протромбиновый индекс составил 107,9±0,76%. У всех больных протромбиновый индекс был выше нормы. Гиперкоагуляционный сдвиг обусловлен усилением формирования тканевой протромбиназы по внешнему механизму.
Уровень фибриногена в крови пациентов составил 5,6±3,6 г/л. Это свидетельствует об усилении гиперкоагуляционных свойств крови. У обследованных больных в 20 % были выявлены растворимые фибрин мономерные комплексы. Это свидетельствует об активации свертывания крови и риске внутрисосудистого тромбообразования.
Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов при возникновении гнойной диабетической остеоартропатии коагуляционный потенциал крови увеличен. Это обусловлено возрастанием прокоагулянтной и снижением антикоагулянтной активности крови. Контроль показателей гемостаза и их коррекция имеет важное значение в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы при сахарном диабете 1 и 2 типов.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Толеуова А.С., Бейсенбекова Ж.А., Тойынбекова Р.Ж.,
Калимбетова А.Б., Азим Н.С.
КГМУ, Кафедра «Внутренних болезней №1», Караганда, Казахстан

Цель исследования: изучить влияние двойной антиагрегантной терапии на риск возникновения кровотечения у больных с ИБС после стентирования. Изучить факторы риска, обусловливающие развитие желудочно-кишечных кровотечений у пациентов после стентирования и медикаментозной терапии. Разработать ранние прогностические маркеры развития желудочно-кишечных кровотечений.
Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 30 историй болезни пациентов, получавших лечение в Городской больнице №1 г. Караганды в отделении хирургии в 2015-2016 годах. Контрольную группу составили 15 больных с ИБС и желудочно-кишечным кровотечением, получавших только ацетилсалициловую кислоту. Основную группу составили 15 больных ИБС, получавших двойную антиагрегантную

терапию после стентирования и, в последующем, с развившимся желудочно-кишечным кровотечением.

Результаты. При распределении процента кровотечений по годам в 2016 году по сравнению с 2014 и 2015 годами наблюдается рост желудочно-кишечных кровотечений среди лиц, получавших двойную антиагрегантную терапию, что на 13% больше по сравнении с контрольной группой. Кровотечения наблюдались, в основном, у лиц с хронической язвой желудка и ДПК (60%), а также у лиц с хроническим гастритом (53%). Помимо этого, в общих анализах крови у данных лиц наблюдается снижение уровня гемоглобина и наличие умеренного лейкоцитоза еще до начала кровотечения, что возможно, явилось причиной предрасположенности их к желудочно-кишечным кровотечениям. У лиц, получавших двойную антиагрегантную терапию, при ультразвуковом исследовании обнаружена гепатомегалия и хронический холецистит как у мужчин, так и у женщин.

Заключение. Таким образом, наличие отягощенного анамнеза: наличие язвы желудка и ДПК, снижение гемоглобина и эритроцитов, наличие умеренного лейкоцитоза могли стать причиной появления желудочно-кишечных кровотечений на фоне приема двойной антиагрегантной терапии.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИСТР «ПРОГНОЗ ИБС».

Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю.
ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить частоту встречаемости сопутствующих заболеваний и их влияние на прогноз у больных, включенных в регистр ПРОГНОЗ ИБС.

Материалы и методы: В регистр ПРОГНОЗ ИБС были включены пациенты из Московского региона, последовательно поступавшие в стационар ГНИЦ ПМ с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг в плановом порядке с диагнозом “ИБС”, которым во время референсной госпитализации (РГ) была проведена КАГ (n=641, 500 м. и 141 ж). Ср. возраст муж. 56,7±0,4, жен.- 59,8±0,8 лет. В анализ выживаемости включены 592 пациента (92%). Ср. срок наблюдения 7,3±2,19 года. Анализ проведен у больных с подтвержденной ИБС (n=514) и без диагноза ИБС при выписке (n=100). Учитывали наличие в диагнозе ФР ССЗ (АГ и СД), ССЗ (ОНМК в анамнезе и атеросклеротический стеноз аортального клапана, ХСН, фибрилляция предсердий), и не ССЗ: ХОБЛ или БА и ХПН в историях болезни при РГ.

Результаты: Среднее число сопутствующих заболеваний во всей когорте больных в составило 1,72, у лиц с ИБС оно было выше, чем у лиц без ИБС (1,83 против 1,14, p=0,0001). С возрастом частота встречаемости сопутствующих как сердечно-сосудистых, так и не ССЗ достоверно увеличивалась, тогда как распространенность ФР увеличивалась до 65 лет, а затем снижалась у пациентов старших возрастных групп. Наличие сопутствующих заболеваний, как ФР и ССЗ, так и заболеваний легких и ХПН, ухудшало прогноз жизни как у лиц с ИБС, так и без нее. Относительный риск (ОР) развития ПКТ (смерть, нефатальные ОИМ и инсульт) у лиц с ИБС повышало наличие СД в 1,7, сочетание СД с АГ в 2,4, перенесенного инсульта в 2,3 раза (p<0,05), 2-х и 3-х ССЗ соответственно в 2,3 и в 3,2 (p<0,05), сочетания заболеваний легких и ХПН в 1,4 раза (p=0,06), наличие 2, 3, 4 и 5-и заболеваний соответственно в 4, 5, 6,4 и 13 раз (p<0,001). У лиц без ИБС наличие и количество как ССЗ, так и не ССЗ, в основном определяло прогноз жизни. Наличие АГ II или IIIст повышало ОР развития ПКТ в 9,7 раз и 18,5 раз соответственно, СД в 7 раз, ХСН в 10 раз (p<0,001), БА в 61 (p=0,001), ХОБЛ в 7 (p=0,03), ХПН в 5 раз (p=0,02), их сочетание (ХОБЛ или БА + ХПН) в 10 раз (p=0,0005), сочетание ≥3 заболеваний - в 103,5 раза (p=0,0006). Риск смерти у лиц с ИБС определялся

количеством сопутствующих ССЗ. Наличие 2-х ССЗ повышало ОР ОС в 2,3 раза, 3-х в 4,6 раза, сочетание 4-х любых заболеваний в 3,5, 5-и в 5 раз ($p<0,05$). У лиц без ИБС ОР смерти повышало в 13 раз наличие не ССЗ, в 48 раз – 3-х и более ССЗ, а сочетание 4-х любых заболеваний в 22,5 раза.

Заключение: Наличие сопутствующих заболеваний значимо ухудшает прогноз жизни как у лиц с ИБС, так и без нее. У лиц без ИБС наличие и количество сопутствующих заболеваний являлось основным фактором, определяющим прогноз жизни.

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА И ОКРУЖНОСТЬЮ ТАЛИИ

Тургунова Л.Г., Турмухамбетова А.А., Ларюшина Е.М., Баешева Т.А., Толегенова Д.Е., Курбанова Л.Н.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Определение взаимосвязи между тревожностью, индексом массы тела, окружностью талии среди взрослого населения Казахстана.

Материал и методы. Проведено поперечное (кросс-секционное) исследование в виде скрининга среди населения Карагандинской, Восточно-Казахстанской и Южно-Казахстанской областей. Выборку составили 4464 человек (3441 женщин, 1023 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст выборки составил 46,1 лет (SD=12,4; CI =46,1-46,9), мужчины и женщины по возрасту были сопоставимы ($F=0,51$; $p<0.47$). С целью скрининга тревожности использовали Generalised Anxiety Disorder Questionnaire (GAT-7). В зависимости от суммы баллов респонденты были разделены на группы с минимальной (0-4), умеренной (5-9), средней (10-14) и высокой (12-21) степенью тревожности. У всех респондентов был рассчитан индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ). Респонденты были разделены на группы с нормальной (ИМТ=18,5-24,9 кг/м^2), избыточной массой тела (ИМТ=25,0-29,0), ожирением (ИМТ≥30 кг/м^2). В зависимости от окружности талии были выделены группы с ОТ до 94 см у мужчин и до 80 см у женщин; ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин. Анализ данных проводили с помощью пакета статистических программ SPSS 20 (IBM). Для каждого показателя рассчитывали среднее значение, стандартное отклонение (SD), 95% доверительный интервал (CI). Оценка различий в группах проводилась с помощью дисперсионного анализа ANOVA.

Результаты. Большинство обследованных имели минимальную и умеренную степени тревожности- 61,1% и 25,7% соответственно; средняя степень отмечена у 8,7%, высокая- у 4,4% респондентов. Средний балл тревожности был в 1,3 раза выше среди женщин по сравнению с мужчинами ($F=89,1$; $p<0.001$). Частота ожирения среди респондентов составила 31,9%, избыточная масса тела- 32,9%. Среди женщин избыточная масса тела и ожирение отмечены у 66,1%, среди мужчин- у 60,6% ($F=50,8$; $p<0, 001$). Увеличение ОТ выявлено соответственно у 72,9% женщин и 46,9% мужчин ($F=39,2$; $p<0, 001$). Установлено, что повышение ИМТ сопровождается увеличением степени тревожности ($F=5,27$; $p<0.001$); различия в тревожности в зависимости от окружности талии были незначимыми ($F=1,5$; $p<0,11$). Оценка зависимости тревожности от ИМТ и ОТ имела гендерные различия. Среди женщин, имеющих большие значения ИМТ и ОТ отмечена более высокая степень тревожности ($F=2,7$; $p<0,04$) и ($F=3,0$; $p<0,03$) соответственно. У мужчин не выявлено значимых различий между степенью тревожности и ИМТ ($F=1,34$; $p<0,26$), ОТ ($F=1,08$; $p<0,37$).

Заключение. Таким образом, установлено наличие взаимосвязи между степенью тревожности, ИМТ и ОТ, имеющее значимый характер среди женщин. Необходимо изучение кофаундеров, определяющих развитие тревожности в зависимости от пола.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Тургунова Л.Г., Турмухамбетова А.А., Койчубеков Б.К., Марченко А.Б., Байдильдина Б.Е.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Определение показателей качества жизни населения (КЖ) Карагандинской и Восточно-Казахстанской областей Казахстана в зависимости от степени кардиоваскулярного риска (КВР).

Материал и методы. Проведено поперечное (кросс-секционное) исследование среди населения Карагандинской и Восточно-Казахстанской областей. Выборку составили 5348 человек в возрасте от 18 до 65 лет; 690 человека были исключены в связи с неполными и/или неправильно заполненными пунктами анкеты, 14- в связи с отсутствием данных об уровне холестерина. Окончательную выборку составили 4644 человека (женщин -3592, мужчин – 1052). Средний возраст составил 46,5 лет: в возрасте от 18 до 24 лет-5,7%, 25-44 лет- 34,8%, 45-59 лет- 41,8%, 60-65 лет- 17,7%. С целью оценки КЖ респонденты после получения информированного согласия заполняли опросник SF-36. Анализ КЖ проводился по 8 шкалам: физическое функционирование (PF), ролевое физическое (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), психологическое здоровье (MH). Определение КВР проводилось с помощью шкалы SCORE. В зависимости от шкалы SCORE респонденты были разделены на группы с низким КВР менее 1%, умеренным - от 1 до 5, высоким — 5–10%, очень высоким — более 10%. Анализ данных проводили с помощью пакета SPSS 20 (IBM). Для каждого показателя рассчитывали среднее значение, стандартное отклонение (SD), 95% доверительный интервал (CI). Оценка различий в группах проводилась с помощью дисперсионного анализа ANOVA.

Результаты. Низкий КВР установлен у 60,4% обследованных, умеренный - у 32,2%, высокий и очень высокий риск отмечен у 7,4% (5,1% и 2,3% соответственно). При сравнительном анализе показателей КЖ в группах с различным КВР установлено наличие значимых различий по шкалам PF ($F=65,7$; $p<0,001$), RP ($F=16,3$; $p<0,001$), BP ($F=40,5$; $p<0,001$), GH ($F=9,1$; $p<0,001$), SF ($F=4,9$; $p<0,008$). Показатели шкал VT ($F=1,9$; $p=0,15$), RE ($F=0,49$; $p=0,61$) и MH ($F=1,7$; $p=0,17$) между группами значимо не различались. При рассмотрении в зависимости от пола установлено, что все показатели КЖ у женщин ниже по сравнению с мужчинами. Так, например, PF у женщин составил 75,4% (SD=23,7; CI= 74,7-76,2), у мужчин- 82,6% (SD=22,4; CI= 81,2-83,9). При сравнительном анализе у женщин с различной степенью КВР отмечено наличие статически значимых различий по всем шкалам; у мужчин такие шкалы как SF ($F=0,34$; $p=0,71$), RE ($F=1,1$; $p=0,33$) и MH ($F=2,6$; $p=0,07$) между группами значимо не различались.

Заключение. Таким образом, изучение показателей КЖ показало, что с увеличением степени КВР ухудшаются прежде всего показатели физического компонента здоровья. Выявлены гендерные различия показателей шкал психического компонента здоровья в группах с различной степенью КВР.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Требухина О.И.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Опредение наиболее значимых показателей суточного мониторирования АД для оценки степени тяжести артериальной гипертензии (АГ) и прогноза развития осложнений.

Материалы и методы. Было обследовано 77 больных (52 женщин, 25 мужчин), в возрасте от 40 до 65 лет. По данным трёхкратного измерения АД по методу Короткова больные были разделены на три группы: 1- я группа с АГ 1 ст. -29 пациентов, 2-я группа с АГ 2 ст. - 25 больных, 3-я группа с АГ 3 ст. - 23 больных. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД. Определяли: средние общие систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД), средние дневные и ночные САД и ДАД, средние ночные САД и ДАД, средние утренние САД и ДАД; суточный индекс; вариабельность САД и ДАД; индекс времени гипертонии. Проводилась эхокардиография с определением типа ремоделирования и гипертрофии левого желудочка (ЛЖ).

Результаты. В 1-й группе – средние дневные САД и ДАД составили 146±6 и 95±5 мм рт. ст. соответственно, средние ночные САД и ДАД 129±5 и 82±3 мм рт. ст.; вариабельность САД- 20±4 мм рт. ст., ДАД- 16±3 мм рт. ст.; суточный индекс dipper определялся у 84% (24 больных) и non-dipper – у 16%; индекс времени гипертонии был повышен у 30% (9 больных). У 26 больных (90%) 1-й группы регистрировались эксцентрическое ремоделирование ЛЖ и у 3 (10%)- нормальная геометрия ЛЖ. Пациенты 2-й группы характеризовались средними дневными САД и ДАД - 158±4 и 108±2 мм рт. ст., средние ночные САД и ДАД 141±4 и 87±3 мм рт. ст.; вариабельность САД- 10±5 мм рт. ст., ДАД- 9±5 мм рт. ст.; dipper определялся у 8 (32% больных), non-dipper – у 14 человек (56%) и night-picker – 3 больных (12%); индекс гипертонии был повышен у 56% пациентов. У пациентов 3-й группа выявлялись средние дневные САД и ДАД - 183±5 и 116±5 мм рт. ст., средние ночные САД и ДАД 152±2 и 103±3 мм рт. ст.; вариабельность САД- 6±5 мм рт. ст., ДАД- 5±3 мм рт. ст.; non-dipper регистрировался – у 72% (17 человек) и night-picker – 28% (6 больных); индекс гипертонии был повышен у 95% (22 случая). В группах с умеренной и тяжелой АГ определялись асимметрическая и концентрическая гипертрофии ЛЖ. Во 2-й группе преобладали больные с асимметрическим типом гипертрофии - 82% (21 человек), в 3-й группе – больные с концентрическим типом гипертрофии ЛЖ - 65% (15 больных). У 76 % (6 больных) пациентов 3-й группы с асимметрическим типом гипертрофии ЛЖ выявлялся постинфарктный кардиосклероз.

Заключение. Больные с легкой степенью АГ характеризовались относительно невысокими цифрами САД и ДАД, высокой вариабельностью АД, невысоким гипертоническим индексом, эксцентрическим ремоделированием ЛЖ. С увеличением степени тяжести АГ вырастали средние дневные и ночные цифры САД и ДАД, снижалась вариабельность АД, нарастал индекс времени гипертонии и количество пациентов non-dipper и night-picker, что сопровождалось увеличением массы миокарда, эксцентрической и концентрической гипертрофией ЛЖ.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Требухина О.И.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Опредение структурно-функциональных изменений левого желудочка (ЛЖ) и сонных артерий у больных с увеличением степени тяжести артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Было обследовано 92 больных (52 женщин, 40 мужчин), в возрасте от 40 до 65 лет. По данным суточного мониторирования АД больные были разделены на 4 группы: 1-я- контрольная группа - 24 человека с нормальными цифрами АД; 2-я группа - 26 больных АГ 1 ст.; 3-я - 22 пациента АГ 2 ст., 4-я группа -20 больных АГ 3 ст. Всем больным проводились: дуплексное сканирование сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа сонных артерий (ТИМ) и патологической извитости (ПИ); эхокардиография с определением конечных

диастолического и систолического размеров (КДР и КСР) ЛЖ; толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ); толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП); массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и относительной ТЗСЛЖ (ОТЗСЛЖ).

Результаты. Показатели КДР характеризовались ростом от 4,6±0,2см в 1-й группе к 5,2±0,3($p < 0,05$) в 4-й гр. ТЗСЛЖ увеличивалась от 0,8±0,2см. в 1-й гр. до 1,9±0,3см в 4-й гр. ($p < 0,01$ при сравнении с показателями всех групп). Показатели ОТЗСЛЖ также нарастали в каждой группе от 0,34±0,02 в контрольной группе до 0,91±0,05 в 4-й гр. ($p < 0,01$ при сравнении в 1-й, 2-й и 3-й группах). ТМЖП в 1-й группе составила 0,9±0,1см, достоверно увеличивалась к 4-й группе до 2,0±0,3см ($p < 0,01$при сравнении с показателями 1-й гр.). ММЛЖ нарастала от115±15гр. до 291±20гр. ($p < 0,01$ при сравнении с показателями 1-й и 2-й гр.). ИММЛЖ также увеличивался от 73±10 гр/м^2 в 1-й гр. до и до 146±15 гр/м^2 в 4-й гр. ($p < 0,01$ при сравнении с 1-й гр. и $p < 0,01$при сравнении со 2-й гр.). Значимые различия между параметрами толщины и массы миокарда у больных 2 и 3-й гр. не определялись. При анализе типов ремоделирования ЛЖ и сонных артерий нормальная геометрия выявлялась у всех пациентов 1-й группы. У 90% (23 больных) во 2-й группе регистрировалось концентрическое ремоделирование ЛЖ и у 10% асимметрическая гипертрофия ЛЖ. Патологических изменений сонных артерий не регистрировалось. В группах с умеренной и тяжелой АГ выявлялись асимметрическая и концентрическая гипертрофии ЛЖ, утолщение ТИМ до 1,2±0,3 мм ($p<0,01$). В 3-й группе преобладали больные с асимметрическим типом гипертрофии-82% (18 больных), ПИ регистрировалась у 32% (7 человек). В 4-й группе преобладали больные с концентрическим типом гипертрофии ЛЖ - 65% (13 больных), ПИ - у 68% (14 человек).

Заключение. Лёгкая АГ сопровождается концентрическим ремоделированием ЛЖ и нормальной геометрией сонных артерий. Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ чаще выявляется при умеренной АГ. Тяжелая АГ чаще сопровождается концентрической гипертрофией ЛЖ. С увеличением тяжести АГ нарастает ТИМ и частота встречаемости ПИ сонных артерий.

ГРУППОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Третьяков А.Ю., Паламарчук Ю.Ю., Жернакова Н.И., Шиленок В.Н., Третьякова В.А., Захарченко С.П.

Белгородский национальный исследовательский университет, Белгород; Российский университет дружбы народов, Москва; ООО «Томограф», Курск, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку баланса гомоцистеина (Гц) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) психиатрической группы и психически здоровыми лицами, страдающими данным соматическим заболеванием.

Материалы и методы. Группа больных шизофренией 41 человек (18 мужчин и 23 женщины, средний возраст 58,3±5,8 лет) с 1 (28 человек) и 2 (13 человек) степенью АГ; контрольная группа - психически здоровые испытуемые (19 мужчин, 43 женщины, средний возраст 59,1±5,5 лет) с 1 (35 человек) и 2 (27 человек) степенью АГ, при условии отсутствия во всех ситуациях психиатрической и соматической когорт случаев использования в ближайшие 3 месяца витаминов B6, B12 и фолиевой кислоты. Количественная оценка суммарного Гц (свободной, протеинсвязанной и дисульфидсвязанной фракции) в плазме выполнена методом ИФА (набор «Homocysteine», Axsis Biochemical ASA, Норвегия) с учетом забора крови в летне-осенние месяцы, исключая ноябрь, у 27 человек психиатрической и 29 - соматической выборки, и в зимне-весенний, исключая май, – 14 человек психиатрической и 33 - соматической групп.

Результаты. Средние концентрации Гц психиатрической когорты, вне зависимости от фактора психотропной терапии, на 15,2% превышали контрольный уровень ($p=0,003$);

дополнительно здесь у 3 человек диагностирована умеренная гипергомоцистеинемия (16,17±0,41 мМ/л), тогда как среди гипертоников без психоза таких случаев не оказалось. Средний уровень гомоцистеинемии у пациентов с психозом не получающих нейролептики (13 случаев), составил 12,30±2,02 мМ/л, и использующих нейролептики - 12,35±2,31 мМ/л (25 человек).

Заключение. При исключении известных модулирующих условий повышения Гц в плазме крови, наряду с соблюдением правила дифференцирования испытуемых по факту применения нейролептиков достоверный рост показателя при шизофрении можно трактовать двояко. С одной стороны можно предположить, что в популяции психических больных выше, чем обычно распространены врожденные генетические дефекты, обуславливающие нарушение метаболического пути трансформации Гц; либо, увеличение уровня гомоцистеина является следствием внутренних специфических биохимических механизмов, свойственных психическому заболеванию, а фактор гомоцистеинемии вторичен и выступает лишь в качестве условия формирования атеросклеротического процесса. Проверка данных суждений является предметом нашей последующей работы.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Туляганова Д.К., Аляви А.Л., Каюмова Н.К., Шодиев Ж.Д., Тошев Б.Б., Азизов Ш.И.
АО «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Обоснование возможности и целесообразности чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики со стентированием у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложнённой хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I - II А ст.

Материал и методы. Всего обследовано 90 мужчин с ИБС в возрасте 40 – 60 лет (52,3 ± 1,42). Больные разделены на 2 группы: 55 пациентов, составили основную группу, у которых ИБС осложнялась ХСН и группу контроля составили 35 пациентов – без ХСН. Всем пациентам была выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) со стентированием.

Для диагностики ИБС и ХСН использовали тест 6-минутной ходьбы, показатели систолической (КДР, КДО, КСР, КСО, ФВ) и диастолической (E/A, IVRT) функции левого желудочка (ЛЖ.) Процедуру чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики и установку стентов осуществляли трансфеморальным доступом.

Результаты. В основной группе ФК стенокардии уменьшился через 3 месяца на 64 %, без данного синдрома – на 78 %, составляя через год 66 % и 42 % от исходных показателей соответственно. Статистически значимые различия по динамике ФК стенокардии между пациентами основной и контрольной групп отмечались через 3 месяца после операции, нарастали через 6 месяцев и нивелировались через год. У больных без ХСН значимых изменений контролируемых структурно-функциональных показателей систолической и диастолической функции ЛЖ после стентирования не произошло. Результаты клинического обследования, включая тест 6-минутной ходьбы подтвердили, что ни в одном случае среди пациентов контрольной группы ХСН не возникла.

У больных основной группы, кроме статистически значимого уменьшения ФК стенокардии, уменьшался и ФК ХСН. Это уменьшение составило 13 % через 3 месяца после операции и оставалось на данном уровне в течение года. При этом прирост дистанции, проходимой пациентами за 6 минут, составлял, в среднем, 7 %.

Анализируя динамику показателей систолической функции ЛЖ у 16 больных основной группы при исходной ФВ < 50 %, статистически значимых изменений также не выявлено. В то же время отношение скоростей Е/А в дооперационном периоде больных основной группы, трактуемое как диастолическая дисфункция ЛЖ по гипертрофическому типу, после операции менялось в сторону нормализации, через 6 и 12 месяцев статистически достоверно.

Заключение. Таким образом, при начальной и умеренно выраженной ХСН ЧТКА со стентированием сопровождается статистически значимым уменьшением ФК синдрома и достоверным улучшением исходно нарушенных показателей диастолической функции левого желудочка (Е/А), сохраняющимися, как минимум, в течение года.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Тусупбекова К.Т., Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Григорьевская Л.А., Ахметова М.К.

Карагандинский государственный медицинский университет,
ТОО МФ «Гиппократ», Караганда, Казахстан

Цель. Оценить вариабельность состояния систем регуляции сердечного ритма у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в остром периоде инфаркта головного мозга.

Материалы и методы. Обследовано 28 больных ИБС (основная группа), из них 12 (38,7%) женщин и 16 (61,3%) мужчин, находившихся на лечении с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по типу инфаркта мозга. Средний возраст обследованных составил 58,07±1,38 лет. 2 контрольные группы: 10 здоровых лиц и 10 больных ИБС.

Результаты. У больных мозговым инсультом по сравнению со здоровыми индекс напряжения (ИН) был увеличен в 9,4 раза, а по сравнению с группой ИБС в 8,2 раза. Такая же закономерность сохранялась в показателе индекса вегетативного равновесия (ИВР), который был выше при инфаркте мозга в 8,0 раз и 5,9 раз по сравнению со здоровыми и больными ИБС соответственно.

При мозговой катастрофе по сравнению со здоровыми кратность увеличения вегетативного показателя равновесия (ВПР) колебалась от 4,5 до 2,3 и показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) от 1,8 до 1,2 ($p< 0,01$).

Повышение ИН у больных инфарктом мозга сопровождалось снижением индекса функционального состояния (ИФС) в 4,0 раза по сравнению со здоровыми и в 5,1 раза по сравнению с больными ИБС.

Следует отметить, что у больных ИБС и, в еще большей степени, в обследованной группе снижались суммарные значения трофо- и эрготропных коррекций, что свидетельствует о снижении вариабельности сердечного ритма, что является отражением дисфункции ведущего звена управления.

Заключение. Таким образом, у больных ИБС в остром периоде инфаркта мозга отмечалось повышение тонуса симпатического звена вегетативной нервной системы, о чем свидетельствовал рост следующих параметров: ИН, ИВР, ПАПР, ВПР. Наибольшая кратность увеличения этих показателей у больных с церебральными дисгемиями на фоне ИБС указывало на выраженное напряжение центрального контура регуляции, то есть централизацию управления сердечного ритма и свидетельствовало о низком уровне адаптационно-приспособительных механизмов кровообращения.

РОЛЬ ОПРОСНИКА IPAQ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Уаисова А.Б., Дегембаев С.С.
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования. Оценить функциональную значимость опросника IPAQ среди населения Карагандинской области.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди населения Карагандинской области, у 891 жителей Осакаровского района и 870 жителей города Сарань. Исследование было проведено в рамках научно-технической программы «Экологические риски и здоровье населения». В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет, постоянно проживающие в изучаемых населенных пунктах, давшие информированное согласие на участие в исследовании. В исследование не включались беременные, лица с психическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями. Опрос респондентов, включенных в исследование, проводился с помощью краткой версии опросника IPAQ (Международный опросник по оценке физической активности), состоящий из 3 разделов, в каждом из которых имеется 3 вопроса. В нем учитывается время, которое было потрачено на интенсивную, умеренную физическую активность (ФА) и ходьбу. Согласно ключу к опроснику использовалась формула выделяющая три категории физической активности: высокая- 3000METмин/неделю и более, средняя- 600-3000 MET мин/неделю, низкая- 0-600MET мин/неделю. Полученные данные были обработаны в программе Microsoft Excel, результаты показаны в процентных соотношениях.

Результаты исследования. В Осакаровском районе процент ответивших на все вопросы опросника составил 22,3%- 199 опрошенных. Процент отклика на вопросы по интенсивной ФА -345 чел (38,7%), на вопросы по умеренной ФА - 413 опрошенных (46,3%), на вопросы по ходьбе- 433 респондента (48,5%). Среди лиц, где получены ответы на все вопросы у 99,5%- 198 опрошенных установлен высокий уровень физической активности, и только у 0,5% умеренная физическая активность. В городе Сарань также получен низкий процент отклика на все вопросы опросника - 149 человек (17,1%). Процент отклика на вопросы по интенсивной ФА - 251 человек (28,8%), на вопросы по умеренной ФА - 324 человек (37,2%), на вопросы по ходьбе - 392 человек (45%). Среди лиц, ответивших на все вопросы опросника у 142 респондентов - 95,3% выявлен высокий уровень ФА и лишь у 4,7% умеренная физическая активность.

Заключение. Таким образом, установлен низкий процент отклика на все вопросы опросника IPAQ среди городского и сельского населения Карагандинской области, свидетельствующий о том, что большое количество вопросов и возможно сложный для населения уровень их понимания, затрудняют адекватную оценку уровня физической активности, что требует поиска альтернативных методов оценки физической активности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ И СОДЕРЖАНИЕМ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ

[1]Усенко Г. А., [1]Васендин Д. В., [1]Ставский Е.А.,[2]Усенко А. Г., [3]Колодин Д. Л., [3]Забара Н. Г., [4] Шакирова Н.А.
[1] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия; [2] Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия;
[3]Военный клинический госпиталь № 425 Минобороны России
[4] Новосибирский гидрометеоцентр. Новосибирск, Россия

Цель. В период с 1995 по 2015г на фоне антигипертензивной терапии (АГТ) установить наличие взаимосвязи между динамикой солнечной активности (СА), общим периферическим сосудистым сопротивлением (ОПСС) и содержанием оксида азота (NO) в крови у мужчин с различным темпераментом, высокой и низкой тревожностью, страдающих АГ.

Материал и методы. С 1995 по 2015 группа больных АГ (n=848) и здоровых (n=422) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на равные группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Учитывали среднегодовые значения чисел Вольфа (ЧВ, усл. ед.), радиоизлучения Солнца на длине волны (λ)10,7 см (РИ), γ-фона (мкР/ч) и температуры (T^oC) открытого воздуха и внутри цехов, атмосферного давления (Р, мм. рт. ст.), рассчитывали ОПСС (кПа.с.$см^{-5}$) и содержание NO (мкмоль/л) в плазме крови. Применялась АГТ согласно приказу Минздрава РФ №254 - 2004г.

Результаты: Между динамикой СА (чВ и РИ), с одной стороны, и Р, T^oC открытого воздуха, а также γ-фоном и T^oC воздуха в цехах, с другой, установлена прямая, высокой и средней степени значимости, корреляционная связь. Между гелиометеофакторами и ОПСС, а также NO у всех лиц установлена средняя и тесная корреляционная связь. Однако с повышением СА у Х и С лиц ОПСС и содержание NO в крови снижались, а у Ф и М - содержание NO в крови снижалось, а ОПСС повышалось. Между динамикой ОПСС и NO у Х и С корреляционная связь была прямой, а у Ф и М – обратной и высокой степени значимости.

Заключение. Таким образом, установлена прямая и значимая корреляционная связь между СА (ЧВ и РИ) и T^oC воздуха, γ-фоном цехов и Р. С повышением СА у Х и С лиц содержание NO в крови и ОПСС снижались, а у Ф и М содержание NO снижалось, а ОПСС повышалось. Учёт темперамента позволил установить разнонаправленность реакции здорового и больного АГ организма по ОПСС и содержанию NO в крови в условиях, связанных с повышением СА.

АКТИВНОСТЬ ЛИПАЗЫ КРОВИ И ИНДЕКС АТЕРОГЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

[1]Усенко Г. А., [1]Васендин Д. В., [1]Ставский Е.А.,[2]Усенко А. Г.,
[3]Колодин Д. Л., [3]Забара Н. [4]Шакирова Н.А.
[1] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия;
[2] Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия; [3]Военный клинический госпиталь № 425 Минобороны РФ; [4]Новосибирский гидрометеоцентр. Новосибирск, Россия

Цель. установить зависимость между активностью липазы, содержанием липидов в крови и индексом атерогенности у больных АГ с различным темпераментом и уровнем тревожности на фоне эмпирической антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы. С 1995 по 2017 группа больных АГ (n=418) и здоровых (n=422) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на равные группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Определяли активность липазы и содержание в сыворотке крови ОХ (ммоль/л), триглицеридов (Тг) липопротеидов высокой (ЛПВП, ммоль/л), а также суммарную фракцию липопротеидов низкой и очень низкой плотности (с.ф. ЛПНП+ЛПОНП, ммоль/л). Рассчитывали индекс атерогенности (ИА). Гипотензивные препараты применялись согласно приказу Минздрава РФ №254 - 2004г. и без целенаправленного снижения активности симпатического отдела ВНС у (SNS) Х и С ,

и активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, альдостерон) у парасимпатотоников (PSNS) Ф и М пациентов.
Результаты: Активность попавшей в кровь липазы, а также содержание ОХ, Тг, с. ф. ЛПНП+ЛПОНП и ИА снижались, а ЛПВП повышалось в темпераментальном ряду: ВТ(НТ)М-Ф-С-Х. У ВТ лиц активность липазы и содержание липидов в крови было выше, а ЛПВП ниже, чем у НТ лиц соответствующего темперамента, а у ВТ(НТ) выше, чем у ВТ(НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. Со снижением активности липазы в крови от парасимпатотоников М и Ф к симпатотоникам С и Х сочеталось повышение доли лиц с признаками экскреторной гипофункции ПЖЖ.
Заключение. Таким образом, с низкой активностью липазы в крови у Х и С пациентов, по сравнению с Ф и М, сочеталась высокая доля лиц в группах с признаками экскреторной гипофункции ПЖЖ (по липазе), а с более высоким содержанием ЛПВП, нежели цу Ф и М пациентов, сочеталась низкая склонность к атерогенезу (по индексу атерогенности).

АКТИВНОСТЬ ЛИПАЗЫ КРОВИ И СКЛОННОСТЬ К АТЕРОГЕНЕЗУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ВАРИАНТА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

[1]Усенко Г. А., [1]Васендин Д. В., [1]Ставский Е.А.,[3]Усенко А. Г.,
[4]Колодин Д. Л., [4]Забара Н. Г., [5] Шакирова Н.А.
[1] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия; [2] Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия; [3]Военный клинический госпиталь № 425 Минобороны РФ; [4]Новосибирский гидрометеоцентр. Новосибирск, Россия

Цель: установить зависимость между активностью липазы, содержанием липидов в крови и индексом атерогенности у больных АГ с различными темпераментом и тревожностью на фоне эмпирической (Э) и целенаправленной (Ц) антигипертензивной терапии (АГТ).
Материал и методы. С 1995 по 2017 группа больных АГ (n=832) и здоровых (n=412) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на равные группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. В сыворотке крови определяли активность липазы, содержание ОХ (ммоль/л), триглицеридов (Тг) липопротеидов высокой (ЛПВП, ммоль/л), а также суммарную фракцию липопротеидов низкой и очень низкой плотности (с.ф. ЛПНП+ЛПОНП, ммоль/л). Рассчитывали индекс атерогенности (ИА). АГТ применялась согласно приказу Минздрава РФ №254 - 2004г. Применялась эмпирическая (ЭАГТ) и целенаправленная (ЦАГТ) на снижение активности симпатического отдела ВНС у симпатотоников Х и С, а также активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (альдостерон) у парасимпатотоников Ф и М.
Результаты: Активность липазы, содержание ОХ, Тг, с. ф. ЛПНП+ЛПОНП, а также значения ИА снижались, а ЛПВП повышалось в ряду: ВТ(НТ)М-Ф-С-Х. У ВТ лиц активность липазы и содержание липидов в крови было выше, а ЛПВП ниже, чем у НТ лиц соответствующего темперамента, а у ВТ(НТ) пациентов выше, чем у ВТ(НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. Однако у ВТ(НТ) пациентов на фоне ЦАГТ значения изучаемых показателей были такими же, как у ВТ(НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. Со снижением активности липазы в крови от парасимпатотоников М и Ф к симпатотоникам С и Х сочеталось повышение доли лиц с признаками экскреторной гипофункции ПЖЖ.
Заключение. Таким образом, с низкой активностью липазы в крови у Х и С пациентов, по сравнению с Ф и М, сочеталась высокая доля лиц в группах с признаками экскреторной гипофункции ПЖЖ (по липазе), а также низкая склонность к атерогенезу (по индексу

атерогенности). В отличие от эмпирической ЭАГТ, на фоне АГТ, целенаправленной на купирование темпераментальных психосоматических особенностей, значения изучаемых показателей не отличались от таковых у ВТ(НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента, а склонность к атерогенезу (по инд. атерогенности) была не выше, чем у здоровых ВТ(НТ) лиц соответствующего темперамента.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕКРЕСТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Фалетрова С.В.[1], Урясьева Ю.Б.[2].
[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия – [2] Областная клиническая больница, Рязань, Россия

Цель исследования: изучение структуры коморбидной патологии у пациентов пульмонологического отделения ОКБ.
Материалы и методы: проанализировано 250 историй болезни пациентов (мужчины) с синдромом перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ, пролеченных за 2015, 2016 год в пульмонологическом отделении областной клинической больницы г. Рязани в возрасте от 45 до 75 лет. Стаж заболевания от 2 до 7 лет.
Результаты: При анализе сопутствующей патологии выделены 5 групп больных. 1 группа: 6 человек (2,4%) - коморбидной патологии нет. 2 группа: 36 человека (14,4%) - одно сопутствующее заболевание. 3 группа: 149 человек (59,6 %) - два сопутствующих заболевания. 4 группа: 55 человек (22%) – три сопутствующих заболевания. 5 группа: 4 человека (1,6%) – четыре сопутствующих заболевания. На первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы – 82 % больных. Гипертоническая болезнь составила 57% от общего количества заболеваний сердечно-сосудистой системы, ИБС – 21%, сочетание гипертонической болезни и ИБС – 18%, нарушения ритма – 3%.
Ожирение имело место у 49,2 % больных. Метаболический синдром составил 34%. Сахарный диабет выявлен у 25,4% больных. Заболевания желудочно-кишечного тракта зарегистрированы в 37,2 % случаев. Патология опорно–двигательного аппарата выявлена у 24% больных. Заболевания мочевыделительной системы составили 7%.
Заключение: для синдрома сочетания бронхиальной астмы и ХОБЛ характерна высокая распространенность коморбидной патологии. 82,4% пациентов имеют 2 и
более сопутствующих заболеваний. Лидирующее место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. На втором месте стоит ожирение. Третье место поделили заболевания желудочно-кишечного тракта и метаболический синдром. Коморбидные состояния негативно влияют на основное заболевание, затрудняют подбор базисной терапии, ухудшают прогноз.

РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА

Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Семке Г.В., Рипп Т.М., Личикаки В.А., Ситкова Е.С., Зюбанова И.В., Гусакова А.М., Баев А.Е, Манукян М.А.
НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Введение: Резистентная артериальная гипертензия (РАГ) очень часто сочетается с сахарным диабетом (СД) 2 типа, однако особенности фенотипа данной категории больных изучены недостаточно. Целью нашего исследования стала оценка клинических особенностей пациентов РАГ, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: Обследовано 65 больных с верифицированной РАГ в сочетании с СД 2 типа (группа СД+РАГ) и 67 больных СД 2 типа на фоне контролируемой АГ (группа контроля, СД+КАГ). РАГ диагностировали при сохранении систолического АД≥140мм рт.ст на фоне терапии 3-мя и более антигипертензивными препаратами в оптимальных дозах, включая диуретик, при отсутствии вторичных форм АГ и псевдорезистентности. Критериям контролируемой АГ было достижение целевого уровня АД при использовании менее трех антигипертензивных препаратов. Пациентам проводили измерение офисного, 24-часового артериального давления (АД-24), оценку индекса массы тела (ИМТ, кг/м^2), определение HbA1c (%), измерение концентраций альдостерона и креатинина крови с расчётом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле MDRD.
Результаты: Средний уровень АД-24 в группе СД+РАГ составил 152,8±18,2/81,3±12,3мм рт.ст., в группе контроля- 126,4±9,4/75,9±6,8 мм рт.ст. Сравниваемые группы не различались по половому составу (23 (36%) мужчины в группе СД+РАГ, 22 (33%)- в группе СД+КАГ) и средним значениям ИМТ (34,5(95%ДИ 33,1-35,9) и 35,9(95%ДИ 34,4-37,5)кг/м^2, p>0,05, соответственно). По сравнению с группой контроля пациенты в группе СД+РАГ были в среднем на 7,9 лет старше (p<0,001) и имели большую продолжительность как АГ (на 13,9 лет, p<0,0001), так и СД (на 2,4 года, p=0,02). Вместе с тем, АГ у пациентов с сочетанием СД и РАГ развивалась в среднем на 5,6 лет раньше (p<0,0001), а СД, напротив, диагностировался в среднем на 5,7 лет позже (p=0,001), чем при контролируемой АГ. В связи с этим интервал времени между началом АГ и началом СД у больных с РАГ был более продолжительным (на 11,9 лет, p<0,001). Уровень HbA1c в группе СД+РАГ был ниже, чем в группе контроля (на 1.2%, p=0,004), однако инсулинотерапия в группе СД+РАГ использовалась значимо чаще, чем в группе СД+АГ (25,4% и 10,6%, соответственно, p=0,02). Кроме того, у больных СД+РАГ имели место более высокие средние значения альдостерона крови (на 168,2 пг/мл, p<0,001) и более низкие показатели рСКФ ниже (на 10,7мл/мин/1,73м^2, p=0,03), чем у больных контрольной группы.
Выводы: Особенностями больных РАГ в сочетании с СД 2 типа являются не только старший возраст и большая продолжительность АГ, но и её более раннее начало, а также ассоциация с более высокими значениями альдостерона крови и прогрессирующей хронической болезнью почек. При этом у больных РАГ сахарный диабет развивается существенно позже, чем у пациентов с контролируемым течением АГ, однако требует более частого использования инсулинотерапии с целью улучшения гликемического контроля.

ВЛИЯНИЕ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ 2-Х ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Семке Г.В., Рипп Т.М., Личикаки В.А., Ситкова Е.С., Зюбанова И.В., Гусакова А.М., Баев А.Е, Давыдова Н.А.
НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Введение: резистентная артериальная гипертензия (РАГ) у больных **с**ахарным диабетом (СД) 2 типа ассоциируется с ускоренным и прогрессирующем повреждением почек, в развитии которого существенное значение принадлежит устойчивой симпатической гиперактивации. Согласно накопленным данным ренальная денервация (РД) сопровождается снижением симпатического тонуса. Целью настоящего исследования стала оценка изменения функционального состояния почек после проведения симпатической ренальной денервации у больных РАГ, ассоциированной с СД 2 типа.

Материал и методы исследования: в проспективное интервенционное исследование (детали протокола опубликованы на сайте ClinicalTrial.gov, number NCT01499810) было включено 47 больных РАГ, ассоциированной с СД 2 типа (средний возраст 60,0±8,8 лет, средний уровень систолического артериального давления (АД) 169,7±19,1мм рт.ст., средние значения рСКФ 74,4±21,7 мл/мин/1,73м^2, HbA1c 6,7±1,4%, 18 мужчин). Всем пациентам исходно и на последующих этапах наблюдения проводили измерение офисного АД, 24-часовое амбулаторное мониторирование АД (АМАД), почечную допплерографию и лабораторную оценку функции почек (с определением расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) согласно формуле MDRD и суточной экскреции микроальбумина с мочой). Режим антигипертензивной и сахароснижающей терапии не менялся в течение всего периода наблюдения. Полугодовой, годовой и 2-х летний этапы закончили 42, 38 и 15 больных, соответственно.
Результаты: ренальная денервация сопровождалась значимым снижением 24ч-АД (на 10,9/6,8, 12,4/6,9 и 12,8/7,4мм рт.ст. через 6, 12 и 24 мес., соответственно, Р для всех<0.01). Пост-процедуральных повреждений почечных артерий не было отмечено ни в одном случае. Количество больных с ХБП 3 стадии (определяемой при рСКФ<60 мл/мин/1.73м2) в течение 2-х лет наблюдения имело тенденцию к увеличению, однако не достигало уровня статистической значимости (21% больных исходно, 28%, 37% and 42% больных через 6, 12 и 24 мес., соответственно, Р=0,5; 0,13 и 0,10 соответственно). Микроальбуминурия (МАУ) исходно определялась у 33% больных, у оставшихся пациентов суточная экскреция альбумина с мочой соответствовала нормальным значениям. Через 6, 12 и 24 мес. число больных с микроальбуминурией существенно не изменилось (31%, 28% и 18%, соответственно, Р>0.05), однако отмечалось значимое снижение средних значений МАУ (от 38,9±33,6 до 23,4±23,4 мг/24ч, р=0,04 через 6 месяцев, и от 33,3±30,7 до 12,5±12,4 мг/24ч, р=0,03 через 2 года наблюдения), степень которого не зависела от выраженности антигипертензивного эффекта.
Выводы: симпатическая ренальная денервация у больных резистентной АГ, ассоциированной с СД 2 типа ассоциировалась со стабилизацией очистительной функции почек и значимым уменьшением степени суточной экскреции микроальбумина с мочой.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Федорова Т. А., Морозов А. Г., Тазина С. Я., Ройтман А. П., Семененко Н. А., Сотникова Т. И.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Одной из важнейших задач ИЭ является разработка лабораторных методов своевременной диагностики этиологии и активности воспаления при лихорадке.
Цель работы. Исследовать изменения уровня пресепсина (PSP) для оценки возможностей диагностики и мониторирования течения ИЭ.
Методы исследования. Изучали концентрацию PSP методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа с использованием технологии MAGTRATION на анализаторе PATHFAST, Япония. Уровень прокальцитонина (PCT) оценивали иммунофлюоресцентным методом. Исследования осуществляли при поступлении, ухудшении состояния, развитии осложнений и через 3 недели терапии.
Обследовано 62 больных: 33 – с первичным (ПИЭ) и 29 – с вторичным (ВИЭ) эндокардитом.
Результаты. Положительная гемокультура определялась у 45,2% больных. Более чем в половине наблюдений (53,6%) выявили Staphylococcus spp., в 10,7% – Streptococcus spp., у 7,1% - Enterococcus spp., в 3 случаях - микст-инфекцию.

Концентрация PCT при поступлении была повышена у 65,9% больных ИЭ. У 36,3% пациентов показатели были в пределах 0,05-0,50 нг/мл, у 18,5% - 0,50-2,00 нг/мл, у 7,4% больных с тяжелым течением - 2,00-10,00 нг/мл, у 2 больных с септическим шоком уровни маркера превышали 10,00 нг/мл. Концентрация PCT при ПИЭ была достоверно выше средней при ВИЭ ($p<0,05$).

Концентрация PSP при поступлении была увеличена у 89,4% больных ИЭ и, в среднем, в 4 раза превышала нормальные значения (1120,54±183,63пг/мл, при норме ≤300пг/мл). У 15% пациентов показатели были в пределах 300-500пг/мл, у 37,2% - в диапазоне 500-1000пг/мл, у 37,2% наиболее тяжелых больных уровни маркера составили более 1000пг/мл. При ПИЭ уровень PSP в 1,5 раза превышал средние показатели при ВИЭ (1382,21±317,04пг/мл и 817,00±132,94пг/мл соответственно). Возрастание концентрации белка коррелировало с активностью токсико-инфекционных проявлений. Максимальные уровни PSP отмечались при микст-инфекции, высевании Staphylococcus spp. (1465,57 пг/мл), множественных тромбоэмболиях (1287,97 пг/мл - 2252,96 пг/мл), генерализованном васкулите, гнойных осложнениях (абсцессы, фистулы 1366,49 пг/мл).

Через 3 недели терапии наблюдалась тенденция к снижению обоих показателей. Уровень PCT снизился, в среднем, в 8 раз у 57,1% больных, и нормализовался в 20,7% наблюдений. Показатели PSP оставались повышенными у 65% больных, в 4 наблюдениях они имели тенденцию к увеличению.

Заключение. Результаты исследования позволяют рекомендовать определение PSP для ранней диагностики ИЭ, выявления бактериальной природы заболевания при лихорадках неясного генеза, диагностировать ИЭ при отрицательных результатах гемокультуры и PCT. Динамическое исследование PSP может быть использовано для своевременного выявления осложнений, контроля течения заболевания, оценки эффективности терапии.

НАРУШЕНИЯ РИТМА ПОСЛЕ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ

Флягин А.В.
Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского ФГБОУ ВПО «Северо-западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить частоту встречаемости и структуру осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), после проведения операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Ретроспективному анализу было подвергнуто 57 историй болезни больных ИБС в возрасте от 46 до 75 лет (в среднем 55±2 года), которым была проведена плановая операция АКШ. В их число вошло 38(67%) мужчин и 19(33%) женщин соответственно. До оперативного вмешательства все больные получали антиагреганты, бета-адреноблокаторы, у 37% и 32% больных применялись ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и статины соответственно, а также при развитии ангинозных болей - нитраты. До оперативного вмешательства нарушений сердечного ритма у обследованных больных выявлено не было.

Результаты. У 30(53%) и 16(28%) из обследованных больных было выявлено трех- и двухсосудистое сосудистое поражение, соответственно, а у остальных - однососудистое поражение коронарных артерий. 36(63%) больным АКШ было проведено с использованием метода искусственного кровообращения (ИК), а остальным – без его применения. У 12(33%) и 2(10%) больных после АКШ, проведенного с применением ИК и, соответственно, без него, наблюдалось развитие наджелудочковых и желудочковых аритмий ($p<0.05$). У 2(17%) и одного больного после АКШ, проведенного с применением ИК, и без него, соответственно, наблюдалось развитие аритмий в течение 48 ч после операции, а у остальных – через 48 ч ($p<0.05$). У 9(75%) и у 2(17%) после АКШ,

проведенного с применением ИК, соответственно, наблюдалось развитие фибрилляции предсердий (ФП) и неустойчивой предсердной тахикардии, а у одного – фибрилляции желудочков, в то время, как, без ИК – у одного больного развилась ФП, и еще у одного - неустойчивая предсердная тахикардия. Развитие аритмий после АКШ высоко коррелировало с ранее перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе (r=0.92), установкой 2 и более шунтов (r=0.98), а также проведения операции в условиях ИК продолжительностью свыше 100 минут (r=0.94).

Заключение. Развитие аритмических осложнений в послеоперационном периоде после проведения АКШ достоверно чаще наблюдалось при использовании ИК. ФП является наиболее часто встречающимся осложнением у больных, перенесших операцию АКШ. Риск развития ФП высоко коррелировал при использовании АКШ с применением ИК длительностью более 100 мин, установке 2 и более шунтов, а также при ранее перенесенном инфаркте миокарда в анамнезе. Для предупреждения развития аритмических осложнений при проведении АКШ, при выявлении высокого риска их развития, вероятно, следует использовать наряду с бета-адреноблокаторами препараты III класса.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Феськова А. А., Кравченко А. Я., Будневский А. В., Дробышева Е. С., Овсянников Е. С., Жусина Ю. Г., Лабжания Н. Б.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, Воронеж, Россия

Цель. Изучение корреляционной связи показателей тиреоидного статуса с параметрами качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование приняло участие 180 человек (122 женщины и 58 мужчин) в возрасте 53,1±9,5 лет, страдающие артериальной гипертензией I – III степени. Пациенты с постоянной формой фибрилляции предсердий, перенесшие инфаркт миокарда менее 1 года назад, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями и принимающие тиреостатические препараты в исследовании участие не принимали. Всем пациентам проводилось определение тиреоидного статуса, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и исследование качества жизни с помощью опросника SF-36.

Результаты. По результатам исследования тиреоидного статуса уровень ТТГ составил 2,94±1,45 мЕд/л, св.Т4 – 14,21±1,45 пг/л, св.Т3 – 5,41±0,86 пг/л, по результатам СМАД систолическое АД составило 143±6 мм рт. ст., диастолическое АД – 89±6 мм рт. ст.

Среди показателей тиреоидного статуса корреляционная связь выявлена только между ТТГ и шкалами SF-36 (кроме шкалы социальной активности): умеренная обратная со шкалой физического функционирование (PF) (r=-0,46, p=0,000), ролевого физического функционирование (RP) (r=-0,43, p=0,000), выраженностью боли (BP) (r=-0,49, p=0,000), общего здоровья (GH) (r=-0,55, p=0,000), ролевого эмоционального функционирования (RE) (r=-0,40, p=0,000), жизненной активности (VT) (r=-0,46, p=0,000) и слабая обратная – со шкалой психического здоровья (MH) (r=-0,34, p=0,000).

Заключение. Установлена обратная корреляционная связь уровня ТТГ со шкалой физического функционирование (PF), ролевого физического функционирование (RP), выраженностью боли (BP), общего здоровья (GH), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT) и психического здоровья (MH).

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Феськова А. А., Кравченко А. Я., Будневский А. В., Дробышева Е. С., Овсянников Е. С., Жусина Ю. Г., Лабжания Н. Б.
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель. Изучение зависимости показателей жирового обмена от уровня тиреотропного гормона (ТТГ).

Материалы и методы. В исследование включены 90 человек с диагнозом гипертоническая болезнь I – III стадии в возрасте 53,1±9,5 лет, из них 58 женщины и 32 мужчины. В исследовании не принимали участие пациенты, страдающие постоянной формой фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточностью IIБ – III стадии, сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, перенесшие инфаркт миокарда менее 1 года назад и принимающие тиреостатические препараты. Всем пациентам проводили измерение индекса массы тела (ИМТ), окружности талии, количества общего и висцерального жира методом биоимпедансметрии, определяли тиреоидный статус (ТТГ, свободный тироксин (св.Т4) и свободный трийодтиронин (св.Т3)) и показатели липидного профиля (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА)).

Результаты. По результатам исследования тиреоидного статуса уровень ТТГ составил 2,94±1,45 мЕд/л, св.Т4 – 14,21±1,45 пг/л, св.Т3 – 5,41±0,86 пг/л. Корреляционная связь между уровнем ТТГ и тиреоидными гормонами слабая: r=0,003 для св.Т4 и r=-0,12 для св.Т3 (p составил 0,97 и 0,24 соответственно). ИМТ составил 29,71±2,44 кг/м^2, окружность талии – 85,93±11,2 см, содержание общего жира – 32,76±6,15%, висцерального жира – 10,16±2,86%. При этом между ИМТ и ТТГ корреляционной связи не выявлено (r=0,12, p=0,27). Уровень ТТГ слабо коррелировал с содержанием общего жира (r=0,34, p=0,001) и тесно – с уровнем висцерального жира (r=0,78, p≤0,001). У обследованных выявлены следующие показатели липидного профиля: ОХС 6,51±0,71 ммоль/л, ХС ЛПНП 4,52±0,57 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,07±0,17 ммоль/л, ТГ 2,4±0,57 ммоль/л, ИА 5,27±1,43. Наиболее тесная прямая корреляционная связь выявлена между уровнем ТТГ И ТГ (r=0,8, p≤0,001). С остальными показателями и ТТГ обнаружена умеренная корреляция. Для ОХС и ТТГ r=0,53 (p≤0,001), для ХС ЛПНП и ТТГ r=0,62 (p≤0,001), для ХС ЛПВП и ТТГ r=-0,47, p≤0,001) и для ИА и ТТГ r=0,54 (p≤0,001).

Заключение. У пациентов с АГ установлена прямая корреляционная связь уровня ТТГ с содержанием общего и висцерального жира и липидным профилем: уровнем ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ и ИА.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.
ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель: провести сравнительный анализ параметров внутрисердечной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия и тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследованы 576 больных в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст 79,1 (6,1) лет, M (SD)), из них 85 (15%) женщин, с сочетанием АГ и ИБС. Средний уровень АД составил 147 (22)/ 84 (16) мм рт. ст.. У 500 (87%) больных имелась стенокардия напряжения со средним ФК 2,6 (0,3), у всех – ХСН со средним ФК 2,4 (0,4). ХОБЛ диагностирована у 173 (30%) больных: легкой степени – у 77 (45% пациентов с ХОБЛ), средней степени тяжести - у 61 (35%), тяжелой степени – у 35 (20%). Проводилась эходопплеркардиография с исследованием морфо-функциональных характеристик правых и левых отделов сердца. Для проведения сравнительного анализа больные были разделены на группы в зависимости от наличия и тяжести ХОБЛ.

Результаты. При анализе гемодинамических параметров в группах больных «нет ХОБЛ», «ХОБЛ легкой степени», «ХОБЛ средней степени тяжести» и «тяжелая ХОБЛ» выявлено увеличение диаметров предсердий и желудочков в систолу и диастолу по мере появления и нарастания тяжести ХОБЛ ($p<0,0001$). При этом фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) уменьшалась (61% - 57% - 56% - 55% (групповые средние), $p<0,0001$). Ударный объем ЛЖ в группах значимо не различался ($p=0,701$), что объяснялось возрастанием объема крови в ЛЖ в конце диастолы (98-105-106-109 мл, $p=0,009$) и остаточного объема в конце систолы (39-44-46-48 мл, $p<0,0001$). В соответствующих группах отмечено возрастание индекса массы миокарда ЛЖ (120 – 151 – 153 – 156 г/м^2, $p<0,0001$), снижение соотношения пиков скоростей Е/А трансмитрального (1,72 – 1,63 – 1,54 – 1,36, $p=0,01$) и транстрикуспидального (1,63 – 1,58 – 1,36 – 1,33, $p=0,0001$) потоков, укорочение времени замедления раннего диастолического наполнения (DT) ЛЖ (188 – 174 – 169 – 166 мс, $p<0,0001$) и ПЖ (190 – 188 – 181 – 168 мс, $p<0,0001$). Уровень среднего давления в легочной артерии у пациентов исследуемых групп не различался (19,75 – 19,50 – 20,98 – 22,08 мм рт.ст., $p=0,06$). При анализе таблиц сопряженности выявлена взаимосвязь наличия ХОБЛ с ФК стенокардии ($p=0,021$; V-критерий Крамера = 0,139), инфарктом миокарда в анамнезе ($p<0,0001$; V- Крамера = 0,192), наличием аритмии ($p=0,005$; V-Крамера = 0,128), степенью АГ ($p=0,001$; V- Крамера = 0,125), ФК ХСН ($p<0,0001$; V-Крамера = 0,321), стадией ХСН ($p<0,0001$; V- Крамера = 0,256), наличием сахарного диабета 2 типа ($p=0,008$; V- Крамера = 0,144).

Заключение. Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста с АГ+ИБС наличие и усугубление тяжести ХОБЛ ассоциируется с увеличением полостей сердца, нарастанием гипертрофии ЛЖ и ухудшением систолической и диастолической функции желудочков сердца. Имеется взаимосвязь наличия ХОБЛ с критериями тяжести сердечно-сосудистой патологии и наличием сахарного диабета 2 типа.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Халикова Н. А., Мишина И. Е., Березин М. В., Соколов С. В.
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново; ОБУЗ Городская клиническая больница № 3, Иваново, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из самых распространенных нарушений ритма сердца. Постоянная форма ФП ухудшает качество жизни больных, ассоциирована с развитием и прогрессированием хронической сердечной недостаточности (ХСН). Известно, что частота развития инфаркта миокарда (ИМ) у больных хронической ФП составляет около 5%. Вместе с тем в доступной литературе недостаточно изучены вопросы клинико-функционального состояния больных острым ИМ на фоне постоянной формы ФП.

Цель. Изучить особенности клинической характеристики пациентов с постоянной формой ФП в остром периоде ИМ.

Материал и методы. Обследовано 128 больных острым ИМ. Основную группу составили 63 (49,2%) пациента с постоянной формой ФП, 65 (50,8%) больных с синусовым ритмом (СР) вошли в группу контроля. Средний возраст обследованных основной группы составил 73 [68; 80] лет, контрольной – 69 [65; 78] лет, p>0,05. В основную группу вошли 27 (43%) мужчин и 36 (57%) женщин, что соответствовало половому составу группы контроля – 37 (57%) мужчин и 28 (43%) женщин. Всем пациентам, включенным в исследование, было выполнено обследование в соответствии со стандартами ведения больных острым ИМ. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica» версии 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты. У 16 больных основной группы (25,4%) был выявлен ИМ с подъемом сегмента ST, что значимо не отличалось от частоты выявления данного ИМ в группе контроля – 22 человека (33,8%), p>0,05. Пациенты обеих групп были сопоставимы по частоте выявления повторного ИМ и наличия сахарного диабета 2 типа в анамнезе. Вместе с тем среди пациентов с постоянной формой ФП достоверно чаще встречались лица с ХСН 2 стадии (60 человек, 95% основной группы vs 28 больных, 43% группы контроля, p<0,001), а ХСН 2Б стадии была выявлена у каждого пятого обследованного основной группы. У больных основной группы по сравнению с группой контроля было обнаружено снижение фракции выброса левого желудочка (47 [41; 54] % vs 52 [45; 57] %, p<0,01) и повышение давления в легочной артерии (44 [41; 47] мм рт. ст. vs 22 [21; 31] мм рт. ст., p<0,01). Также у пациентов с постоянной формой ФП по сравнению с больными с СР было выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации (53,7 [40,9; 67,0] мл/мин/1,73м^2 vs 64,0 [50,0; 76,0] мл/мин/1,73 м^2, p<0,01). Данные нарушения были сопряжены с выявлением у 2/3 больных постоянной формой ФП хронической болезни почек (ХБП) 3 стадии, а у каждого третьего пациента данной группы обнаружено снижение СКФ менее 30 мл/мин/1,73м^2.

Заключение. Результаты исследования позволяют предположить, что наличие коморбидных состояний (ХСН, ХБП) актуализирует необходимость обязательного и контролируемого включения в комплекс медикаментозной терапии больных острым ИМ и постоянной формы ФП ингибиторов АПФ и диуретиков с учетом показателей скорости клубочковой фильтрации.

ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Хондкарян Э.В., Апаркина А.В., Гайдукова И.З., Ребров А.П.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ», Саратов, Россия

Пациенты с анкилозирующим спондилитом (АС) по сравнению с общей популяцией имеют более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, обусловленный действием на сосудистую стенку персистирующего воспаления. Часть пациентов с АС принимает глюкокортикоиды (ГК), которые могут выступать в качестве самостоятельного фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Одновременно ГК уменьшают выраженность воспаления, оказывая положительный эффект на сосуды. Суммарное воздействие ГК на сердечно-сосудистый риск у больных с системным воспалением остается недостаточно изученным.

Цель. Оценить ассоциации между жесткостью артерий и риском сердечно-сосудистых событий, продолжительностью заболевания и длительностью приема ГК у пациентов с АС.

Материалы и методы. Обследованы 102 пациента с достоверным АС, принимающих ГК (возраст 41,7±12,8 г., продолжительность АС 12 [5; 23] лет, 63 мужчины, длительность приема ГК 0,75 [0,3; 2,0] г.), 22 здоровых добровольца (возраст 43,0 (32,0-51,0) г., 10

мужчин). Из исследования исключили пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или атеросклеротическими бляшками по данным дуплексного исследования сонных артерий. У всех пациентов определили индекс аугментации в плечевой артерии AixB, в аорте AixAo, скорость пульсовой волны в аорте PWVAo (артериография, Тензиоклиник, Венгрия) и индекс жесткости SI (фотоплетизмография, Ангиоскан, Россия), рассчитали риск ранних сердечно-сосудистых осложнений (шкала SCORE).

Результаты. Установлено, что жесткость артерий у больных АС, принимающих ГК, и у здоровых лиц сопоставима. У больных АС выявлены взаимосвязи между величиной индекса SCORE и показателями жесткости артерий: AixB (R Спирмена=0,46, p=0,001), AixAo (R= 0,46; p=0,001), PWVAo (R=0,57; p=0,000), SI (R=0,27; p=0,04); установлена взаимосвязь между величиной индекса SCORE и продолжительностью заболевания (R Спирмена= 0,45; p=0,000), но отсутствует взаимосвязь с длительностью приема ГК (R=0,19; p=0,27).

Заключение. У пациентов с АС на фоне терапии, включающей ГК, жесткость артерий не повышена относительно жесткости артерий здоровых лиц. Выявлены взаимосвязи между жесткостью артерий и риском развития сердечно-сосудистых осложнений, длительностью заболевания, но не с продолжительностью приема ГК.

ВЛИЯНИЕ ШЕСТИМЕСЯЧНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С АМЛОДИПИНОМ И БЛОКАТОРАМИ РААС НА ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЭГ

Хафизова Л.Ш., Срожидинова Н.З., Низамов У.И., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить антигипертензивную и органопротективную эффективность шестимесячной комбинированной терапии индапамида с амлодипином и блокаторами РАСС (периндоприлом или вальсартаном) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 57 больных ЭГ II -III степени АГ (ESH/ESC, 2011), мужского и женского пола. Средний возраст больных составил 57,65±7,61 лет, средняя длительность заболевания – 10,20±7,22 лет. Контурный анализ пульсовой волны проводился с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия) для анализа показателей гемодинамики. Регистрация пульсовой волны на лучевой артерии осуществлялась методом аппланационной тонометрии. Центральная пульсовая волна в аорте рассчитывалась автоматически программным обеспечением прибора с использованием обратной генерализованной функции преобразования. С целью калибровки центрального давления измерялось АД на плече с помощью ручного тонометра (Little doctor, Китай) после 10-минутного отдыха пациентов в положении сидя. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по стандартным программам «Biostatistics». Оценивалось соответствие числовых данных нормальному закону распределения. Определяли: выборочное среднее арифметическое X; выборочное среднее квадратичное (стандартное) отклонение – SD. Результаты представлены X±SD. Достоверность оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения $p<0,05$.

Результаты исследования. На фоне шестимесячной комбинированной терапии индапамида с амлодипином и периндоприлом или вальсартаном по данным офисного измерения АД отмечен хороший антигипертензивный эффект. Так, целевые значения САД, ДАД, АДср были достигнуты у 54 (94,7%) больных. К концу 24- недельной терапии степень снижения САД, ДАД и АДсреднего составила: 20,22±7,01%, 20,06±7,28%, 20,18±6,60% соответственно, во всех случаях p=0,000. Так, на фоне терапии показатели

гемодинамики в группе (n=16) составили: цСАД уменьшилось от 145,3±14,36 мм рт.ст. до 118,94±10,04 мм рт.ст. (p=0,001), цДАД от 88,9±17,11мм рт.ст. до 80,94±10,74 мм рт.ст, (p=0,05). цПД соответственно уменьшилось от 54,11±10,4 мм рт.ст. до 38,00±11,80 мм рт.ст. (p=0,005). Aix уменьшилось от 23,19±4,4 % до 21,15±4,1% (p=0,023), однако не достигшее нормативных значений. СПВ уменьшилось от 10,5±2,02 м/с до 9,34±2,24 м/с (p=0,015) с достижением нормативных значений.

Выводы: В процессе шестимесячной комбинированной терапии индапамида с амлодипином и периндоприлом или вальсартаном отмечена высокая антигипертензивная эффективность, а также нормализации показателей центральной гемодинамики: цСАД (p<0,05), цПД (p<0,005); улучшению параметров сосудистой жесткости: AIx (p<0,015) и СПВ (p<0,015), что приводит к достоверному улучшению прогноза у больных с ЭГ.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Хашиева Ф.М.[1], Крылова Н.С.[1,2], Потешкина Н.Г.[1,2], Ковалевская Е.А.[2], Демкина А.Е.[1],
[1] ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова»; [2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52»

Из-за устойчивого стереотипа о невозможности наличия артериальной гипертензии у больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) профиль АД и артериальная ригидность у данной категории пациентов долгое время оставались вне фокуса внимания врачей.

Цель: изучить суточный профиль АД, показатели ригидности сосудистой стенки и центральное аортальное давление у больных ГКМП.

Методы исследования: обследовано 57 пациентов с ГКМП (21 мужчин (37%), средний возраст 56,2±14,1 лет). Диагноз ГКМП устанавливался согласно рекомендациям ACCF/AHA (2011 г.).Обструктивная форма ГКМП выявлена у 17 (29%) пациентов (максимальный градиент обструкции от 15 до 105 мм рт.ст.). Больные получали терапию бета-адреноблокаторами (бисопролол в дозе 5,7±1,2 мг). Всем пациентам выполнены эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой ригидности артерий и показателей центрального АД в аорте.

Полученные результаты: По данным СМАД отмечалось повышение среднего систолического АД (САД) (126,5±17,3 мм рт.ст.) и диастолического АД (ДАД) (71,1±15,8 м рт.ст.) ночью, индекса времени (ИВ) САД (44,2±13,1%) и ДАД (40,3±12,5 %) ночью, вариабельности САД (16,4±4,6 мм рт.ст.) ночью, среднего пульсового АД (ПАД) (55,8±12,5 мм рт.ст.). По степени ночного снижения САД и ДАД большинство больных ГКМП оказались «нондипперами» (51% и 45%, соответственно). Средние значения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) (11,6±1,3 м/с) и индекса ригидности (ASI) (147,7±33,8 мм рт.ст.) были повышены. Амбулаторный индекс ригидности (AASI) (0,41±0,2 мм рт.ст.) и индекс аугментации (Axi) (-18,8±13,7 %) не превышали нормальных значений. Среднее САД в аорте (САДао) (118,1±14,7 мм рт.ст.) и ДАД в аорте (ДАДао) (77,1±10,2 мм рт.ст.) были в пределах нормы, среднее ПАД в аорте (ПАДао) оказалось повышенным (46,8±7,6 мм рт.ст.). Aix в аорте (Aixao) не превышал рекомендованные нормативы (19,1±5,9 %). При корреляционном анализе выявлена отрицательная взаимосвязь между степенью ночного снижения САД и ASI (r=-0,3 при p=0,02), а также средним значением ПАДао (r=-0,28 при p=0,045). Также выявлена связь СРПВ со временем замедления Е-волны DT (r=0,35, p=0,02), ASI со временем изоволюметрического расслабления IVRT (r=0,38, p=0,01), ПАДао с IVRT (r=0,42, p=0,003).

Выводы: Больные ГКМП характеризуются недостаточной степенью ночного снижения АД, повышенной скоростью распространения пульсовой волны в аорте и центрального

пульсового давления. Повышенная артериальная ригидность и центральное аортальное давление у больных ГКМП сопряжены с нарушением диастолической функции ЛЖ. Повышение центрального ПАД у пациентов ГКМП представляет интерес, т.к. не согласуется с гемодинамикой ГКМП, для которой характерно снижение ударного объема ЛЖ.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хашиева Ф.М.[1], Крылова Н.С.[1,2], Потешкина Н.Г.[1,2], Ковалевская Е.А.[2], Демкина А.Е.[1],
[1] ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова»; [2]ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52»

Неверные представления об отсутствии возможности артериальной гипертензии (АГ) у больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) привели к дефициту информации о профиле АД и артериальной ригидности у данной категории пациентов.

Цель: изучить суточный профиль артериального давления, показатели ригидности сосудистой стенки и центральное АД у больных (ГКМП) с сопутствующей АГ.

Методы исследования: обследовано 57 пациентов с ГКМП (21 мужчин (37%), средний возраст 56,2±14,1 лет). Обструктивная форма ГКМП выявлена у 17 (29%) пациентов (максимальный градиент обструкции от 15 до 105 мм рт.ст.). По данным суточного мониторирования АД (СМАД) больные были разделены на 2 группы: I группа - 34 нормотензивных пациента с ГКМП (среднее САД – 125,6±15,3 мм рт.ст., ДАД - 68,2±12,3 мм рт.ст.), II группа- 23 пациента (40%) ГКМП с АГ (среднее САД 140,0±24,4 мм рт.ст., среднее ДАД 77,5±16,3 мм рт.ст.).

Результаты: Больные II группы были достоверно старше по возрасту (62,1±10,6 лет против 52,5±14,9 лет, p=0,02), имели более высокий ФК ХСН по NYHA (1,8 против 2,5, p=0,04). По данным СМАД у пациентов II группы среднее САД (p=0,001) и ДАД (p=0,004) за сутки, среднее САД (p=0,001) и ДАД (p=0,04) днем, среднее САД (p=0,003) и ДАД (p=0,04) ночью, индекс времени (ИВ) САД (p=0,001) и ДАД (p=0,002) днем, ИВ САД (p=0,003) и ДАД (p=0,001) ночью, среднее пульсовое АД (ПАД) (p=0,002) были достоверно выше, чем у больных I группы. Средние показатели недостаточной степени ночного снижения АД были недостаточны у больных обеих групп, однако во II группе они были достоверно ниже (САД: 6,4±1,6 и 7,7±3,2, p=0,03; ДАД: 5,0±2,0 и 8,1±3,4, p=0,02). Показатели индекса ригидности (ASI) (168,9±14,3 против 143,1±10,4 мм рт.ст., p=0,001), индекса аугментации (Axi) (-8,4±4,2 против -27,9±9,2 %, p=0,003), САД в аорте (САДао) (127,1±10,3 против 111,8±14,1 мм рт.ст., p=0,001), ПАД в аорте (ПАДао) (48,0,1±10,7 против 39,1±9,8 мм рт.ст., p=0,02) и Axi в аорте (Axiao) (26,0±8,1 против 15,0±6,2%, p=0,02) оказались достоверно выше у больных II группы. При корреляционном анализе у больных ГКМП обнаружена взаимосвязь АГ с недостаточной степенью ночного снижения САД (r=-0,41, p=0,03) и ДАД (r=-0,36, p=0,04), а также ASI (r=0,46, p=0,03), AASI (r=0,51, p=0,02), САДао (r=0,42, p=0,03), ПАДао (r=0,50, p=0,02) и Axiao (r=0,44, p=0,03). Кроме этого, обнаружена связь АГ с толщиной ЗСЛЖ (r=0,45, p=0,04) и IVRT (r=0,46, p=0,03).

Выводы: Пациенты ГКМП в сочетании с АГ характеризовались более выраженными нарушениями суточного индекса АД, повышением ригидности сосудистой стенки, центрального аортального давления, а также более выраженной гипертрофией и диастолической дисфункцией ЛЖ.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ОБЛАСТИ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК НОВАЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Хурса Р.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Вопрос о соотношении индивидуальной величины среднего гемодинамического давления (СрД), представляющего постоянный компонент пульсирующего кровотока и определяемого по артериальному давлению (АД) в плечевой артерии, с давлением в артериолах (где кровоток непульсирующий) остается открытым из-за отсутствия доступных методов измерения последнего.

Цель – использовать оригинальную методику индивидуального статистического моделирования гемодинамики по параметрам АД (ИСМГ) для косвенного определения давления в области исчезновения пульсовой волны и сопоставить его с СрД для выявления их тождества при разных типах кровообращения.

Материал и методы. СМАД (мониторы BPLab, РФ) проведено у 3-х групп лиц (мужчин и женщин – сопоставимо): 1 – 126 практически здоровых лиц (23,8±5,1 лет); 2 – 49 пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени, риск 1-3 до начала лечения (32,7±1,2 лет); 3 – 56 пациентов с АГ на фоне антигипертензивного лечения (50,5±1,9 лет). У каждого пациента проводилось ИСМГ: линейная регрессия систолического давления по пульсовому давлению с определением индивидуальных коэффициентов *a* и *Q*, где *a* определяет гемодинамический тип по долевому «вкладу» сердца/сосудов в продвижении крови, *Q* характеризует давление в области исчезновения пульсовой волны (предположительно в конечной части артериол). Сопоставлены давление *Q* при разных гемодинамических типах с величинами СрД, полученными при СМАД.

Результаты. В каждой из групп диагностированы разные гемодинамические типы: гармонический тип H (нормальный) и дисфункциональные (патологические) – диастолический (D) и систолический (S), которые свидетельствуют о диспропорциональном участии сердца/сосудов в продвижении крови (преобладание роли сердца при D, сосудов – при S). Распространенность типов H, D, S составила 85,7%; 10,3%; 4,0% в группе 1, 83,7%; 16,3%; 0% в группе 2, 66,1%; 33,9%; 0% в группе 3. Величины давления *Q* и СрД при H-типе в каждой из групп были практически одинаковые (разница 1-2 мм рт.ст., $p>0,05$), тогда как при дисфункциональном кровообращении статистически значимо ($p<0,05$) отличались, причем разнонаправленно в зависимости от типа. Так при D-типе в каждой из групп *Q* было ниже СрД с большой разницей величин *Q* и СрД (24-39 мм рт.ст.), а при S-типе – выше (разница – 38 мм рт.ст.). Т.о. СрД и *Q* не тождественные величины: СрД характеризует в большей степени центральный кровоток, а *Q* – периферический (конечная часть артериол).

Заключение. ИСМГ открывает новые гемодинамические характеристики: тип сердечно-сосудистого взаимодействия и давление в области исчезновения пульсовой волны, отражающее периферический кровоток. При дисгармоничном кровообращении типа D это давление снижается, что предполагает ухудшение обмена веществ между кровью и тканями; при S – увеличивается, что также плохо («истинная гипертония»). Такие разные характеристики гемодинамики (независимо от измеряемых величин АД) требуют дифференцированных подходов к лечению у пациентов с АГ, а у нормотензивных лиц – динамического наблюдения и модификации образа жизни.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Чеснокова И.В.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,

Воронеж, Россия

Цель исследования - выявление ФР среди трудоспособного населения Коминтерновского района г. Воронежа для осуществления профилактики ССЗ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе целевой диспансеризации трудоспособного населения Коминтерновского района г. Воронежа. Количество обследованных 630 человек (357 женщин и 272 мужчины); возраст 35-55 лет.

Результаты. По данным целевой диспансеризации повышенный ИМТ является самым распространенным ФР среди трудоспособного населения Коминтерновского района г. Воронежа: данный ФР встречался у 31,9% пришедших на диспансеризацию, и каждый второй при наличии других ФР ССЗ имел ИМТ > 25 кг/м2. Распространенность данного ФР увеличивается с возрастом больных. Отмечается достоверный рост распространенности повышенного ИМТ с 8,51% в возрастной группе 35-39 лет до 21,2% у пациентов возрастной группы 50-55 лет. Данная динамика отмечалась как у мужчин, так и у женщин, но у женщин распространенность повышенного ИМТ была достоверно выше, чем у мужчин во всех возрастных группах. У мужчин распространенность повышенного ИМТ увеличивается с 5,7% в возрасте 35-39 лет, до 13,7% среди обследованных в КДК в возрасте от 50 до 55 лет. У женщин в данных возрастных подгруппах распространенность повышенного ИМТ составила 10,5% и 26,4% соответственно.

Полученные в ходе диспансеризации данные свидетельствуют:

- повышенный ИМТ является самым распространенным ФР у населения в возрасте 35-55 лет;
- повышенный ИМТ часто является составным компонентом множественного риска ССЗ;
- принадлежность к женскому полу является высоким ФР по > ИМТ.

Зависимость распространенности повышенного ИМТ от возраста и пола позволяет разработать целевую программу профилактики для мужчин и женщин различных возрастных групп.

Для женщин была характерна более высокая распространенность сочетания «повышенное АД+высокий ИМТ+гиперхолестеринемия» (в 16% случаев). У мужчин такое сочетания ФР отмечалось в 0,51% случаев. В группе больных с 4 ФР у пациентов с высоким ИМТ и по-вышенным АД чаще встречались еще гиперхолестеринемия и табакокурение. Распространенность данного варианта множественного риска составляла 0,87% у мужчин и 0,45% у женщин. Ряд сочетаний ФР не сопровождался повышением АД, но всегда в своем составе имел высокий ИМТ. Чаще всего у 10,8% мужчин, прошедших обследование, встречался ИМТ как единственный ФР, высокий ИМТ+табакокурение отмечались у 7,8%. Одновременно с гиперхолестеринемией высокий индекс массы тела встречался у 0,45%, но чаще встречалось сочетание «высокий ИМТ+гиперхолестеринемия+табакокурение» (0,58%). При та-бакокурении у мужчин с высоким ИМТ отмечалась и гипергликемия. Наличие сочетания ИМТ+гипергликемия+табакокурение отмечено у 0,35% обследованных. В то время как сочетание высокого ИМТ и гипергликемии встречалось у 0,21% обследованных мужчин. Остальные возможные сочетания ФР у мужчин с нормальным АД, но высоким ИМТ встречались реже — у 0,13%-0,06% прошедших диспансеризацию.

У женщин с нормальным АД так же, как и у мужчин, высокий ИМТ как единственный ФР встречался чаще, чем другие сочетания ФР. Распространенность данного ФР — 22,2% — более чем в два раза превышал таковой показатель у мужчин. Так же, как и у мужчин, вторым по распространенности было сочетание «высокий ИМТ+табакокурение» – 3,1%, что было ниже в 2,5 раза, чем у женщин. Сочетание высокого ИМТ+гиперхолестеринемия среди женщин встречалось в 3 раза чаще, чем среди мужчин, распространенность данного сочетания ФР составляла 1,5%. Распространенность сочетания «высокий

ИМТ+гиперхолестеринемия+табакокурение» у женщин достоверно не отличалась от показателей у мужчин (0,58%).

Вывод. Выявление и формирование групп риска ССЗ, динамическое наблюдение за ними и активное целенаправленное проведение многофакторной профилактики позволяет существенно улучшить прогноз ССЗ, способствует уменьшению заболеваемости с утратой трудоспособности, уменьшению смертности.

БЕССИМПТОМНАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА – ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Чубейко В. О., Каташевич А. Н., Тимофеев Е. А.
Государственное бюджетное учреждение «Курганский областной кардиологический диспансер», Курган, Россия

Цель. Определение распространенности бессимптомной ишемии миокарда у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда по данным суточного мониторирования электрокардиограммы (СМЭКГ) и тредмил-теста, а также оценка ее прогностического значения.

Материал и методы. Исследование выполнено у 82 больных после первого инфаркта миокарда с зубцом Q в области передне-боковой стенки, через 3 – 4 недели после развития заболевания. Проводилось субмаксимальное нагрузочное ЭКГ-исследование (тредмил-тест), а также СМЭКГ.

Результаты. Кардиальный летальный исход был зарегистрирован у 3 из 20 пациентов (15%) с депрессией сегмента ST при стресс-тесте и только у 1 из 62 пациентов (1,6%) без изменений сегмента ST ($p < 0,01$). У 54 из 62 пациентов (88%) без стенокардии или депрессии сегмента ST во время стресс-теста в течение первого года после инфаркта не было отмечено кардиальных событий по сравнению с 12 из 20 пациентов (60%), имевших изменения на ЭКГ в сочетании с болевым синдромом или без него ($p < 0,001$).

Смерть от кардиальных причин была отмечена у 2 из 12 пациентов (17%) с депрессией сегмента ST, выявленной во время СМЭКГ, по сравнению с 2 из 70 (2,9%) без таких изменений ($p < 0,01$). 58 из 70 пациентов (83%) без стенокардии или депрессии сегмента ST, выявленной при мониторировании, в течение года не перенесли кардиальных событий, по сравнению с 6 из 12 (50%) с депрессией сегмента ST, обнаруженной при СМЭКГ, сопровождавшейся или не сопровождавшейся стенокардией ($p < 0,01$).

Статистическая обработка проводилась с использованием Хи-квадрата с поправкой Йейтса. Пациенты были отнесены к той или иной группе в зависимости от появления депрессии сегмента ST во время нагрузочной ЭКГ-пробы и/или СМЭКГ. Появление такой депрессии было неблагоприятным прогностическим признаком в отношении возникновения сердечной смерти или другого кардиального события ($p < 0, 01$). Однако у пациентов с депрессией сегмента ST во время нагрузочной пробы частота смерти или иного кардиального события не была связана с частотой «немой» ишемии, выявленной во время СМЭКГ.

У 4 пациентов тредмил-тест быт завершен до достижения субмаксимальной ЧСС по причине одышки, нарушений ритма и артериальной гипертензии. У всех них была отмечена депрессия сегмента ST в течение СМЭКГ. В течение года наблюдения один из таких больных умер, у троих развилась нестабильная стенокардия.

Заключение. Таким образом, анализ сегмента ST при СМЭКГ дает прогностическую информацию у пациентов с малоинформативным или сомнительным результатом стресс-теста и является полезным диагностическим методом после острого инфаркта миокарда. Однако при оценке пациентов без признаков ишемии во время СМЭКГ также требуется

кардиологическая настороженность, особенно в случае невозможности выполнения стресс-теста.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (больных в терминальной стадии ХПН, или находящихся на программном гемодиализе) В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Шаваева А.А. Какех М., Арамисова Р.М.
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия

Цель исследования. Изучить эпидемиологию терминальной стадии ХПН в Кабардино-Балкарской Республике и сравнить с результатами исследования в 2012 году.
Материал и методы исследования. Проводился анализ историй болезни пациентов гемодиализного центра по специально составленной анкете, учитывающей следующие параметры: пол, возраст, причина развития ХПН, наличие артериальной гипертонии и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
Результаты исследования. В Гемодиализном центре на апрель 2016 года получали лечение 258 пациентов – из них 102 женщин (40%) и 156 мужчин (60%) в возрасте от 18 до 84 лет. Так, от 18 до 25 лет было 19 больных, 25 до 35 лет – 44 больных, 36 до 45 лет – 40 больных, 46 до 55 лет – 72 больных, 56 до 60 лет – 70 больных, 60 до 70 лет – 39 больных, старше 84 лет – 1 больной.
Наиболее частыми причинами развития ХПН: диабетическая нефропатия (32%), хронический гломерулонефрит (28%), врожденная поликистозная болезнь почек (11%) и хронический пиелонефрит (7%). Сравнительный анализ динамики заболеваемости ХПН с 2012 по 2016 гг. показал рост по республике числа больных. Результаты исследования продемонстрировали гендерные различия в структуре больных на заместительной почечной терапии с тенденцией к повышению числа больных женского пола (37,1 % в 12012 г. и 40% в 2016 г.). Изменилась структура причин развития ХПН в 2012 г. заболеванием, приводившим к ХПН в большинстве случаев, был хронический гломерулонефрит (46,7%), в 2016 г.- диабетическая нефропатия (32%). При изучении фоновых заболеваний у больных с терминальной стадией ХПН было выявлено наличие АГ в 80 % случаев, сахарного диабета 32% случаев.
Достаточно часто наблюдалась анемия различной степени выраженности: легкой степени -у 17%, средней степени у 61% и тяжелой степени у 22% больных.
Выводы: 1. Отмечается рост количества больных, получающих заместительную почечную терапию за анализируемый период.
2. Основными причинами развития терминальной стадии ХПН являются хронический гломерулонефрит и диабетическая нефропатия.
3. Из фоновых заболеваний артериальная гипертония и сахарный диабет являются самыми частыми коморбидными состояниями у больных на ЗПТ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шаваева А.А. Арамисова Р.М.
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия

Цель исследования - определение жесткости сосудов и параметров гемодинамики у больных АГ и разработка методических рекомендаций по включению сфигмографии в скрининговый метод обследования.

Материал и методы. Исследование жесткости периферических артерий с оценкой сердечно-лодыжечного сосудистого индекса проводилось с помощью прибора VaSera VS-1500N (фирма Fukuda Denchi CO., LTD, Япония). Рассчитывался лодыжечно- плечевой индекс давления (ABI), измеряя неинвазивно артериальное давление (АД) на плечах и лодыжках, а также определялся индекс CAVI (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс) путем регистрации плетизмограмм на 4-х конечностях, снимались электрокардиограммы, фонокардиограммы.

Результаты. Анализируемая выборка составила 43 человека в возрасте от 29 до 82лет (средний возраст 60,9±1,7лет). Обследованные больные были разделены на 2 группы: первая – страдающие АГ (32 человека), вторая – АГ + сахарный диабет (11 человек).

В результате обследования было выявлено, что в первой группе среднее значение индекса R-CAVI составило 8,48±0,42; L-CAVI- 8.55±0,33; при этом максимальное значение – 12,1; R-ABI- 1,16±0,12; L-ABI-1,18±0,23; максимальное значение – 1,17; биологический возраст артерий- 64,3±2,37 справа, 63,8±2,39слева. Во второй группе у больных сахарным диабетом и артериальной гипертонией среднее значение индекса R-CAVI составило 8,48±0,38; L-CAVI- 8.25±0,47; при этом максимальное значение – 11,9; R-ABI- 1,25±0,09; L-ABI-1,28±0,08; максимальное значение – 1,09; у большинства больных отмечался показатель ABI более 0,9. Это свидетельствует, об облитерирующем поражении сосудов нижних конечностей и может расцениваться, как косвенный признак выраженного атеросклероза. При исследовании брахицефальных артерий методом УЗИ у 82 % отмечалось слоистое строение комплекса интима-медиа, что действительно подтверждает полученные данные сфигмографии.

Выводы:

1. Увеличение CAVI, характерное для больных АГ, свидетельствует о повышенном риске макрососудистых осложнений.
2. Снижение ABI (ЛПИ), определяемое в процессе проведения обьемной сфигмометрии, является характерной особенностью больных АГ и СД.
3. Определена прогностически значимая величина индекса сосудистой жесткости, которая соответствует предиктору сердечно-сосудистого риска.
4. Простота и неинвазивность метода позволяет его использовать как скрининговый метод в различных возрастных группах, у лиц проходящих предварительные и периодические медицинские осмотры, пациентов, имеющих какие либо факторы риска, или заболевания сердечно-сосудистой системы.

ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ПЕРВОЕ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ИНФЛИКСИМАБ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Шалыгина А.А., Байдильдина Б.Н.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить клинический ответ, а также показатели лабораторных тестов при проводимой генно-инженерной терапии препаратом Инфликсимаб у пациентов с подтвержденным диагнозом анкилозирующий спондилоартрит, имеющим высокую активность болезни (BASDAI> 4) в зависимости от количества введенных доз препарата.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подверглись истории болезней дневного стационара областной клинической больницы города Караганда пациентов, получающих инфликсимаб. В исследование включены 47 человек (40 - мужского пола и 7 - женского) . Анализ проводился согласно клиническому и лабораторному ответу на проводимую терапию, а также наблюдению пациентов после прекращения терапии.

Результаты. В результате проведенного анализа было выяснено, что у 92% пациентов активность анкилозирующего спондилита снизилась (BASDAI < 3), 77% отмечают уменьшение болевого синдрома, и 71% - уменьшение утренней скованности. В 96% случаев изначально высокие значения СОЭ (>10 мм/ч) и СРБ (>5 мг/л) снизились до нормы. Указанные клинические и лабораторные изменения имели место сразу после первого применения препарата и сохраняются на всем протяжении терапии. **Заключение.** Таким образом, при первом введении препарата Инфликсимаб было достигнуто значительное клиническое улучшение, снижение индекса BASDAI, а также нормализация лабораторных показателей, что сохраняется при последующих введениях. Однако при прекращении терапии инфликсимабом происходит при развитии побочных явлений происходит возвращение в исходным величинам СОЭ и индекса BASDAI.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р.
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Цель. Изучение частоты встречаемости и распределения электрокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в зависимости от наличия абдоминального ожирения (АО) у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследованы 97 женщин-жительниц г. Казани в возрасте 27−46 лет; из них 16 практически здоровых добровольцев с нормальным артериальным давлением (АД< 130/85 мм рт.ст.) без указания на повышение АД в анамнезе, 27 пациенток с высоким нормальным АД и 54 пациентки с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2010), с длительностью АГ −11,7±8,3 лет. Средний возраст пациенток с АГ – 40,5±4,1 лет. Из исследования исключали пациенток с симптоматическими формами АГ. Обследуемым проводили измерение АД, окружности талии, электрокардиографию. Абдоминальный тип ожирения устанавливали при значении окружности талии более 88 см. ГЛЖ определяли по признаку Соколова–Лайона, Корнельскому, Губнера–Унгерлейдера, амплитуде зубцов R_{aVL} и $R_{V5,6}$. Обследуемые были распределены на две группы в зависимости от наличия АО: без АО (62 женщины) и с АО (35 женщин). Для оценки значимости различий распределения в группах использовали критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений − критерий Манна−Уитни−Вилкоксона (U).

Результаты. В группе всех обследованных, имеющих АО, по сравнению с лицами с нормальным АД и без АО, среди женщин репродуктивного возраста обнаружены значимо (по критерию U) более высокие средние значения Корнельского признака (15,0±4,4 мм против 12,1±7,6 мм; $p<0,05$), признака Губнера−Унгерлейдера (12,0±5,2 мм против 8,9±6,7 мм; $p<0,05$), амплитуды зубца R_{aVL} (5,7±2,8 мм против 3,6±2,9 мм; $p<0,001$). Частота встречаемости электрокардиографических признаков в зависимости от наличия АО среди всех обследованных не различалась ($p>0,05$).

В группе пациенток с АГ, имеющих АО, по сравнению с лицами с нормальным АД и без АО, обнаружена значимо ($p<0,01$ по ТМФ) бóльшая частота встречаемости электрокардиографических признаков ГЛЖ (42% против 0%) и отмечены значимо ($p<0,001$ по критерию U) более высокие средние значения Корнельского признака (16,2±3,8 мм против 8,4±3,7 мм), признака Губнера−Унгерлейдера (12,8±5,5 мм против 5,8±1,9 мм), амплитуды зубца R_{aVL} (6,1±3,0 мм против 2,1±1,4 мм).

Заключение. Таким образом, среди пациенток с артериальной гипертензией у женщин репродуктивного возраста абдоминальное ожирение ассоциируется со значимо ($p<0,01$ по

ТМФ) большей частотой встречаемости электрокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка и значимо ($p<0,001$ по критерию U) более высокими средними значениями Корнельского признака, признака Губнера−Унгерлейдера, амплитуды зубца R_{aVL}.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шаханов А.В., Гольдин М.Ю., Бурцева Л.В., Урясьев О.М.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Областная клиническая больница, Рязань, Россия

Цель. Оценить клинико-патогенетическое значение определения уровня метаболитов оксида азота в крови у больных бронхиальной астмой и гипертонической болезнью.
Материал и методы. В исследование был включён 91 пациент в возрасте от 45 до 69 лет (медиана – 55 [50; 62] лет), проходивший стационарное лечение в ГБУ РО ОКБ (г. Рязань) по поводу бронхиальной астмы или гипертонической болезни. Больные были разделены на три группы в зависимости от наличия заболевания: БА (1 группа), БА в сочетании с ГБ (2 группа), ГБ (3 группа). Больным выполнено измерение уровня суммарных метаболитов оксида азота в крови и оценка ФВД. Уровень суммарных метаболитов оксида азота в сыворотке крови проводили спектрофотометрическим методом в видимой области спектра по реакции с реактивом Грисса в модификации Метельской В. А. с колориметрическим определением на микропланшетном анализаторе StatFax 3200 (Awareness Technology, США).
Результаты. Анализируя связь уровня метаболитов оксида азота с сочетанной патологией БА и ГБ установлено, что в крови больных бронхиальной астмой медиана уровня метаболитов оксида азота имела наивысшее значение, составляя 75,6 [70,4; 80,8] мкмоль/л. Уровень метаболитов оксида азота в крови больных БА в сочетании с ГБ и больных ГБ был ниже, составляя 72,4 [66,2; 81,2] мкмоль/л и 60,0 [54,6; 62,7] мкмоль/л соответственно. Различия уровня метаболитов оксида азота в зависимости от заболевания были статистически значимы ($p < 0,001$). Проведя попарные сравнения групп с помощью критерия Манна-Уитни, установлены статистически значимые различия уровней метаболитов оксида азота в группах больных БА и БА в сочетании с ГБ по сравнению с группой больных ГБ ($p < 0,001$ и $p < 0,001$, соответственно). При этом наблюдаемые различия между группой больных БА и группой больных БА в сочетании с ГБ не достигали статистически значимого уровня, ($p = 0,188$), что позволяет сделать предположении о большем влиянии БА на уровень метаболитов оксида азота в крови по сравнению с ГБ. Кроме этого в исследовании выявлена тенденция к увеличению уровня метаболитов оксида азота в крови больных БА с увеличением тяжести БА и объёма базисной терапии. У больных ГБ выявлена обратная тенденция к уменьшению уровня метаболитов оксида азота в крови с увеличением стадии и степени АГ.
Заключение. Подводя итог можно сделать заключение, что уровень метаболитов оксида азота в крови больных бронхиальной астмой выше, чем в крови больных сочетанной патологией бронхиальной астмы и гипертонической болезни, который, в свою очередь, выше, чем в крови больных гипертонической болезнью, что говорит об участии оксида азота в реализации патогенеза сочетанной патологии бронхиальной астмы и гипертонической болезни.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И РАКА

Шевцова Н.Н.

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Цель. Изучение частоты сочетания сахарного диабета и рака, клинико-метаболических особенностей и характера заболеваний с позиций взаимосвязи и взаимоотягощения.
Материал и методы. Статистически обработан архивный и клинический материал историй болезней и амбулаторных карт методом сплошной выборки больных с разной локализацией рака с целью выявления у них сочетания с сахарным диабетом. Проанализировано свыше 7900 случаев болезни сочетанной патологии. Обследован 121 больной сахарным диабетом в сочетании с раком. Срок их наблюдения – 5-7 лет, длительность сахарного диабета: от впервые выявленного – до 28 лет. Из обследуемых выделена группа А, в которой сахарный диабет предшествовал раку (58 человек), и – группа Б, в которой сахарный диабет появился при раке (63 человека).
Результаты. 1.Частота сахарного диабета среди больных раком составляет 2,3%; частота рака среди больных сахарным диабетом -0,46%. Средний возраст больных с сочетанной патологией составляет 64,1±9,8 лет с преобладанием женщин ($p<0,0001$) в периоде нарушенного репродуктивного гомеостаза и при наличии обменно-сосудистых нарушений. 2. Частота сочетания рака с сахарным диабетом разная при разной локализации рака : наибольшая – при раке поджелудочной железы (17,46%), раке толстого кишечника (6,92%), раке тела матки (5,65%). 3. Сахарный диабет, длительно предшествующий раку (группа А), у 44,8% больных характеризуется немотивированным смягчением клинических проявлений, стабильным уменьшением уровня глюкозурии, гликемии, потребности в инсулине и таблетированных сахароснижающих препаратах за 5-10 месяцев до клинической манифестации опухоли. 4. Одним из прогностических факторов течения рака является тип сахарного диабета: наименее прогрессирующее развитие рака наблюдается при сахарном диабете 2 типа с наименьшей частотой рецидивов, отдаленного метастазирования ($p< 0,01$) и более длительной продолжительностью жизни больных. При сахарном диабете 1 типа раку свойственно более прогрессирующее течение.
Заключение. Таким образом, с точки зрения клинической практики врачу важно помнить о выявленных в исследовании латентных признаках развивающейся опухоли у больных, длительно страдающих сахарным диабетом (немотивированном уменьшении жажды, сухости во рту, стабильном уменьшении глюкозурии и уровня гипергликемии вплоть до ее нормализации, снижении потребности в гипогликемизирующей терапии (у 45% больных за 5-10 месяцев доклинической манифестации опухоли). Следует учесть, что патология чаще встречается в возрасте 6-7 декады жизни, с более частой локализацией опухоли в поджелудочной железе, толстом кишечнике, репродуктивной системе, преимущественно у женщин. Указанные изменения в течении сахарного диабета должны явиться поводом к углубленному онкологическому обследованию пациента.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ ХРОНОТИПА СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ В ЗАПОЛЯРЬЕ

Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Гапон Л.И., Дьячков С.М., Губин Д.Г.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск; Филиал «Медико-санитарная часть» ООО «Газпром добыча Ямбург», Ямбург; «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Россия

АГ является важной проблемой здоровья среди лиц, работающих вахтовым методом, так как является типичной болезнью адаптации.

Цель - в течение проспективного (годового) наблюдения изучить хронофизиологические особенности ритмов артериального давления (АД) у нормотензивных лиц и определить их прогностическую значимость в развитии артериальной гипертензии (АГ) в условиях вахты на Крайнем Севере.

Материал и методы. В течение проспективного годового наблюдения в условиях вахтового режима труда в Заполярье обследованы 173 мужчины с нормальным АД и с отрицательным анамнезом по артериальной гипертензии, средний возраст 40.2±4.1 лет; северный стаж 16.5±6.8 лет; стаж работы вахтой – 11.2±3.8 лет; офисное систолическое/диастолическое АД 123.4±7.5/80.5±5.5 мм.рт.ст. Всем пациентам 1 раз в 3 месяца выполнено суточное мониторирование АД (СМАД) и индивидуальный косинор-анализ данных с определением хронотипов суточных ритмов АД.

Результаты. Результаты проспективного годичного изучения хронобиологических параметров выявили высокую распространенность атипичных хронотипов суточных ритмов АД у нормотензивных лиц в условиях вахты на Крайнем Севере. Прогностическое значение нарушений суточного ритма АД заключается в высокой частоте трансформации атипичных нормотензивных хронотипов в гипертензивные. В условиях заполярной вахты хронобиологический подход в сравнении со стандартным анализом СМАД показал более высокие диагностические чувствительность, специфичность и эффективность выявления АГ у нормотензивных лиц по результату проспективного (годичного) наблюдения.

Заключение. Метод логистической регрессии выявил прогностическую значимость нормотензивных атипичных хронотипов АД в развитии АГ в сравнении с основными факторами риска (ФР): курение, низкая физическая активность (НФА), избыточная масса тела (ИМТ), дислипидемия, возраст, длительность северного и вахтового стажа, режим и тип вахты. С помощью мультивариантного анализа получена модель, позволяющая определить диагностический показатель, прогнозирующий риск развития АГ в течение года у нормотензивных лиц в условиях вахты на Крайнем Севере.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Шакирова Ш.Д., Тауешева З.Б., Гусеинова З.К., Карлова А.Е., Кадыркулов Б.Х.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить качество жизни (КЖ) пациентов с СД 1 типа в его взаимосвязи с клиническими характеристиками заболевания, поведением.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов (25 мужчин,55 женщин) в возрасте от 19 до 26 лет с СД1. Оценка качества жизни пациентов проводилась при помощи опросника «Аудит диабет-зависимого качества жизни» (ADDQoL), который состоял из 18 параметров. Значения по каждого параметра по данному опроснику варьируются от -9 (максимально негативное влияние) до +9 (максимально позитивное влияние); 0 – отсутствие влияния. В данные опросника входили следующие параметры: трудовая и семейная, общественная жизнь, отношения с друзьями, половая жизнь, внешность, физические возможности, досуг, передвижение, уверенность в действиях, стремление в мечтах, беспокойство о будущем, материально-финансовое положение, зависимость от других, условия жизни, свобода в питании, а так же проводилась оценка благополучия, по трем основным шкалам: позитивного и негативного благополучия и энергии. Оценивалась частота измерения сахара в крови как одного из аспектов меняющий КЖ больных диабетом. Данные обрабатывались с использованием параметрической корреляции, t-критерия Стъюдента и дисперсионного анализа.

Результаты. Результат исследований показал, что диагноз СД1 оказывает негативное влияние на все аспекты жизни. При этом на первом месте страдают такие параметры, как свобода питания (-2,9), трудовая жизнь (-2,9),физ. активность (-2,8) и уверенность в будущем (-2,6). Наиболее высокий уровень эмоционального благополучия пришелся на

группу лиц, проводивших самоконтроль сахара 3–4 раза в неделю. Так же были отмечены гендерные различия (ADDQoL). Сахарный диабет оказывает более выраженное влияние на КЖ женщин по сравнению с мужчинами. У женщин больше страдает семейная жизнь (-1,8 у мужчин и -2,5 у женщин, $p \leq 0,001$), общественная жизнь (-1,1 и -2,2, $p \leq 0,001$), свобода питания (-1,8 и -3,4 , $p \leq 0,001$). Так же у женщин более выражены негативные переживания, связанные с СД , согласно W-BQ12 (3,7 балла у женщин; 2,5 балла у мужчин, $p \leq 0,001$). Мужчины меньше пропускали работу и активный отдых по причине СД, чем женщины. Также у мужчин отмечалась большая удовлетворенность лечением, чем у женщин. Нужно, отметить, что уровень КЖ был прямо пропорционален качеству самоконтроля состояния гликемии.

Заключение. Таким образом, следует отметить, что СД1 оказывает негативное влияние на все аспекты жизни, выражающееся в отсутствии свободы питания, в трудовой жизни, в физических возможностях, в беспокойстве о будущем, Мужчины страдающие сахарным диабетом имеют лучшее КЖ, чем женщины. Наиболее высокий уровень отмечался у пациентов, проводивших самоконтроль гликемии в среднем 3–4 раза в неделю.

ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА СОСТОЯНИЕ ПАРАМЕТРОВ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИОД ГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Швейнов А.И., Михин В.П., Губина Ю.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Оценка состояния параметров свертывающей системы крови у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и острым инфарктом миокарда на фоне приема Омакора в составе комплексной терапии в период госпитальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое, рандомизированное исследование 100 пациентов (76 мужчин, 24 женщины) от 45 до 70 лет (59,4±5,3), с диагнозом «острый Q-инфаркт миокарда», верифицированный в соответствии с клиническими данными, ЭКГ, наличию в крови маркеров некроза миокарда (КФК, КФК-МВ, тропонины). Пациенты были разделены на две группы: в основной группе комплексная терапия в течение 14 суток дополнялась препаратом Омакор в дозе 1г/сут. В контрольной группе стандартная терапия оставалась без изменений.

На 1, 7 и 14-е сутки лечения в венозной крови пациентов определялись параметры коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время и уровень фибриногена А. Показатели анализировались с использованием методов параметрической статистики (критерий Стьюдента, программа Statistica 6,0).

Результаты исследования. Снижение уровня антикоагулянтной активности крови отмечалось на 1 сутки заболевания у пациентов как основной, так и контрольной групп. При дальнейшем наблюдении к 14 суткам отмечено повышение уровня АЧТВ в основной группе на 9,8% по сравнению с исходным, в контрольной группе указанный показатель снизился на 14,5%. Уровень ПТИ и МНО в обеих группах колебался в пределах нормы.

Концентрация фибриногена А повышалась к 7 суткам как в основной (на 57,1%), так и в контрольной (на 39,3%) группах, однако возвращение его уровня близко к норме на 14 сутки статистически значимо зарегистрировано лишь в основной группе - снижение на 21,4% по сравнению с 7 сутками.

Отмечено и влияние терапии на конечный этап гемостаза – превращение фибриногена в фибрин, путем удлинения тромбинового времени к 14 дню (статистически значимо по сравнению с 1 сутками) в обеих группах исследования.

Заключение. Таким образом, выявлено влияние Омакора на внутренний механизм свертывания крови, путем удлинения показателя АЧТВ**.** К 14 суткам в группе применения Омакора снижается повышенный уровень фибриногена, наблюдающийся к 7 суткам.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСИММЕТРИИ РЕНТГЕНОВСКОЙ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Шевелева Н. И., Минбаева Л. С., Беляева Я. В.
Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан

Цель. Оптимизация рентгенологического исследования коленных суставов путем разработки методики определения асимметрии рентгеновской суставной щели (РСЩ) коленных суставов.

Материалы и методы. Реализации поставленной цели осуществлялась посредством внесения ряда изменений в стандартизированную методику проведения рентгенографии коленных суставов в прямой проекции:

- вместо стандартной укладки использовали укладку пациента в положении стоя «с нагрузкой», которая была модифицирована путем установки стоп на подножке деки параллельно друг другу, что сделало возможным получение рентгенологической картины распределения осевой нагрузки на коленные суставы в зависимости от наличия вальгусной/варусной позиции стоп;
- асимметрию РСЩ оценивали по разнице цифровых показателей (в см), измеренных по медиальному и латеральному контурам коленного сустава в местах наибольшего расширения и сужения (краевые поверхности латеральных и медиальных мыщелков большеберцовой и бедренной костей по передней поверхности);

Направление центрального луча соответствовало применяемому в стандартизированной методике рентгенографии коленных суставов в прямой проекции.

Асимметрию РСЩ по предложенной методике определяли у 30-ти пациентов с установленным диагнозом остеоартроз коленных суставов 2-3 степени по классификации Kellgren-Lawrence (1957). Исследование проводилось до и после курса (5 процедур) экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) на цифровой рентгеноскопической системе Luminos Fusion (Siemens) с динамической версией плоскопанельного детектора. Особенность методики ЭУВТ заключалась в осуществлении индивидуальной биомеханической коррекции работы сухожилий, связок и мышц нижних конечностей пациентов, что способствовало созданию необходимых условий для полноценного функционирования коленных суставов в условиях функциональной разгрузки. Процедуры ЭУВТ проводили с промежутком в 3-5 дней, время между первичным и повторным рентгенологическим исследованием коленных суставов составило, таким образом, составило 3-4 недели. Анализ асимметрии РСЩ, в сравнительном аспекте до и после ЭУВТ, проводился с использованием непараметрического парного критерия Вилкоксона для 2-х зависимых групп, с представлением данных в виде Me (Q1; Q3).

Результаты. Первичное рентгенологическое исследование коленных суставов выявило асимметрию РСЩ у 100% пациентов. На фоне курсового лечения, у всех пациентов наблюдалась положительная рентгенологическая динамика, сопоставимая с улучшением клинических показателей гонартроза. По результатам проведенного анализа было выявлено статистически значимое уменьшение асимметрии РСЩ, определенной по предложенной методике ($Z=5{,}20$, $p<0{,}001$), что составило 0,22 (0,18; 0,24) до лечения и 0,12 (0,10; 0,14) после.

Заключение. Предложенная методика рентгенологического исследования коленных суставов позволяет выразить асимметрию рентгеновской суставной щели в цифровом

эквиваленте, в динамике оценить изменения конгруэнтности суставных поверхностей и обеспечить дифференцированный подход к терапии гонартроза.

ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОВОДЯЩИХ СОЕДИНЕНИЙ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Шерашов В.С., Шерашова М.В., Шерашова Н.В.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Предпосылки: очевиден высокий современный методический уровень кардиохирургической практики лечения тахиформ фибрилляции предсердий, других причин повышения атриовентрикулярной (АВ) проводимости за счет применения эффективной абляции АВ соединения, других шунтирующих дополнительных проводящих АВ соединений (ДПС).

В тоже время, остается неясным вопрос целесообразности и эффективности применения средств и методов, влияющих на АВ проводимость при синдроме ночной гиперсимпатикотонии (СНГ) с целью снижения АВ проводимости и профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Цель: в течение 5-ти летнего наблюдения сопоставить исходы ССО в двух группах с исходно верифицированным функциональным состоянием АВ проводимости.

Методы исследования: 52 ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС с полным синдромом ночной гиперсимпатикотонии (Гр.1) и 36 пациентам без признаков этого синдрома (неселективная Гр.2) в одно и тоже утреннее время выполнялась чреспищеводная диагностическая кардиостимуляция с поиском зон тахикардии (S1S1=600мс; S2S3S4S5, UHS-20, ЭКСП-Д, ПЭДСП-2) и оценкой точки Венкебаха (т.В) в утреннее время. Все пациенты прошли суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) ежегодно в течение последующих 5 лет. В этот период ежегодно для установления устойчивости СНГ число выполненных СМЭКГ составило от 3 до 5-ти у каждого обследованного. Не было различий по полу и возрасту между группами. Исключались пациенты с ФКIII и выше, как возможной причины компенсаторной индуцированной устойчивой гиперсимпатиконии. Прием бетаблокаторов отменялся заранее. В последующий 5-ти летний период наблюдения проводилась также оценка жизненного статуса.

Полученные результаты: эхо-зон тахикардии не выявлено ни в одном случае. Т.Венкебаха в Гр.1 = 211,67±10 имп/мин в Гр.2 = 160,78±13,7 имп/мин, $p<0,001$.

Дневная ЧЖС при ФП в Гр.1 составила 168,67±37,83 (M±SD)уд/мин и превышала таковую в Гр.2 – 149,07±27,01уд/мин, $p<0,03$. Существенно более выраженными были различия показателей в ночной период времени: ЧЖС при коротких пароксизмах ФП в Гр.1 составила 209,42±58,16 (M±SD)уд/мин и превышала таковую в Гр.2 – 102,70,07±37,55уд/мин, $p<0,000008$.

В Гр.1 в период дальнейшего наблюдения умерло 3 пациента (острая сердечная недостаточность). В Гр.2 летальных случаев не зарегистрировано. Исходная т.В у 3-х умерших составила 220-230имп/мин.

Выводы: Ориентиром для превентивного лечения и диспансерного наблюдения у лиц с синдромом ночной гиперсимпатикотонии является точка Венкебаха, ключевой показатель в числе других, позволяющий оценить риск развития более сложных нарушений сердечного ритма и их осложнений у таких пациентов.

ЭТАПНЫЕ ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шнейдер Ю.А., Цой В.Г., Худеньких Е.Е., Коциенко А.С., Шиленко П.А., Черкес А.Н.
Федеральный центр высоких медицинских технологий
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Калининград, Россия

Цель: представить собственный опыт в лечении ИБС с применением гибридных технологий.

Материалы и методы. С 2012г. по декабрь 2016г. на базе ФГБУ «ФЦВМТ г. Калининград» выполнено 177 гибридных операций у больных с ИБС. Возраст: 66.7±20.1лет, мужчин было 120(67.8%). Число пораженных коронарных артерий 2,2. Число пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 86(25.2%). Пациентов перенесших инфаркт(ы) миокарда 104(59%). Функциональный класс стенокардии II-IV по NYHA. Фракция выброса (Simpson), 46±12.7%.,таким образом средний Euroscore II составил 4.51%. Перенесших ранее ОНМК 9 (5%). Ранее выполнявшиеся стентирования коронарных артерий 35(19.8%). Ранее выполнялось АКШ с использование ЛВГА 7(4%)., ХОБЛ 51(28.8%).

Результаты. Летальности при выполнении первого этапа не было, при выполнении второго этапа летальность составила 1 (0.6%). В раннем послеоперационном периоде отмечены: инфекционное осложнение послеоперационной раны у 3 пациентов с индексом массы тела >35 с инсулинзависимым сахарным диабетом. В 5случаях(2.8%) выполнены ревизии операционной раны по поводу кровотечения. В 4(2.3%) случаях выполнялось экстренное стентирование ОА или ПКА, выполненная коронарошунтография не выявила нарушение кровотока по мамарокоронарному шунту. Период наблюдения составил 36±7мес. За это время ИМ и летальных исходов не отмечено. Тромбоз шунта выявлен в 2 случаях(1.2%), новые стенозы ПМЖА 2(1.2%).

Заключение. Гибридные вмешательства выполнимы и имеют хорошие непосредственные результаты у пациентов различных возрастных категорий, пациентов с отягощенной сопутствующей патологией, больных с ранее перенесенными кардиохирургическими вмешательствами. Могут быть выполнены у пациентов с отсутствием возможности забора необходимого для стандартного АКШ количества кондуитов. Характер и частота осложнений не превышают таковых при стандартной операции реваскуляризации миокарда. Для окончательной оценки полезности гибридных операций требуется накопление большего опыта и изучение отдаленных результатов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Югай К.С., Абдрахманова М.Т., Ларюшина Е.М., Джунусбекова Г.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, НИИ Кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель. Изучить распространенность модифицируемых факторов риска у лиц молодого возраста в Карагандинской и Южно-Казахстанской областях с целью рассмотрения вопроса о направленности первичной профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Проведено кросс-секционное скрининговое обследование 2016 человек в возрасте 25-44 лет, из них 1319 жителей Карагандинской области (мужчин - 294, женщин - 1025), которые были включены в группу 1, 697 (мужчин - 196, женщин - 501) Южно-Казахстанской (группа 2). Скрининг включал анкетирование, антропометрию,

измерение АД, уровня глюкозы, холестерина крови, оценку социально-поведенческих особенностей. Для сравнения частоты встречаемости качественного признака в различных независимых совокупностях использовался критерий хи-квадрат. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Среди обследованных представителей 1 группы 287 от общего количества являются курильщиками (21,9%, ДИ 17,15;26,73), 2 группы – 114 (16,4%, ДИ 9,59; 23,2, p=0,192). Низкая физическая активность (менее 30-минутной физической активности в день) выявлена у 214 респондентов группы 1 (16,3%, ДИ 11,4;21,3) и у 232 обследованных из 2 группы (33,7%, ДИ 27,6;39,8). Гиперхолестеринемия была зарегистрирована у 205 респондентов группы 1 (16,6%, ДИ 11,5;21,7) и у 87 представителей группы 2 (12,5%, ДИ 5,51;19,4, p=0,018). Ожирение было выявлено у 262 обследованных группы 1 (20,02%, ДИ 15,2;24,9), группы 2 - у 105 (15,06%, ДИ 8,21;21,91, p=0,01). Артериальная гипертензия была верифицирована у 216 респондентов группы 1, что составило 16,4% от общего числа обследованных (ДИ 11,45;21,33), и у 116 обследованных из группы 2 (16,7%; ДИ 9,91;23,51, p=0,94). 54 обследованных группы 1 имели повышенный уровень глюкозы крови (4,45%, ДИ 0;9,95), в группе 2 гипергликемия была зарегистрирована у 68 (9,74%, ДИ 2,68;16,8, p=0,0001). Кроме того установлено, что сахарный диабет имелся у 28 обследованных группы 1 (2,13%, ДИ 0;7,48) и у 21 респондентов группы 2 (3,02%, ДИ 0;10,35, p=0,8474).

Заключение. Таким образом, наиболее распространенными модифицируемыми факторами сердечно-сосудистого риска среди жителей молодого возраста в Карагандинской области являются курение, ожирение, гиперхолестеринемия. Среди обследованных представителей Южно-Казахстанской области в данной возрастной группе среди модифицируемых факторов риска наиболее распространены низкая физическая активность, гипергликемия, ожирение. Артериальная гипертензия примерно с равной частотой встречается среди представителей обеих областей. Учитывая данный результат, можно придти к заключению, что пропаганда ведения здорового образа остается определяющим направлением в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Усилия врачей и общества должны быть сконцентрированы на выявление причин низкого комплаенса к соблюдению здорового образа жизни, раннему выявлению и устранению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ БИОРАСТВОРИМОГО КАРКАСА ABSORBУ БОЛЬНЫХ ИБС

Юлдашев Н.П.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить эффективность использования второй генерации эверолимус выделяющего биорастворимого сосудистого каркаса Absorb у больных ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 53 пациента с различными формами ИБС, подвергнутые чрескожным коронарным вмешательством с имплантацией биорастворимого сосудистого каркаса Absorb. Средний возраст больных составил 51 ±8,4 лет. Стабильная стенокардия было показанием для ЧКВ в 37,7% случаях, инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в 50,9% и нестабильная стенокардия – в 11,4%.

Результаты. Всего было подвергнуто лечению 54 коронарных поражений, из которых 48,1% были поражения типа С. По данным количественной коронарной ангиографии до и после имплантации каркаса острый прирост составил 2,75мм. Ангиографический успех вмешательство достигнуто в 96,2% случаев, непосредственный клинический успех составил 94,2%. В средне-отдаленном периоде кумулятивная частота клинических осложнений со стороны целевого сосуда (кардиогенная смерть, ИМ связанный с целевой

артерией или необходимость повторной реваскуляризации целевого сосуда, тромбоз каркаса) составило 3,6%, включая 1,8% ИМ и 1,8% тромбоза каркаса, клиническая эффективность составило 88,6%.
Заключение. Использование биорастворимого сосудистого каркаса Absorb у больных ИБС ассоциируется с хорошим клинико-ангиографическим успехом и приемлемыми промежуточными клиническими исходами.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РАННЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юсупов Д.М., Камилова У.К.
Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан

Цель .Изучить процессов раннего ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).
Материал и методы. Обследованы 82 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст 48,61±6,76 года). Для оценки процессов раннего ремоделирования ЛЖ проводили эхокардиографию с допплерографией.
Результаты. По данным ЭхоКГ, выполненной на 10-14 сутки Q-ИМ, систолическая дисфункция ЛЖ (ФВ<40%) имела место у 14 (17%) больных. Умеренное снижение сократительной функции ЛЖ (40<ФВ<50%) отмечалось у 32 (39%) больных и у 36 (44%) пациентов величина ФВ ЛЖ была выше 50%. ЭхоКГ-признаки раннего локального ремоделирования ЛЖ (закругление верхушки, парадоксальное выбухание стенки в зоне повреждения) были выявлены у 28 (34,1%) больных, митральная регургитация (МР) I степени – у 16 (19,5%), МР II степени – у 10 (12,2%) больных. В целом по группе один из этих неблагоприятных ЭхоКГ-признаков или их комбинацию (30%<ФВ<40% и/или МР и/или локального ремоделирования зоны инфаркта) имели 45 (54,9%) больных. При этом только систолическая дисфункция отмечена в 15 (18,2%) случаях; только МР - в 13 (15,8%) случаях, только ремоделирование - в 10 (12,2%) случаях. Одновременно 2 признака выявлено у 11 (13,4%) пациентов: по 3 (3,6%) случая сочетания систолической дисфункции с МР I степени и ремоделирования с МР I степени, и 8 (9,7%) случаев сочетания систолической дисфункции с локальным ремоделированием. У 7 (8,5%) больных были обнаружены одновременно все 3 признака: ФВ<40%, локальное ремоделирование в зоне инфаркта и МР II степени.
Заключение. У больных ОИМ с раннего периода заболевания выявлялись процессы ремоделирования ЛЖ, характеризующиеся у 39% больных умеренным снижением сократительной способности миокарда ЛЖ и у 17% систолической дисфункцией ЛЖ.

ПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ, УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Янковская Л.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Оценить потребление и уровень кальция (Са), уровень витамина D в крови и интенсивность кариеса у студентов.
Материалы и методы исследования. Методом одномоментного исследования был обследован 41 студент-медик 19 - 22 лет (14 парней, 27 девушек) с измерением антропометрических данных и осмотром полости рта. Интенсивность кариеса оценивалась по индексу КПУЗ=кариозные (К)+пломбированные (П)+удаленные (У) зубы. Методом

анкетирования оценено среднесуточное потребление Ca с продуктами питания. Калориметрическим методом измерен уровень общего Ca и фосфора (P) в крови. Методом иммуноферментного анализа определен уровень витамина D (25(OH)D total) в сыворотке крови.

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) составил 22,7±3,2 кг/м^2. Среднесуточное потребление Ca составило 556,7[447,3;756,7] мг/сут, при норме потребления 1000 мг/сут. Ежедневно достаточно потребляли Ca только 17% (n=7) обследованных. Уровень Ca в крови составил 2,3±0,11 ммоль/л, уровень P - 1,1±0,18 ммоль/л и во всех случаях соответствовал норме. D-гиповитаминоз (25(OH)D<30 нг/мл) встречался у 85% обследованных. КПУЗ был от 0 до 13, в среднем составив 6,0[4,0;8,0]. В структуре КПУЗ значительно преобладал компонент П – пломбированные зубы, встречающийся у 90% обследованных. Общее количество пломб у обследованных составило 199, в среднем 5 пломб у одного студента. КПУ зубов был равен 0 у трех студентов (7%). В обследованной группе студентов наиболее часто встречалась средняя активность кариеса – в 39,0% случаев. У 44% (n=18) имелось кариозное поражение зубов (показатель «К»>0), требующее лечения. Уровень Ca и витамина D в крови были взаимосвязаны с ростом (R=0,32; p=0,04 и R=0,58; p=0,00006 соответственно). Потребление Ca было взаимосвязано с ИМТ (R=0,54; p=0,0003), т.е. чем выше ИМТ, тем больше Ca ежедневно потребляют студенты. У парней ИМТ был обратно взаимосвязан с КПУЗ: R=-0,56; p=0,04.

Выводы. Абсолютное большинство студентов-медиков нуждаются в увеличении ежедневного потребления Ca и повышении уровня витамина D в крови до оптимального. У студентов чаще встречается средняя активность кариеса – в 39,0% случаев. В санации полости рта нуждается практически каждый второй студент-медик.

ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЗНАЧИМОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ – ЕСТЬ ЛИ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ?

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Горбатенко Е.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Установить наличие гендерных различий клинико-функциональных параметров больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и митральной регургитацией (МР).

Материал и методы. Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны 403 пациента с анамнестическим Q-волновым инфарктом миокарда и асинергией ЛЖ соответствующей локализации при эхокардиографии и функциональной (без значимого поражения створок) МР ≥2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия ≥0,2 см² и регургитирующим объёмом ≥30 мл) - 350 мужчин и 53 женщины.

Результаты. При сравнении мужской и женской групп с ПИКС и МР оказалось, что группа мужчин по численности почти в 7 раз превосходила женскую. Женщины были старше мужчин, что объяснимо более поздним у них дебютом сердечно-сосудистых заболеваний в связи с окончанием протективного действия эстрогенов на сосудистую стенку. По результатам мультивариантного анализа женский пол продемонстрировал независимую связь с индексом толщины задней стенки левого желудочка (ЛЖ) (ОШ=3,215; 95% ДИ 1,781-5,804; p<0,001), гипофункцией щитовидной железы (ОШ=3,070; 95% ДИ 0,994-9,483; p=0,050), бóльшим индексом массы тела (ОШ=1,170; 95% ДИ 1,042-1,317; p=0,008), а также отсутствием курения (ОШ=0,056; 95% ДИ 0,013-0,244; p<0,001) и более низким уровнем гемоглобина (ОШ=0,927; 95% ДИ 0,890-0,966; p<0,001). Частота гипофункции щитовидной железы в нашей группе женщин была более

чем в 3 раза выше, чем у мужчин (29,7% против 9,6%, p=0,001). Эксцентрический тип гипертрофии был характерен для обоих полов, однако более выраженные у женщин дилатация левого предсердия и гипертрофия ЛЖ, независимая связь женского пола с индексом толщины свободной стенки ЛЖ, а также тенденция к бóльшим размерам желудочков и более частому выявлению тяжелых классов сердечной недостаточности говорят о более выраженном ремоделировании миокарда именно в группе женщин.

Заключение. Таким образом, гендерные различия между клинико-функциональными параметрами больных ИБС с ПИКС и гемодинамически значимой МР заключаются в более выраженном ремоделировании миокарда у женщин, что указывает на важность профилактики развития и прогрессирования у них глобального патологического ремоделирования ЛЖ.

ГЕНЕЗ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА – ТОЛЬКО ЛИ ИШЕМИЧЕСКИЙ?

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Горбатенко Е.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Установить взаимосвязи гемодинамически значимой митральной регургитации (МР) с параметрами женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) без инфаркта миокарда.

Материал и методы. Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны женщины с гемодинамически значимыми коронарными стенозами (≥75% просвета как минимум одной артерии) без инфаркта миокарда или анамнестического инфаркта миокарда: 20 пациенток с МР без значимого органического поражения створок ≥2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия ≥0,2 см² и регургитирующим объёмом ≥30 мл) и 183 пациентки без МР.

Результаты. Женщины с МР были старше (61,2±8,9 против 55,7±7,3 года, p=0,008), чаще демонстрировали более высокие (III) функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) (30,0 против 17,1%, p=0,033) и нарушения сердечного ритма (42,1 против 12,3%, p=0,001) при достоверно не различающейся частоте тяжелых (III-IV) ФК стенокардии напряжения (68,8 и 68,9%). При эхокардиографии у женщин с МР были выявлены бóльшие индексы линейных размеров левых отделов сердца - левого предсердия (23,5±3,0 против 20,9±3,0 мм/м², p<0,001) и левого желудочка (27,1±2,8 против 25,1±2,5, p=0,006), ниже фракция выброса ЛЖ (56,0±4,6 против 60,2±4,6%, p=0,001). Выявлено менее частое поражение передней межжелудочковой ветви в группе с МР (59,0 против 85,0%, p=0,024). По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали нарушения сердечного ритма (ОШ=4,05; 95%ДИ 1,15-14,35; p=0,030), увеличение индекса размера левого предсердия (ОШ=1,49; 95%ДИ 1,15-1,93; p=0,003) и более низкая фракция выброса ЛЖ (ОШ=0,86; 95%ДИ 0,76-0,96; p=0,008).

Заключение. МР у женщин с ИБС без инфаркта миокарда не связана с локализацией коронарных поражений, но ассоциирована с нарушениями сердечного ритма, увеличением индекса размера левого предсердия и снижением фракции выброса ЛЖ. Таким образом, у данного контингента больных не исключена возможность влияния неишемического фактора на развитие МР.

ГЕНЕЗ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА – ВОЗМОЖНО ЛИ ВЛИЯНИЕ НЕИШЕМИЧЕСКОГО ФАКТОРА?

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Горбатенко Е.А.
Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Установить взаимосвязи гемодинамически значимой митральной регургитации (МР) с параметрами мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС) без инфаркта миокарда.

Материал и методы. Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны мужчины с гемодинамически значимыми коронарными стенозами (≥75% просвета как минимум одной артерии) без инфаркта миокарда или анамнестического инфаркта миокарда: 66 пациентов с МР без значимого органического поражения створок ≥2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия ≥0,2 см² и регургитирующим объёмом ≥30 мл) и 1001 пациент без МР.

Результаты. Пациенты с МР были старше (59,0±7,3 против 52,8±7,4 года), чаще демонстрировали более высокие (III-IV) функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) (27,4 против 10,9%) и нарушения сердечного ритма (61,0 против 14,8%, все $p<0,001$) при более редких тяжелых (III-IV) ФК стенокардии напряжения (46,7 против 63,2%, $p=0,019$). При эхокардиографии у мужчин с МР были больше индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия (23,2±2,9 против 19,9±2,2 мм/м²) и ниже фракция выброса ЛЖ (51,0±10,7 против 61,0±4,9%, оба $p<0,001$). Достоверных межгрупповых различий по ангиографическим параметрам выявлено не было. По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали нарушения сердечного ритма (ОШ=7,92; 95%ДИ 3,21-19,57; $p<0,001$), индекс размера левого предсердия (ОШ=1,25; 95%ДИ 1,09-1,43; $p=0,002$), фракция выброса ЛЖ (ОШ=0,49; 95%ДИ 0,75-0,89; $p<0,001$), ФК стенокардии напряжения (ОШ=0,49; 95%ДИ 0,24-0,98; $p=0,044$) и возраст (ОШ=1,09; 95%ДИ 1,03-1,16; $p=0,005$).

Заключение. Таким образом, МР у мужчин с ИБС без инфаркта миокарда ассоциируется не с локализацией коронарного поражения, а с нарушениями сердечного ритма, увеличением размера ЛП, снижением фракции выброса ЛЖ, утяжелением ФК ХСН и более старшим возрастом. Это позволяет выдвинуть гипотезу о возможности смешанного (ишемического и неишемического) генеза функциональной МР у данного контингента больных.