

Специальный выпуск журнала
Кардиоваскулярная терапия и профилактика,
2015; 14 (октябрь)

Материалы
V научно-образовательной конференции
кардиологов и терапевтов Кавказа

27–28 октября 2015 г.

(г. Нальчик)

QUERCETIN PREVENTS THE DEVELOPMENT OF IRREVERSIBLE MYOCARDIAL DYSFUNCTION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Kenjaev S.R.

Republican Research Center of Emergency Medicine Tashkent, Uzbekistan

Aim: To study the effect of the intravenous form of quercetin on the development of the zone of necrosis and stunned myocardium in patients with ST elevation acute myocardial infarction (STAMI).

Methods: The study involved 98 patients with STAMI in age from 33 to 68 years. Patients admitted in the first 2 hours of the onset of complaints. All patients performed a successful PCI (TIMI III). Patients were randomized into two groups. In Group 1 included 48 patients who received standard therapy. In Group 2 included 50 patients who had started before the PCI intravenous infusion of quercetin (Borschagovsky CPP, Ukraine). Area of reversible and irreversible myocardial dysfunction is defined by low-dose dobutamine echocardiography.

Results: At baseline local asynergy was detected in 269 (35%) and 286 (35.8%) segments LV in 1-st and 2-nd groups, respectively. With the low-dose dobutamine EchoCG stunned myocardium was detected in 247 (86.4%) segments in a quercetin group, and in 196 (73%) segments in a comparison group. Myocardial necrosis detected an average of $1,51 \pm 0,02$ and $0,8 \pm 0,02$ segments of the left ventricle in the control and the main group, respectively ($p < 0,05$). On the 30th day of investigation significant increase of LVEF was observed in the group of quercetin ($p < 0,05$). On the 30th day of the disease the number of normokinetic segments increased significantly in both groups. In the group of quercetin noted significant improvement WMAI over to $1,1 \pm 0,01$ ($p < 0,01$). In the control group WMAI improved to $1,3 \pm 0,01$, in which irreversible dysfunction was present in a greater degree.

Conclusions: Thus, intravenous infusion of free radical scavenger quercetin before PCI in STAMI, reduces the severity of myocardial reperfusion injury, reduces accelerate formation of myocardial necrosis and most of myocardium in ischemic area are transformed into a stunned state – reversible myocardial dysfunction. Identification of viable myocardium, determines their function recovery after a period of time in patients with STAMI.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В «ФГБУ» ФЦССХ МИНЗДРАВА РОССИИ (Г. АСТРАХАНЬ)

Абдрахманова В.Г., Кадыкова А.В., Ларченко Е.В.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава
России (г. Астрахань)

Цель: проанализировать организацию кардиохирургической помощи населению на основе изучения обращений граждан в консультативно-диагностическое отделение и оказание стационарной помощи для больных кардиохирургического профиля. Главным направлением является оценка преемственности на этапах ее оказания.

Материал и методы: Анализу подвергнуты амбулаторный и стационарный этапы оказания медицинской помощи в Центре. С 2014 года в Центре осуществляются медицинские услуги как за счет средств федерального бюджета, так и в рамках программы госгарантий, что дает право осуществлять специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях одного лечебного учреждения, сокращая финансовые затраты и время на обследование и лечение. Осуществлять проведение диагностических и лечебных мероприятий на высоком уровне и сократить период ожидания ВМП.

Результаты: Общее количество пациентов получивших специализированную помощь в условиях ФЦССХ в 2014 г – 970 (549 за счет средств федерального бюджета и 421 случай за счет средств программы госгарантий), в 2015 г. – возросло до 1523 случаев за 9 месяцев. Рост оказания специализированной помощи составил 36%. В 2014 г специализированная медицинская помощь составила 19,4% от объема ВМП, в 2015 году – 32,6%. В 46% (622 случая) случаев пациенты были отобраны на ВМП и прооперированы: 462 случая (74,2%) пациентов получили ВМП без выписки из стационара, средний койко-день до ВМП составил 1,5 к/д. Остальные 160 (25,8%) пациентов получили ВМП отсрочено, в течение 2-х месяцев. Качество выполненных эндоваскулярных инвазивных диагностических исследований (ЭДИ): всего проконсультировано 1289 ангиографических исследований, в 260 (20%) случаях потребовалось выполнение дополнительных диагностических исследований. В 160 (13,5%) повторное выполнение ЭДИ было обусловлено ненадлежащим качеством исследования.

Выводы: Современная схема финансовой оплаты медицинской помощи и представленный подход к ее оказанию позволили увеличить доступность и сократить срок ожидания высокотехнологичной помощи.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПАРАМЕТРАМИ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимов А.М., Смазнов В.Ю.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»,
Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязей индекса близких контактов (ИСС) и стресса на рабочем месте у мужчин открытой популяции г. Тюмени.

Исследование выполнено в рамках кардиологического скрининга по алгоритмам программы ВОЗ «МОНИКА – психосоциальная» на репрезентативной выборке неорганизованного населения г. Тюмени среди лиц мужского пола 25–64 лет в количестве 1000 человек, отклик составил 85,0%. Для оценки ИСС предлагался бланк шкалы близких контактов (тест Бекман-Сим), состоящий из 17 утверждений. Для ответа на каждое утверждение был предусмотрен перечень фиксированных ответов. ИСС оценивался как низкий, средний, высокий. Для анализа стресса использовалась анкета ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью». Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

Результаты исследования на тюменской популяции показали, что у мужчин 25–34 лет преобладали низкий (39,6%) и средний (41,7%) ИСС, высокий ИСС встречался существенно реже – в 18,7% случаев. Аналогичные закономерности по ИСС в мужской тюменской популяции повторялись в возрастных десятилетиях жизни. 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). Отрицательный ответ на поставленный вопрос 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 индексом близки контактов 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 ИСС сравнительно с группами лиц со средним и высоким уровнями ИСС, достоверные различия показателей установлены в группах с низким и средним уровнями ИСС (39,2% – 50,4%, $p < 0,01$).

Следовательно, в открытой популяции у мужчин 25–64 лет при низком уровне близких контактов в категории параметров хронического социального стресса «стресс на рабочем месте» установлено более частое изменение специальности, негативное отношение к своей работе, снижение высокой ответственности на рабочем месте.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ – ДАННЫЕ ОДНОМОМЕНТНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е.В., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»,
Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности высоких уровней депрессии, личностной тревожности и жизненного истощения и их ассоциаций с ишемической болезнью сердца (ИБС) в открытой мужской популяции Тюмени 25–64 лет.

Методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из избиратель-

ных списков граждан среди лиц мужского пола городского населения Тюмени в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Изучение психосоциальных факторов (ПСФ) – депрессии, личностной тревожности (ЛТ) и жизненного истощения (ЖИ) проводилось в рамках кардиологического скрининга 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). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % – 850 участников.

Распространенность высоких уровней неконвенционных (психосоциальных) факторов риска ИБС у мужчин 25–64 лет неорганизованной популяции составила (стандартизованные по возрасту показатели): высокого уровня депрессии – 4,6 %, ЛТ – 36,6 %, ЖИ – 15,9 %. Распространенность ИБС у мужчин 25–64 лет составила 12,4 %. При наличии высокого уровня депрессии и ИБС у мужчин 25–64 лет установлено отношение шансов (ОШ) 21,07 (95 % ДИ=10,76±41,26, $p<0,05$), высокого уровня депрессии и ОИБС – 39,84 (95 % ДИ=19,61±80,90, $p<0,05$). При оценке влияния ЛТ на развитие ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям было получено ОШ 4,07 (95 % ДИ=1,40±11,83, $p<0,05$), такая же закономерность наблюдалась и при рассмотрении влияния ЛТ на развитие ОИБС. ОШ при наличии – отсутствии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и ЖИ оказалось равным 6,02 (95 % ДИ=3,55±10,20, $p<0,05$). При оценке влияния ЖИ на развитие ОИБС было получено ОШ 14,11 (95 % ДИ=6,29±31,67, $p<0,05$), то есть показатель более чем вдвое превышал таковой в группе с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям. У мужчин 25–64 лет с ВИБС и наличием высокого уровня ЖИ ОШ не достигало статистической значимости.

Таким образом, у мужчин 25–64 лет открытой популяции с высокими градациями ПСФ установлено увеличение шансов развития определенной ИБС и ишемической болезни сердца по расширенным эпидемиологическим критериям.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ Q-ПЕРЕДНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИАЛЬНЫМ СТАННИНГОМ

Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Кенжаев М.Л.

РНЦЭМП. Ташкент

Цель: изучить влияние станнированных дисфункционирующих зон миокарда левого желудочка (ЛЖ) на показателей ремоделирования у больных с Q ИМ, подвергшихся стентированию инфаркт зависимой коронарной артерии.

Материалы и методы. В исследование были включены 92 больных с Q ИМ передней локализации. Всем больным была проведена стентирование инфаркт связанной коронарной артерии. Время «симптом-баллон» составляло в среднем $3,4\pm 0,3$ ч. Для анализа жизнеспособности миокарда после стабилизации состояния на 3–6 сутки проводилась стресс-ЭхоКГ с малыми дозами добутамина (СЭД), спустя 3 месяц проводилась повторная ЭхоКГ.

Результаты исследования. Миокардиальный станнинг выявлена в 420 (28,5 %) сегментах,

необратимая дисфункция (т. е. зона истинного некроза) в 184 (12,5%) сегментах. Введение малых доз добутамина привело к достоверному уменьшению показателей ИНРС с $2,0 \pm 0,037$ до $1,22 \pm 0,03$ ($p < 0,01$). На повторном ЭхоКГ показатель КДО ЛЖ имел тенденцию к увеличению, но достоверных изменений не наблюдалось. Через месяц ФВ ЛЖ достоверно увеличивалась до $52,8 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). Выявлено прямая корреляционная связь между числом добутамин-реагированных сегментов и изменением ФВ ЛЖ ($r = 0,72$, $p < 0,01$). Отмечена положительная динамика функционального состояния миокарда ЛЖ у всех пациентов с Q ИМ с миокардиальным станнигом. Отсутствие жизнеспособного миокарда в зоне инфаркта миокарда сопровождалась более тяжелым течением восстановительного, постинфарктного периодов и развитием дезадаптивного ремоделирования миокарда. При наличии жизнеспособного миокарда процессы ремоделирования оказывались адаптивными, менее выраженными.

Вывод: Раннее выполнение стентирования инфаркт-связанной артерии у больных с Q ИМ передней локализации предупреждает распространение зоны некроза миокарда и приводит к образованию оглушенных зон миокарда и в значительной степени предупреждает структурно-геометрическую перестройку ЛЖ и способствует развитию адаптивной ремоделирования ЛЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕЗОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО И АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования было выявить возможные взаимосвязи показателей качества жизни (КЖ) больных с артериальной гипертензией (АГ) и выраженности сезонных колебаний уровней амбулаторного и клинического артериального давления.

Материалы и методы. Была проанализирована база данных исследований, проведенных с 1996 по 2011 годы, включающая результаты 724 суточных мониторингов артериального давления (СМАД). Критерии включения в исследование были сходными. Больным с АГ 1–2 ст. без серьезных сопутствующих заболеваний на фоне отмены антигипертензивной терапии проводилось СМАД прибором SpaceLabs 90207 и затем пациенты заполняли опросник, оценивающий КЖ (J. Siegrist и соавт.). Опросник КЖ содержит следующие шкалы: I – физическое самочувствие (жалобы), II – работоспособность, III – позитивное или IV – негативное психологическое самочувствие, V – психологические способности, VI – социальное самочувствие, VII – способность к социальным контактам, VIII – сексуальные способности у мужчин. Для статистической обработки использовалась процедура обобщенной линейной модели регрессионного анализа с учетом пола, возраста и длительности АГ и рассчитывался критерий Фишера (F).

Результаты. Было выявлено, что показатели шкалы VI (социальное самочувствие), которая

оценивает уровень социальной поддержки со стороны друзей, семьи, коллег по работе наиболее значим для выраженности сезонных изменений следующих показателей амбулаторного АД: 1) для среднесуточного систолического АД (САД) (Fisher's criterion (F)=11,34, p<0,001); 2) дневного САД (F=11,91, p<0,001); 3) ночного САД (F=5,04, p<0,03); 4) дневного диастолического АД (ДАД) (F=5,17, p<0,02). Кроме того, возраст имел значение для сезонных колебаний частоты сердечных сокращений (F=22,25, p<0,0001). Не было выявлено взаимосвязей между сезонными колебаниями клинического уровня АД и показателями КЖ.

Выводы. Таким образом, уровень социальной поддержки мог нивелировать сезонные колебания амбулаторных показателей САД (среднесуточные, дневные, ночные) и в меньшей степени ДАД (только дневные показатели). Сезонные колебания клинических показателей АД не зависели от КЖ.

НЕКОТОРЫЕ ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА МОЗЖЕЧКА

Апतिकеева Н.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Цель. Изучение гендерных особенностей вестибулярного головокружения при мозжечковом инсульте.

Методы исследования. Обследование 198 пациентов с жалобой на «головокружение» в условиях ангионеврологического отделения. 2 группы пациентов: 1-я группа – мужчины (n=86) в возрасте от 22 до 81 лет, средний возраст 55,6±13,7 лет, 2-я группа – женщины (n=112) в возрасте от 22 до 88 лет, средний возраст 69,1±9,2 лет. Тщательное изучение жалоб, анамнеза, неврологического статуса. Анализ результатов компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга, доплерография и дуплексное сканирование сосудов головного мозга, отоневрологический осмотр и видеонистагмография.

Полученные результаты. Среди общего числа обследованных пациентов (198) с вестибулярным головокружением (ВГ) только у 30 пациентов (17, 19,7% мужчин и 13, 11,6% женщин) достоверно диагностирован мозжечковый инсульт (по КТ, МРТ головного мозга, а умершим – при аутопсии). Поражение одного полушария мозжечка констатировано у 12 (70,6%) мужчин, 6 (46,2%) женщин; оба полушария мозжечка были поражены у 1 мужчины и 2 женщин. У 2 (11,7%) мужчин было сочетание очагов в варолиевом мосту и ножки мозжечка, у 1 мужчины и 3 женщин – в лобно-теменной области полушария головного мозга и в противоположном полушарии мозжечка. ВГ у мужчин было единственным проявлением мозжечкового инсульта, у женщин ВГ сочеталось с другими неврологическими синдромами: гемипаретическим (7 (87,5%)), мозжечковой дизартрией и глазодвигательными расстройствами (по 1 пациентке). ВАС стволовой локализации инсульта в ВБС также сопровождался различными неврологическими синдромами, чаще гемипаретическим (у 6 (54,5%) мужчин и 1 (11%) женщин), глазодвигательным (у 2 (18%) мужчин и 5 (55,5%) женщин), нарушением сознания до комы первой стадии (у 2 (18%) мужчин и 1 (11%) женщин), альтернирующими синдромами Вебера (у 1 (9%) мужчины) и Валленберга-Захарченко (у 1 (11,1%) женщины), гемигипестезией, гемианопсией. Кома 1–2 стадии была у 2 (15,4%) мужчин и 1 (11,1%) женщины, которые пе-

рейдя в ясное сознание, жаловались на головокружение и неустойчивость. Летальный исход у пациентов с «чисто мозжечковым» инсультом констатирован у 8 (47,05%) мужчин в возрасте $70,8 \pm 10,6$ лет и 5 (38,5%) женщин в возрасте $68,6 \pm 10,9$ лет.

Выводы. Вестибулярное головокружение – частый повод обращения в ангионеврологическое отделение из-за тяжести состояния. Каждый пациент с вестибулярным головокружением в возрасте старше 40 лет должен госпитализироваться в ангионеврологическое отделение для исключения инсульта мозжечка. Атипичное течение инсульта мозжечковой локализации (только вестибулярное головокружение) отмечается у мужчин, что затрудняет диагностику, у женщин – сочетанное поражение мозжечка и ствола головного мозга. Поэтому диагностические сложности встречаются именно в острейшей фазе инсульта, когда наиболее характерные признаки мозжечковых расстройств могут отсутствовать.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бородина И.Э., Шардина Л.А.

Свердловская областная больница № 1, Екатеринбург

Резюме. Цель исследования. Определить значимость ремоделирования миокарда левого желудочка у мужчин с неспецифическим аортоартериитом (НАА) в зависимости от активности заболевания

Материалы и методы. Обследовали 20 мужчин с неспецифическим аортоартериитом/в группу сравнения входили мужчины, страдающие гипертонической болезнью. Показатели внутрисердечной гемодинамики оценивали ультразвуковым методом на системе компьютерной-которое проводилось на аппарате экспертного класса PHILIPS iE33 (Голландия), с применением ультразвуковых датчиков с частотой 3,5 МГц по стандартной методике, рекомендованной Американской ассоциацией эхокардиографии (1987). Диагноз НАА установлен на основании Американской коллегии ревматологов [Arend W.P., 2007]. Активность осуществлялась с применением критериев активности системных васкулитов, предложенных Е.В.Кауфман (1995).

Результаты. У мужчин, страдающих неспецифическим аортоартериитом выявлены следующие типы геометрической модели сердца: нормальная модель сердца констатирована у 20,2%, эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) – у 45,4%, концентрическая гипертрофия – у 35,4%. Диастолическая дисфункция ассоциировалась с активностью процесса.

Заключение. Ремоделирование левого желудочка ассоциировано с активностью процесса у мужчин, страдающих неспецифическим аортоартериитом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Будневский А.В., Исаева Я.В., Малыш Е.Ю., Шаповалова М.М., Перцев А.В.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Актуальность. В настоящее время рассматриваются различные механизмы этиопатогенеза хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и нарушений обмена веществ, включающих в первую очередь системное воспаление, гиподинамию. Среди многочисленных сопутствующих заболеваний наиболее детально рассматриваются сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром (МС) и сахарный диабет. При сочетанном течении ХОБЛ и МС, необходим комплексный подход к профилактическим мероприятиям и требуется разработка программ легочной реабилитации с учетом сопутствующей патологии.

Цель исследования. Целью исследования явилась оценка эффективности лёгочной реабилитации у больных ХОБЛ, адаптированной с учетом сопутствующего МС.

Материалы и методы. В исследование было включено 70 человек с ХОБЛ средней степени тяжести и МС. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Было сформировано 2 группы: 1-я группа – 35 человек, которые наряду со стандартной медикаментозной терапией ХОБЛ прошли курс легочной реабилитации, включающий обучение пациентов, отказ от курения, физические тренировки, диетические рекомендации; 2-я группа – 35 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Комплексная оценка соматического статуса исследуемых пациентов была проведена до начала курса легочной реабилитации и через 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. В результате применения курса легочной реабилитации у пациентов с ХОБЛ и МС через 12 месяцев отмечена достоверная положительная динамика некоторых параметров соматического статуса и качества жизни (КЖ): уменьшение «числа обострений заболевания» с $3,96 \pm 0,43$ до $2,24 \pm 0,10$ раз, т. е. в 1,8 раз ($F=47,01$; $p=0,0002$), «числа вызовов бригад СМП» с $3,80 \pm 0,37$ до $1,59 \pm 0,25$ раз, т. е. в 2,3 раза ($F=69,10$; $p=0,0000$), «числа госпитализаций» с $2,93 \pm 0,11$ до $1,41 \pm 0,24$ раза, т. е. в 2,1 раз ($F=77,13$; $p=0,0004$); уменьшение выраженности клинических симптомов ХОБЛ по визуально-аналоговой шкале; достоверное положительное изменение физического и психологического компонентов КЖ; достоверно положительная динамика толерантности к физическим нагрузкам по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Анализ спирометрических параметров у больных 1 и 2 групп не выявил достоверных различий показателей функции внешнего дыхания.

Выводы: Проведение курса легочной реабилитации приводит к достоверному улучшению переносимости физических нагрузок за счёт достоверного уменьшения выраженности клинической симптоматики ХОБЛ и, соответственно, оказывает достоверное положительное влияние на все компоненты КЖ.

ФЕНОТИП ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, СВЯЗАННЫЙ С ИЗМЕНЕНИЯМИ В ГЕНЕ ЛАМИНА A/C (LMNA)

Вайханская Т.Г.¹, Сивицкая Л.Н.², Даниленко Н.Г.², Курушко Т.В.¹

¹ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь; ²ГУ Институт генетики и цитологии, Национальная академия наук, Минск, Беларусь

Ламиновый генотип дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) ассоциирован с нарушениями сердечного ритма и проводимости, определяющих высокую частоту внезапной смерти (ВС).

Цель исследования – изучение частоты изменений в гене ламина у пациентов с идиопатической формой ДКМП и нарушениями сердечного ритма и проводимости.

Материал и методы. Из 164 пациентов с верифицированной ДКМП генетическое исследование проведено в 92 (56,1%) случаев первичной манифестации нарушений сердечного ритма и проводимости (42,3±11,7 лет; 89,1% муж; NYHA 2,6±0,3; ФВ ЛЖ 25,9±11,1%; ПБЛНПГ 43,5%; АВ блокада 1–3 ст. 21,7%; уст и неуст ЖТ 64,1%; ФП/ТП 34,8%). Поиск мутаций в гене ламина (LMNA) осуществляли методом SSCP и секвенированием 1, 3, 5, 8–10 экзонов. Всем пациентам проведены исследования: ЭхоКГ; суточное мониторирование ЭКГ; Спиро-ВЭП; 7 мин регистрация ЭКГ-12 (на высоте физ нагрузки 25 Вт/мин с программой «Интекард-7» анализа турбулентности сердечного ритма, дисперсии QT и микровольтной альтернации T-волны – мАТВ); определение уровня креатинфосфокиназы (КФК).

Результаты. У 28 (30,4%) пациентов с ДКМП были выявлены изменения в гене LMNA: у 23 пациентов определены нуклеотидные замены с.1698C>T* в экзоне 10 (**порядковый N нуклеотида в гене LMNA \NM_170708.3*), где произошла замена и характер замены); у двоих пациентов обнаружены мутации в 3-м экзоне (с.612G>A и с.569G>C, последняя приводит к замене остатка аргинина на пролин в белке ламина A/C – Arg190Pro); миссенс-мутация была выявлена в 9-м экзоне – с.1247C>T (Thr528Arg) и 1 мутация в 1 экзоне – с.150C>T. Кроме того, у 2 пациентов были определены одновременно три нуклеотидные замены в гене LMNA: с.639+73C>T и с.639+56G>A, расположенных в интроне, а также с.861T>C в экзоне 5. Поскольку идентифицированные мутации могут прямо или косвенно отражаться на функционировании ядерного ламина A/C и клиническом фенотипе ДКМП, обусловленном дисфункцией LMNA, нами был проведен корреляционный и однофакторный дисперсионный анализ генотипа и фенотипических параметров. В результате, носительство мутаций в гене LMNA коррелировало с патологическим тестом мАТВ (p<0,005), ↑уровнем КФК (p<0,01), неуст ЖТ (p<0,05), АВ-блокадой (p<0,01) и GS mean ЛЖ (p<0,05). В результате однофакторного дисперсионного анализа, GS mean ЛЖ и неустойчивые ЖТ утратили свою достоверность (F=2,95; p=0,056), а патологический тест мАТВ (F=9,6; p=0,000), повышенный уровень сывороточной КФК (F=6,43; p=0,015) и дефекты АВ-проведения (F=5,7; p=0,019) подтвердили свою прогностическую значимость.

Заключение. В 30,4% случаев sporadic ДКМП с манифестирующими нарушениями сердечного ритма и проводимости идентифицированы изменения в гене LMNA. С учетом результатов исследования, выявление ↑КФК, АВ-блокады и патологической мАТВ позволяет выделить группу пациентов с идиопатической ДКМП для обязательного генетического скрининга и риск-стратификации.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Вайханская Т.Г., Коптюх Т.М., Курушко Т.В., Фролов А.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора (КВД) является эффективным методом профилактики внезапной смерти (ВС) пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Цель исследования – изучение предикторов ВС у пациентов с ДКМП для риск-стратификации, прогноза и первичной профилактики симплантацией КВД.

Материалы и методы. Обследовано 209 пациентов (NYHA 3,1±0,3; 148\70,8% муж; возраст 47,2±11,7 лет) с диагностическими критериями, подтверждающими ДКМП. Синусовый ритм (СР) выявлен у 129\61,7% пациентов, фибрилляция предсердий (ФП) – у 80\38,3%. Всем пациентам проведен комплекс исследований: ЭхоКГ; ХМЭКГ\ЭКГ-12 (Интекард-7) с анализом желудочковой эктопии, турбулентности сердечного ритма (ТСР), дисперсии интервала QT (диспQTс) и микровольтной альтернации Т-волны (МАТВ).

Результаты. В период 32,8±7,4 мес наблюдения у 45 (21,5%) пациентов с ДКМП выявлены желудочковые тахикардические (ЖТА) эпизоды: 7\15,5% с синкопе, 4\1,91% с успешной легочно-сердечной реанимацией (ЛСР), 11\5,26% с ВС; по данным 24–48ч ХМЭКГ и телеметрии имплантированных устройств выявлено 30\14,4% пациентов с ЖТА. У пациентов с СР выявлена положительная корреляция МАТВ (≥ 45 мкВ), дисперсии QT (≥ 65 мс) и патологической ТСР (ТО/ТС) с мужским полом ($p < 0,001$) и отрицательная корреляция с ФВЛЖ ($p = 0,004$). В модель анализа отношения шансов включили параметры $cp < 0,01$; в качестве первичных конечных точек были приняты: ВС, ЛСР, уст ЖТ\ФЖ и терапия (шок\АТП) имплантированных СРТ-Д и КВД. В результате анализа у пациентов с СР выявлены предикторы фатальных ЖТА: патологическая МАТВ – OR 11,4 (95% ДИ: 5,61–26,9; $p < 0,0001$); патологическая ТСР- параметр ТО – OR 8,35 (95% ДИ: 3,09–19,8; $p < 0,0001$) и низкая ФВЛЖ – OR 6,78 (95% ДИ: 2,05–15,9; $p < 0,0001$). У пациентов с ФП только показатель левожелудочковой дисфункции – ФВЛЖ (OR 5,9; 95% ДИ: 2,15–17,8; $p < 0,0001$) показал прогностическую значимость. В результате бинарного логистического регрессионного анализа выявлены три независимых фактора (Wald $\chi^2 = 80,2$; $p = 0,0001$) риска ВС: ФВЛЖ (коэффициент $b = 0,15$; 95% ДИ: 0,07–0,23; $p = 0,0003$), МАТВ ($b_1 = 0,095$; 95% ДИ: -0,136 – -0,053; $p = 0,00001$) и дисперсия QT ($b_2 = -0,015$; 95% ДИ: -0,031–0,0007; $p = 0,049$), и определено классификационное уравнение для расчета вероятности ВС: $P =$

$P = e^{0,8 - 0,015 \times \text{диспQTс} - 0,1 \times \text{МАТВ} + 0,15 \times \text{ФВЛЖ}}$. Прогноз вероятности возникновения ЖТА/ВСС принимается положительным при $P \geq 0,5$ и отрицательным при $P < 0,5$. Прогностическую модель испытали на массиве из 104 пациентов с ДКМП и СР. Чувствительность классификации прогноза составила 79%, специфичность – 89%; отношение несогласия (OR) – 34,1.

Заключение. Применение классификационной формулы для прогнозирования вероятности ВС и скрининг-стратификации пациентов с ДКМП (при синусовом ритме) с 79% чувствительностью и 89% специфичностью позволяет выделить группу потенциальных кандидатов для первичной профилактики – имплантации КВД.

СНИЖЕНИЕ МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ Т-ВОЛНЫ КАК НОВЫЙ АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗАЦИИ

Вайханская Т.Г., Коптюх Т.М., Курушко Т.В., Фролов А.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ) является эффективным методом лечения пациентов с резистентной сердечной недостаточностью и электромеханической желудочковой диссинхронией.

Цель исследования – изучение динамики микровольтной альтернции Т волны (мАТВ) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) после имплантации СРТ и оценка взаимосвязи эффективности СРТ, динамики мАТВ с эпизодами желудочковой тахикардии (ЖТА).

Материалы и методы. В исследование включено 68 пациентов с ДКМП (73,5% муж; 48,7±11,4 лет; ПБЛНПГ с QRS 167±28,3 мс; синусовый ритм 100%; NYHA 2,8±0,5; ФВЛЖ 25,2±7,4%, период наблюдения 14,7±2,8 мес), которым имплантировали СРТ-Д (n=29\42,6%) и СРТ-П (n=39\57,4%). Комплекс исследований (ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, 7-мин ЭКГ с программой «Интекард-7» анализа желудочковой эктопии и мАТВ) проводили до имплантации устройств и через 12 мес наблюдения. Оценку мАТВ проводили при нативном желудочковом проведении (режим VVI-40 или 0V0), сравнивали средние значения. События ЖТА учитывали по данным ХМ ЭКГ и телеметрии устройств.

Результаты. Через 12 мес эффективная СРТ выявлена у 49 (72,1%) пациентов; неэффективная – у 19 (27,9%). В зависимости от наличия ЖТА событий у пациентов с СРТ проведен анализ динамики параметров ЭхоКГ и теста мАТВ через 12 мес. наблюдения. В целом по группе (n=68), через 12,6±1,5 мес СРТ отмечалось снижение мАТВ с 50,5 ±14,7 мкВ до 28,8±9,22 мкВ (p<0,001) и повышение ФВ ЛЖ с 25,2±7,4% до 31,1±7,2% (p<0,001). Но в группе с ЖТА событиями достоверных изменений показателя мАТВ за период наблюдения не выявлено (52,2±10,7 мкВ против 52,7±11,8 мкВ, p>0,5). Напротив, в группе пациентов, не имеющих ЖТА эпизодов, обнаружено достоверное снижение показателя мАТВ с 52,9±11,4 мкВ до 25,6±8,13 мкВ, p<0,0001 и улучшение сократительной функции ЛЖ (↑ФВ ЛЖ с 24,5±6,3% до 35,7±4,7%; p<0,001). У пациентов с эффективной СРТ выявлена достоверная положительная корреляция между снижением мАТВ и уменьшением конечно-систолического объема (КСО) ЛЖ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r) составил 0,63, p<0,0001) и отрицательная корреляция с повышением ФВЛЖ (r=-0,52, p<0,001). Проведенный анализ отношения шансов позволил определить независимый предиктор ЖТА событий – показатель мАТВ (OR: 3,95; 95% ДИ: 1,65–9,23; p<0,001). С помощью ROC анализа выявлены прогностическая значимость и пороготсечения показателя мАТВ (ΔмАТВ=-20 мкВ; S=0,913; 95% ДИ: 0,849–0,969; p<0,0001; чувствительность 79%, специфичность 82%), как независимого антиаритмического предиктора эффективной СРТ.

Заключение. У пациентов с эффективной СРТ выявлена достоверная корреляция между позитивным ремоделированием ЛЖ, отсутствием ЖТА и снижением мАТВ. Результаты исследования позволяют «присвоить» снижению мАТВ рейтинг антиаритмической цели эффективной сердечной ресинхронизации.

АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Воронков А.В., Эльканова А.И., Гергов А.А., Тетов Х.М., Гаипова Т.В.

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ
ВПО ВолгГМУ Минздрава России, кафедра фармакологии с курсом
клинической фармакологии, Пятигорск, Россия

Городская клиническая больница № 1
Нальчик, Россия

Цель. В связи с высокой антибиотикорезистентностью, обусловленной нозокомиальной инфекцией, представляется необходимым проведение анализа чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР) городской клинической больницы № 1 г. Нальчика (ГКБ № 1).

Материалы и методы. Микробиологическое исследование выполнено на базе клинической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» КБР г. Нальчика. Изучался биологический материал пациентов с гнойно-септическими заболеваниями, получавших лечение в ОАР «ГКБ № 1» в 2014 г, в соответствии с рекомендациями МЗ РФ «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам» (МУК 4,2 1890–2004). Чувствительность определялась к широкому кругу антибиотиков, согласно спектру полученных штаммов.

Полученные результаты. В ходе исследования было выделено и идентифицировано 432 штамма возбудителей. В структуре анализируемых микроорганизмов определялись как грамположительная, так и грамотрицательная флора. При изучении биологического материала пациентов было определено, что чаще из грамположительных микроорганизмов высеваются *Staphylococcus aureus* – 64 (14,8%), *Staphylococcus spp.* – 87 (20,1%), *Enterococcus spp.* – 57 (13,2%), прочие – 224 (51,9%). Анализ антибиотикорезистентности к противомикробным препаратам выделенных штаммов показал, что представитель цефалоспоринов III поколения цефтриаксон чувствителен в незначительной степени – *St. aureus* – (9%), *St spp.* – (12%), *Ent. spp.* – (8%). Высокий уровень устойчивости наблюдался к ципрофлоксацину – *St. aureus* – (10%), *St. spp.* – (8%), *Ent. spp.* – (20%), левомицетину – *St. aureus* – (5%), *St. spp.* – (7%), *Ent. spp.* – (10%), доксициклину *St. aureus* – (22%), *St. spp.* – (19%), *Enterococcus spp.* – (32%), что ограничивает использование данных препаратов при заболеваниях вызванных данными возбудителями. Наибольшая эффективность при исследовании была установлена к цефепиму *St aureus* – (24,3%), *St. spp.* – (27,6%), *Ent. spp.* – (29%), левофлоксацину – *St. aureus* – (33%), *St. spp.* – (29%), *Ent. spp.* – (35%), карбапенемам – *St. aureus* – (50,6%), *St. spp.* – (51,5%), *Ent. spp.* (54%). Самый высокий уровень чувствительности идентифицированных штаммов составили ванкомицин, цефтаролин фосамил от 93% до 96% и линезолид был активен в 100% случаев.

Выводы: Проведенный микробиологический анализ антибиотикорезистентности показал, что оптимальным режимом при тяжелой нозокомиальной инфекции является стартовая терапия фторхинолонами II–III поколения, цефалоспорины IV поколения, при отсутствии положительной динамики предпочтительно использование препаратов резерва – ванкомицина, цефтаролин фосамила, карбапенемов, линезолида.

МОДЕЛИРОВАНИЕ РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕГРИРОВАННЫХ БИОМАРКЕРОВ

Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Бойцов С.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины Минздрава России», Москва, Россия

Цель: изучить возможности использования совокупности биохимических и визуальных маркеров для оценки риска наличия коронарного атеросклероза.

Материалы и методы: В исследование последовательно включено 205 пациентов (М/Ж 136/69; средний возраст $62,8 \pm 9,0$ лет). Всем пациентам проводили коронароангиографию и дуплексное сканирование сонных артерий (ДС СА). Наличие коронарного атеросклероза и выраженность поражения коронарных артерий (КА) оценивали по шкале Gensini (GS). Кровь брали утром натощак из локтевой вены. Биохимические параметры определяли стандартными лабораторными методами. Для оценки вероятности обнаружения и выраженности коронарного атеросклероза использовали метод логистической регрессии с определением отношения шансов для однофакторных и многофакторных моделей.

Результаты: Из всей обследованной когорты выделили группу пациентов с непораженными КА – 0 баллов по шкале GS ($n=39$) и группу пациентов с наличием коронарного атеросклероза по шкале GS > 0 баллов ($n=166$). Выраженность поражения КА также оценивали по шкале GS с разделением пациентов на группы с минимальным/умеренным ($GS < 35$, $n=112$) и выраженным поражением ($GS \geq 35$, $n=93$). Предварительный анализ ряда математических моделей с включением широкого спектра показателей функционирования основных метаболических систем, параметров структуры артериальной стенки (визуальных) и их сочетаний позволил отобрать наиболее значимые переменные, которые составили комплекс, названный интегрированным биомаркером (IBIO). Он включает значения толщины интима-медиа ($\leq 0,9$; $> 0,9$ мм), наличие атеросклеротических бляшек в СА (< 3 ; ≥ 3), степень поражения СА (≤ 45 ; > 45 %), уровень триглицеридов ($\leq 1,7$; $> 1,7$ ммоль/л), глюкозы ($\leq 5,5$; $5,6-6,0$; $6,1-6,9$; $\geq 7,0$ ммоль/л), фибриногена ($\leq 4,0$; $> 4,0$ г/л), вЧС-реактивного белка ($< 1,0$; $1,0-3,0$; $\geq 3,0$ мг/л) и адипонектина ($\geq 8,0$; $< 8,0$ мкг/мл). По значению IBIO пациенты были разделены на три группы: ≤ 4 , $5-8$, ≥ 9 баллов. При значении IBIO ≤ 4 баллов с вероятностью 83,8% пациенты имеют доклиническое поражение КА ($GS < 35$). Значение IBIO $= 5-8$ баллов с вероятностью 83,3% указывает на наличие поражения КА ($GS > 0$), однако пациенты распределяются почти равным образом: с вероятностью 45% может быть умеренное поражение КА ($GS = 1-34$), а с вероятностью 55,0% – выраженное поражение КА ($GS \geq 35$). Значение IBIO ≥ 9 баллов с вероятностью 95,0% указывает на наличие поражения КА ($GS > 0$), при этом 68% пациентов будут иметь выраженное поражение КА ($GS \geq 35$). Риск наличия коронарного атеросклероза ($GS > 0$) при значении IBIO $= 5-8$ баллов в 5,1 раза (95% ДИ 2,2–12,0, $p=0,002$) выше по сравнению с пациентами, имеющими значение IBIO ≤ 4 баллов, а риск выраженного поражения КА ($GS \geq 35$) при IBIO $= 5-8$ баллов в 4,4 раза (95% ДИ 1,7–11,5, $p=0,003$) выше по сравнению с пациентами с IBIO ≤ 4 баллов.

Заключение: Интегрированный биомаркер IBIO, включающий биохимические и визуальные параметры, при значениях > 4 баллов с чувствительностью 87,8% позволяет выявлять пациентов с коронарным атеросклерозом ($GS > 0$), а при значениях ≥ 9 баллов со специфичностью 79,8% позволяет исключить пациентов, не имеющих выраженного поражения КА ($GS < 35$).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА СЕРДЮКА

Галяутдинов Г.С., Лонкин М.А.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Введение: на сегодняшний день одной из основных проблем среди сердечно-сосудистых болезней является хроническая сердечная недостаточность, являющаяся неизбежным следствием прогрессирования патологии сердца и сосудов. За последние годы распространенность основных факторов риска развития заболеваний существенно не изменилась, но значительно возрос уровень эмоционального стресса, в связи с чем все большую озабоченность вызывает проблема психического здоровья и качества жизни пациентов.

Цель работы: обследование пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью, с целью определения качества их жизни.

Материал и методы: обследовано 52 больных хронической сердечной недостаточностью I–IV функционального класса. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц. Определение качества жизни проводилось по результатам опросника Сердюка. Достоверность различий показателей качества жизни в сравниваемых группах оценивалась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты: показатели опросника Сердюка у исследованных пациентов составил $26,8 \pm 2,16$ баллов, у здоровых – $10,4 \pm 0,14$ баллов ($p < 0.01$).

Заключение: у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью, качество жизни достоверно ниже, чем у здоровых людей, что выявляется с помощью удобного и простого опросника Сердюка.

СОПРЯЖЕННОСТЬ УРОВНЯ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ В ПЛАЗМЕ С ЦИРКАДНЫМ ИНДЕКСОМ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Гладких Н.Н., Гладких Л.Н., Ягода А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Цель: выявить взаимосвязь между уровнем молекул адгезии в плазме и циркадным индексом (ЦИ) у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. Обследованы 102 пациента с ДСТ (79 мужчин, 23 женщины, средний возраст $21,9 \pm 4,4$ лет). Критерии исключения предусматривали отсутствие заболеваний

и состояний, способных быть самостоятельной причиной гиперсекреции адгезивных молекул. Фенотипически верифицированы синдром пролапса митрального клапана (86,3% случаев), доброкачественная гипермобильность суставов (1,9%), неклассифицируемый фенотип (2,9%), повышенная диспластическая стигматизация (8,8%). Контрольную группу составили 10 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. ЦИ оценивали по данным суточного мониторирования ЭКГ (Кардиотехника-04, Санкт-Петербург). Методом ИФА определены плазменные концентрации L-, E-, P-селектинов, молекул клеточной адгезии 1 типа – межклеточной (ICAM-1), сосудистой (VCAM-1), тромбоцитарно-эндотелиальной (PECAM-1) (Bender MedSystems GmbH, Австрия). Показатели молекул адгезии представлены в виде медианы (25; 75 процентиля). При статистическом анализе использовали критерий Данна, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов с ДСТ содержание E-селектина (42,3 (33,1; 54,9) нг/мл), ICAM-1 (655,0 (543,8; 848,4) нг/мл) и VCAM-1 (925,0 (690,0; 1189,6) нг/мл) было выше ($p < 0,05$), а PECAM-1 (50,5 (40,2; 64,6) нг/мл) ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых людей (36,8 (25,7; 37,9), 572,9 (570,0; 605,9), 535,0 (382,5; 645,0) и 56,7 (55,8; 66,3) нг/мл соответственно). Уровни L- и P-селектинов не имели достоверных различий с контролем. У 21,6% пациентов с ДСТ отмечены отклонения от нормы ЦИ (122–144%). В зависимости от ЦИ больные ДСТ были разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 пациентов (14 мужчин, 4 женщины, средний возраст $21,1 \pm 3,7$ лет) с увеличенным ЦИ ($156,9 \pm 11,7\%$). Во 2-ю группу выделены 80 пациентов (61 мужчина, 19 женщин, средний возраст $22,2 \pm 4,6$ лет) с нормальным ЦИ ($132,2 \pm 5,5\%$). Четверо больных (все мужчины, средний возраст $19,5 \pm 0,6$ лет) с ригидным ЦИ ($120,0 \pm 0,8\%$) образовали 3-ю группу. В связи с малой численностью последней группы дальнейший статистический анализ проводился без пациентов с ригидным ЦИ. Среднее значение ЦИ у здоровых людей было $132,2 \pm 6,1\%$. Оценка уровней адгезивных молекул в зависимости от ЦИ показала, что у больных ДСТ при усилении циркадного профиля ритма сердца достоверно увеличивались концентрации E-селектина (53,8 (42,1; 59,5) нг/мл) и VCAM-1 (1032,5 (906,3; 1533,3) нг/мл) по сравнению с контрольной группой. Пациенты с ДСТ и нормальным ЦИ характеризовались лишь гиперсекрецией VCAM-1 (892,5 (683,8; 1143,8) нг/мл, $p < 0,05$). Различные нарушения сердечного ритма и проводимости зарегистрированы у 63,7% пациентов с ДСТ. Характерно, что ЦИ был выше у пациентов с ДСТ и аритмиями ($138,9 \pm 14,0$ против $131,4 \pm 4,8\%$ при ДСТ без аритмий; $p < 0,05$).

Выводы. Уровень циркулирующих молекул адгезии у молодых пациентов с дисплазией соединительной ткани сопряжен с параметрами циркадного индекса. Увеличенный циркадный индекс, отражающий повышенную чувствительность ритма сердца к симпатическим влияниям, сочетается с высокими концентрациями E-селектина и сосудистой молекулы адгезии 1 типа в плазме крови.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРБИДНОГО ФОНА У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Голованова Е.Д., Уколова Л.А., Маршутин Н.А., Алексахин С.В.
Григорьева О.В.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Цель: изучить полиморбидный фон по степени обремененности, профилю заболевания, локализации по системам у пациентов в возрасте старше 90 лет.

Материалы и методы: обследовано 80 пациентов в возрасте от 90 до 97 лет (44 мужчины и 36 женщин), поступивших в госпиталь для Ветеранов Войн в период с 2013–2015 гг. В возрасте 90 лет – 26 пациентов, 91 год – 17 пациентов, 92 г- 11; 93 г- 9; 94 г-6; 95 лет -2 пациента и 97 лет – 1 пациентка. Использовалась классификация полиморбидности по рекомендациям Лазебника Л.Б. (2013 г).

Результаты: по степени обремененности заболеваниями легкая степень (до 4 нозологий) выявлена у 40 пациентов (50%), (29 мужчин; 11 женщин); средняя (5–7 нозологий) – у 23 пациентов (28%), (17 мужчин и 6 женщин); и тяжелая (более 7 нозологий у 1 пациента) – у 17 человек (22%) (13 мужчин и 4 женщины). При изучении профиля заболеваний только терапевтическая патология наблюдалась у 35 пациентов (47%), смешанная – у 45 пациентов (53%). При анализе смешанной патологии лидировал неврологический профиль (у 41 пациента) с преобладанием дисциркуляторной энцефалопатии, и только в 1 случае было зафиксировано острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе. У 10 пациентов (12,5%) наблюдалась хирургическая патология, и только у 4 (5%) – эндокринологическая (3 случая сахарного диабета 2 типа и 1 случай тиреотоксикоза в стадии компенсации). Моносистемная патология (с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы) выявлена у 25 пациентов (41%), полисистемная – у 65 (59%). Наиболее часто встречалась патология органов дыхания (ХОБЛ у 25 человек – 31%) и мочекаменная болезнь – у 14 (17%), достаточно редко – желчнокаменная болезнь, только у 6 пациентов (7,5%). При анализе пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказалось, что у 26 (32%) были нормальные цифры АД (< 140/90 мм. рт. ст.), артериальная гипертония (АГ) диагностирована у 54 человек (68%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 57 (71%). Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) выявлен у 15 пациентов (19%), а нарушения ритма – у 17 (22%). У 13 пациентов (14%) зарегистрирована мерцательная аритмия (у 3 – пароксизмальная, у 10 человек постоянная форма), синусовая брадикардия – у 4 пациентов. Не было зарегистрировано желудочковых нарушений ритма, а также пациентов с имплантированными ЭКС.

Выводы: 1) у долгожителей преобладает легкая степень обремененности различными нозологическими формами с преобладанием смешанного варианта полиморбидности, и преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы (АГ, ИБС, ХСН); 2) редко встречается патология эндокринной системы, а также случаи перенесенного ОНМК, в то время как ПИКС отмечается у каждого пятого больного, а частота встречаемости мерцательной аритмии достигает 14% в данной возрастной группе.

СОЦИЛЬНЫЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СЕЗОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЕЙ АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТА БЕЛОГО ХАЛАТА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва

Цель исследования было выявить взаимосвязи показателей качества жизни (КЖ) больных с артериальной гипертензией (АГ) со степенью выраженности сезонных изменений эффекта белого халата (ЭБХ) и показателей амбулаторного артериального давления у больных со стабильной АГ.

Материалы и методы. Была проанализирована база данных исследований, проведенных с 1996 по 2011 годы, включающая результаты 724 суточных мониторингов артериального давления (СМАД). Критерии включения в исследование были сходными. Больным с АГ 1–2 ст. без серьезных сопутствующих заболеваний на фоне отмены антигипертензивной терапии проводилось СМАД прибором SpaceLabs 90207 и затем пациенты заполняли опросник, оценивающий КЖ (J. Siegrist и соавт.). Эффект белого халата (ЭБХ) определялся как разность между уровнем клинического АД и среднего дневного амбулаторного АД. Опросник КЖ содержит следующие шкалы: I – физическое самочувствие (жалобы), II – работоспособность, III – позитивное или IV – негативное психологическое самочувствие, V – психологические способности, VI – социальное самочувствие, VII – способность к социальным контактам, VIII – сексуальные способности у мужчин. Для статистической обработки использовалась процедура обобщенной линейной модели регрессионного анализа с учетом пола, возраста и длительности АГ и рассчитывался критерий Фишера (F).

Результаты. Было выявлено, что показатели шкалы VI (социальное самочувствие), которая оценивает уровень социальной поддержки со стороны друзей, семьи, коллег по работе наиболее значим для выраженности сезонных изменений следующих показателей амбулаторного АД: 1) для среднесуточного систолического АД (САД) (Fisher's criterion (F)=11,34, p<0,001); 2) дневного САД (F=11,91, p<0,001); 3) ночного САД (F=5,04, p<0,03); 4) дневного диастолического АД (ДАД) (F=5,17, p<0,02). Кроме того, возраст имел значение для сезонных колебаний частоты сердечных сокращений (F=22,25, p<0,0001). Не было выявлено взаимосвязей показателей КЖ и степени выраженности сезонных колебаний ЭБХ.

Выводы. Уровень социальной поддержки был взаимосвязан с сезонными колебаниями амбулаторных показателей САД (среднесуточные, дневные, ночные) и в меньшей степени ДАД (только дневные показатели). Сезонные колебания ЭБХ не зависели от КЖ.

ВОЗМОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НА ЭТАПЕ ПОЛИКЛИНИКА-ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ-СТАЦИОНАР

Гречкин В.И., Будневский А.В., Ромашов Б.Б., Перцев А.В., Перфильева М.В.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Проблема своевременной диагностики инфекционного эндокардита по-прежнему остается актуальной, несмотря на широкое внедрение в практику современных методов обследования. Это обусловлено в первую очередь вариабельностью клинической картины заболевания, возрастом пациента, провоцирующими факторами, способствующими развитию заболевания.

Наиболее постоянный симптом инфекционного эндокардита – лихорадка по-разному трактуется врачами при первичном контакте с пациентом.

Нам представляется крайне важным уже на этапе поликлинического обследования выделять среди пациентов с лихорадкой группы риска по инфекционному эндокардиту. В первую оче-

редь это лица с опийной наркоманией и иммунодефицитом, после инструментальных стоматологических (экстракция зуба) и урологических (катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия) вмешательств, катетеризации крупных вен и т.д. У вышеперечисленной категории больных уже на поликлиническом этапе, помимо рентгенографии органов грудной клетки с целью исключения пневмонии, следует провести ультразвуковое исследование сердца для исключения вегетаций на клапанах и других структурах сердца.

На уровне приемного отделения больницы скорой медицинской помощи больные, как правило, подвергаются комплексному обследованию, включающему исследование крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, консультацию инфекциониста, ультразвуковое исследование сердца. Если диагноз не установлен на уровне приемного отделения, больной госпитализируется в терапевтическое отделение, где продолжается диагностический поиск с развернутым клиническим, биохимическим и бактериологическим исследованием крови и мочи, повторным ультразвуковым исследованием внутренних органов, проведением фиброгастро-скопии, колоноскопии, при необходимости – стерильной пункции.

В нашем исследовании из 65 лихорадящих больных (длительность лихорадки не менее 10 дней), поступивших в терапевтическое отделение и представлявших группу риска по инфекционному эндокардиту, последний был выявлен у 37 больных. При этом вегетации на клапанных структурах сердца были обнаружены у 19 пациентов с опийной наркоманией, у 3 – с тяжелой пневмонией, у 8 – после инвазивных лечебных и диагностических манипуляций (катетеризация мочеточника и подчюичной вены, цистоскопия, выскабливание полости матки), у 1 – после экстракции зуба, у 3- на фоне хирургического сепсиса, у 3 – с врожденными пороками сердца.

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).

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Дадашова Г.М.

НИИ Кардиология Азербайджана им. Дж.Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Цель. Оценить гендерные особенности клинико-соматического статуса у больных с ХСН перенесших ИМ, сопоставить и исследовать их взаимоотношения с психоэмоциональным состоянием, а также возможности медикаментозной коррекции.

Материалы и методы. Все больные были подвергнуты обычным методам общеклинического обследования, которые включали, помимо сбора анамнеза, физикальный осмотр, тест с шестиминутной ходьбой, оценку клинического состояния по шкале ШОКС (R. Cody,

1993 в модификации В. Ю. Мареева, 2000). Обследованы 150 человека, из них 75 мужчин и 75 женщин с ХСН перенесших ИМ. Все обследованные больные были рандомизированы на 3 группы. Больные 1 группы (25 мужчин и 25 женщин), получали базисную терапию и ИАПФ периндоприл (Престариум, Servier) 5–10 мг/сутки. Больные 2 группы (25 мужчин и 25 женщин) помимо указанной базисной терапии принимали валсартан 80–160 мг/сутки (Диован, Novartis). В схему лечения пациентов 3 группы (25 мужчин и 25 женщин) кроме базисной терапии (с ИАПФ и/или БРА) был включен сертралин (Золофт, Pfizer) в дозировке 50 мг в сутки.

Результаты. Мужчины с ХСН, перенесшие ИМ, были моложе женщин с ХСН, перенесшие ИМ. Психосоциальные перегрузки, как фактор риска, чаще встречались у пациентов женского пола. Выявлено, что сахарный диабет часто встречался в группе пациентов с ХСН, перенесших ИМ, причем у женщин в 2,3 раза чаще, чем у мужчин. Артериальная гипертензия в 100% случаев имела у всех женщин с ХСН, перенесших ИМ. Длительность АГ тоже имеет свои особенности. Так в группах пациентов ХСН, перенесших ИМ, выявлено, что женщины страдали АГ в 2 раза дольше, чем мужчины. проводимая терапия оказывала сопоставимый клинический эффект и у мужчин и у женщин всех трех групп. На фоне проводимой терапии, наибольший положительный эффект наблюдался в группе пациентов, получавших периндоприл в сочетании с сертралином.

Выводы. Выявлены гендерные особенности факторов риска у больных ХСН, перенесших ИМ: у женщин – артериальная гипертензия, встречающаяся в 1,4 раза чаще (100%) и сахарный диабет, выявляемый в 2,3 раза чаще (30%), чем у мужчин. Длительность АГ тоже имеет свои гендерные особенности, так как женщины страдали АГ в 2 раза дольше, чем мужчины. Учитывая наличие у большинства пациентов с ХСН, перенесших ИМ, повышенного уровня тревоги, применение в составе комбинированной терапии сертралина приводит к дополнительным клиническим положительным эффектом, что достоверно в большей степени выражено у женщин.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО- МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дадашова Г.М.

НИИ Кардиология Азербайджана им. Дж.Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Актуальность. Согласно последним рекомендациям диагностика, клиническая картина, особенности лечебной стратегии и клинический ответ на лечение ХСН в значительной степени зависят от особенностей структурно-функционального состояния и архитектоники ЛЖ.

Цель. Исследовать структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) у женщин с постинфарктной ХСН II–III функционального класса (ФК).

Материалы и методы. Обследованы 105 женщин, страдающих ХСН II–III функционального класса неклапанной этиологии, находящихся в постменопаузе. Средний возраст составил $59 \pm 6,7$ лет. Всем пациентам включенным в исследование были выполнены ЭхоКГ на ультразвуковом сканнере ‘Vivid-7, Dimension’ (США).

Результаты. Анализ результатов эхокардиографического исследования показал, что ХСН у женщин протекает преимущественно с сохраненной систолической функцией ЛЖ. Рестрик-

тивный тип диастолического расслабления ЛЖ был определен только у 6 пациенток (6,2%), аномальный тип диастолического расслабления был отмечен у 32 больных (31,3%) и у 63 пациентки тип нарушения диастолического расслабления определить не удалось (61,7%). Следует также отметить, что у 8 пациенток (8,16%) наблюдалось сочетание систолической дисфункции ЛЖ, определенной по показателю ФВЛЖ, и признаков нарушений его диастолического расслабления, то есть смешанная дисфункция ЛЖ. В 23,5% случаев у пациенток определяется концентрическая гипертрофия ЛЖ, в 48% – эксцентрическая гипертрофия без дилатации, у 15,7% больных эксцентрическая гипертрофия ЛЖ с дилатацией и у 9,8% пациенток – смешанная гипертрофия левого желудочка.

Выводы. Постинфарктный ХСН у женщин сочетается с сохраненной систолической функцией ЛЖ. У женщин с постинфарктной ХСН II–III функционального класса наиболее частым типом ремоделирования ЛЖ является эксцентрическая гипертрофия без дилатации его полости.

НЕКОТОРЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ССЗ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ (НА ПРИМЕРЕ ЭТНИЧЕСКИХ КАРАЧАЕВЦЕВ РЕСПУБЛИКИ КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕСИЯ)

Дотдаева А. А., Бойцов С. А., Курданов Х. А.

МБЛПУ «Малокарачаевская ЦРБ», Учкеек, Карачаево-Черкесия, Россия

Цель исследования. Изучить представленность и степень выраженности некоторых дополнительных факторов риска ССЗ (толщина комплекса интима-медиа сонных артерий, скорость пульсовой волны, гетероплазмия митохондриальной ДНК) у больных ИБС, проживающих в условиях высокогорья, а также их взаимосвязь с традиционными факторами риска.

Материал и методы исследования. В исследование включены 165 человек, проживающих на высоте от 838 м до 1717 м над уровнем моря. Включение пациентов в обследование проводилось в условиях центральной районной больницы Малокарачаевского района в период с 2009 по 2011 гг. В результате обследования были сформированы 2 группы: больные ИБС и контрольная группа, сопоставимые по полу и возрасту. Проведенное обследование: анкетирование, клиническое обследование, лабораторное обследование (определение ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, апобелка А1, апобелка В, ЛП (а), высокочувствительного СРБ), генетический анализ митохондриальной гетероплазмии по мутациям С3256Т, G12315А, G13513А, G14846А, G15059А, электрокардиография, компьютерная сфигмография, велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сонных артерий.

Результаты исследования. Выявлено достоверное различие средней толщины КИМ у больных ИБС и в группе сравнения. Обнаружена достоверная положительная корреляция толщины КИМ, а также наличия атеросклеротической бляшки и стеноза сонных артерий с наличием ИБС в анамнезе. Выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий предсказуемо увеличивалась с возрастом. Размеры бляшки и выраженность стенозирующего поражения сонных артерий имели прямую зависимость с несбалансированным питанием. Величина

максимальной выраженности стеноза сонных артерий имела прямую корреляцию с уровнем апобелка В, АГ и объемом талии. Кроме того, по данным инструментального обследования, была выявлена положительная связь толщины КИМ с СПВ на периферических артериях. При определении корреляционной связи СПВ с другими факторами риска, выявлена умеренная прямая связь с возрастом пациента и уровнем АД, что связано с увеличением артериальной ригидности и сосудистым ремоделированием. Выявлена отрицательная корреляция наличия ИБС и уровня гетероплазии мутации G13513A.

Выводы. Толщина КИМ и СПВ в качестве дополнительных факторов риска ССЗ продемонстрировали положительную связь с наличием ИБС в анамнезе и/или положительную корреляцию с традиционными факторами риска, имеющими значение в развитии и дальнейшем прогрессировании атеросклеротического процесса. Отрицательная корреляция наличия ИБС и уровня гетероплазии мутации G13513A позволяет высказать предположение об антиатерогенном характере данной мутации.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЙОДИНДУЦИРОВАННЫХ ТИРЕОПАТИЙ

Дробышева Е.С., Будневский А.В., Феськова А.А., Овсянников Е.С.,
Токмачев Р.Е., Саурина О.С.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Высокая антиаритмическая эффективность амиодарона позволила расширить показания для его применения в качестве препарата для профилактики нарушения ритма сердца у пожилых пациентов. В основе ряда электрофизиологических эффектов кордарона лежит высокое содержание в препарате йода, что приводит к развитию дисфункции щитовидной железы.

Цель: изучить структуру нарушений функции щитовидной железы при длительном приеме амиодарона у лиц пожилого возраста с персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП), оценить течение ПФП на фоне возникновения гипотиреоза и тиреотоксикоза.

Методы: в исследование были включены 94 пациента (25 мужчин, 69 женщин), проживающих в Воронеже и Воронежской области. В возрасте от 55 до 75 лет с персистирующей фибрилляцией предсердий, принимающих амиодарон для контроля синусового ритма более шести месяцев в суточной дозе 200 мг. У всех пациентов до начала лечения патологии щитовидной железы выявлено не было. На этапе формирования групп оценивалось: функция щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ, свободного Т3, свободного Т4 методом непрямого иммуноферментного анализа), так же проводилось клиническое обследование, которое включало в себя: расспрос, физикальное обследование, наблюдение за динамикой состояния в течение лечения, регистрацию ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, кроме того проводились биохимические исследования уровня общего белка, глюкозы, общего холестерина, β – липопротеидов, ЛПНП, АсАТ, АлАТ. Для оценки функции щитовидной железы использовались определения: эутиреоз- уровень гормонов щитовидной железы в пределах нормы (ТТГ- 0,25–3,5 МЕ/л, Т4 свободный 9–20пМоль/л, Т3 свободный 4,1–8,2пмоль/л). Гипотиреоз- уровень ТТГ повышен Т4, Т3 снижен при манифестной форме, и в пределах нормы при субклинической форме. Тиреотоксикоз – снижен уровень ТТГ и повышен Т3, Т4.

Результаты: среди лиц пожилого возраста, страдающих персистирующей фибрилляцией

предсердий, длительно принимающих амиодарон в суточной дозе 200 мг, дисфункция щитовидной железы развивается в 32,9% случаев. У пациентов, имеющих в анамнезе заболевания щитовидной железы, амиодарон-ассоциированный гипотиреоз развивается значительно чаще и составляет 31,7%, по сравнению с группой пациентов, где исходно щитовидная железа не была поражена и составляла 15% случаев. Развитие амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза преобладает в группе пожилых пациентов с интактной щитовидной железой, частота его развития составила 13% случаев, в то время как среди пациентов, имеющих патологию щитовидной железы, распространенность дисфункции—7%.

Выводы: у пожилых пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий, получающих кордарон для удержания сердечного ритма более шести месяцев, развивается дисфункция щитовидной железы. Развитие гипотиреоза или тиреотоксикоза сопровождается ослаблением антиаритмической активности препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИЕНТИРОВОЧНОГО ПСИХОПРОЕКТИВНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД У ДЕВУШЕК- СТУДЕНТОК

Евсеева М.Е., Чудновский Е.В., Кумукова З.В.

Ставропольский государственный медицинский университет,
г.Ставрополь, Россия

Актуальность. Роль тревоги и депрессии в развитии основных атеросклеротических сердечно-сосудистых (СС) заболеваний и их осложнений на сегодняшний день считается доказанной. Роль других психометрических показателей и их взаимосвязь с начальным этапом СС континуума в виде повышения АД до сих пор изучена гораздо меньше. А между тем, эти данные необходимы для формирования комплексных профилактических программ, осуществляемых центрами здоровья. *Цель* – оценить некоторые характерологические особенности по результатам рисуночного теста и их возможную взаимосвязь с особенностями суточного мониторинга АД среди девушек, обучающихся в медицинском университете.

Материал и методы. Обследованы 30 студенток 4 курса лечебного и педиатрического факультетов СтГМУ с помощью проективного рисуночного теста «Несуществующее животное» по М.З.Дукаревич, который позволяет получить ориентировочные данные по ряду выделенных личностных признаков пациента (самооценка, активность, эгоцентризм, тревожность и др.) Проводилось также суточное мониторирование (СМАД) с помощью аппарата МДП-НС-02с «Восход» (производитель «Передовые технологии», Россия, Москва). По его результатам анализировались более 30 показателей. Сформированы две пары групп сравнения по присутствию высокой (23 чел.) и низкой (7 чел.) самооценки, а также по присутствию (22 чел.) и отсутствию (8 чел.) эгоцентризма. Статистическая обработка данных производилась в пакете MSExcel. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Оказалось, что такие качества характера, как повышенная самооценка встречались у 23 девушек, т. е. в 77% случаев. Обладательницами выраженного эгоцентризма оказались 22 девушки (73%). Установлено, что у девушек-носительниц высокой самооценки такие показатели, как САДсут, ДАДсут оказались на 5 мм рт. ст. и 2 мм рт. ст. выше по срав-

нению со сверстниками, отличающимися присутствием более низкой самооценки. При этом разница между группами не достигла статистически значимого уровня. Степень же ночного снижения и САД, и ДАД практически не отличалась между сравниваемыми группами. По признаку эгоцентризма существенных взаимовлияний с уровнем АД не выявлено.

Заключение. Предварительные результаты свидетельствуют о наличии определённого влияния некоторых особенностей личности на уровень показателей СМАД. Если сравнивать по такому аспекту, как самооценка и эгоцентризм, то первый личностный параметр продемонстрировал большую взаимосвязь с повышением АД в рамках нормотензивного уровня колебаний по сравнению со вторым параметром. Однако следует продолжить начатое исследование по дальнейшему набору материала в указанном аспекте.

ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ДИНАМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПИЩЕВОГО БЕЛКА.

Егоренкова Н.П., Соколов А.И., Берштейн С.М., Батулин А.К.

ФГБНУ «НИИ питания» (Москва)

ООО «Санаторий «Ревиталь Парк», Московская область

Ожирение – это хроническое заболевание обмена веществ с избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее осложнения и высокую вероятность рецидива после курса лечения. [Тутельян В.А.] Диета является одним из главных факторов, как для лечения ожирения, так и для профилактики избыточного веса. В настоящее время белковым компонентам пищи уделяется повышенное внимание при создании профилактических рационов для людей, контролирующих массу тела. Давно известно, что белки обладают самой высокой насыщающей способностью и высоким термогенным эффектом. Представлялось интересным узнать, каким специфическим действием обладает белок обезжиренного творога

Цель работы: оценить специфическое динамическое действие белковой нагрузки, приготовленной на основе обезжиренного творога.

Методы исследования: исследование выполнено в контролируемых условиях санатория («Ревиталь Парк» г. Железнодорожный, Московской области) у 11 взрослых здоровых участников. Каждый пациент получал тестовый завтрак (125 ккал/порцию), в качестве которого использовался обезжиренный творог. Содержание белков 24,2, жиров 0,68 и углеводов 3,63 на порцию соответственно. Параметры пищевого термогенеза рассчитывали по результатам 4-часового мониторинга обмена покоя «свободно живущего волонтера». Для построения кривой и кинетического анализа динамики термогенеза использовали шесть временных точек, включая исходный, «тощаковый» уровень. Измерения обмена покоя проводили методом непрямой калориметрии в положении лежа до и после пищевой нагрузки. Длительность каждого измерения составляла 20 мин (10 мин измерения + 10 мин адаптации). Полученные данные статистически обработаны и представлены в виде средних величин и среднеквадратичной ошибки.

Результаты. Для оценки термической реакции на пищу использованы кинетические параметры: максимум термогенеза, время максимума термогенеза, суммарная величина пищевого термогенеза. Суммарное значение термогенеза на белковую пищевую нагрузку составила: $39,4 \pm 7,4$ ккал (31.5% от калорийности нагрузки), что почти в 2 раза было выше пищевого тер-

могенеза углеводов, измеренных у этих же пациентов. Максимальная величина термической реакции на белок составила: $0,29 \pm 0,05$ ккал/мин. Время максимума пищевого термогенеза находилось в пределах $46,6 \pm 7,5$ мин.

Заключение. Полученные результаты показывают, что термогенез белковой пищевой нагрузки является сравнительно высоким и составляет около 30% от калорийности. Эти данные могут быть использованы при составлении профилактических рационов для лиц, контролирующих массу тела. А также иметь практическое значение в работе врачей различных специальностей, сталкивающихся с проблемами избыточного веса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Исаева И.А., Урясьев О.М.

Государственное бюджетное образование учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань

Целью данного исследования являлась оценка эффективности применения комплекса физических факторов, состоящего из: магнитотерапии и прерывистой нормобарической гипокситерапии у пациентов бронхиальной астмой с сопутствующей гипертонической болезнью.

При исследовании были использованы клинические данные, полученные при обследовании и лечении больных бронхиальной астмой средней степени тяжести, смешанной формы, частично контролируемой с сопутствующей гипертонической болезнью 2 степени, 2 стадии, среднего риска. Выбор физического фактора проводился с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания у конкретного пациента в сочетании с базисной медикаментозной терапией. Общее количество пациентов составило 84 человека. Исследуемые группы пациентов были достоверно сопоставимы по возрасту, длительности течения бронхиальной астмы и гипертонической болезни, степени выраженности заболеваний, получаемой базисной медикаментозной терапии. Из них методом случайной выборки были выделены: контрольная группа пациентов, состоящая из 40 человек, получавших традиционную медикаментозную терапию и основная группа. Пациенты основной группы – 44 человека получали комплекс физических факторов, включающий прерывистую нормобарическую гипокситерапию и магнитотерапию на фоне медикаментозного базисного лечения. Было проведено комплексное обследование пациентов до и после проведенного лечения: качественная оценка клинических симптомов БА (одышка, удушье, кашель, отхождение мокроты) и ГБ (головная боль, головокружение, дискомфорт в области сердца) по 10-бальной аналоговой шкале; исследование функции внешнего дыхания; суточное мониторирование артериального давления; исследование липидного спектра крови.

После проведенного лечения клинический эффект в основных группах оказался более выражен, чем в контрольных группах: улучшение наступало в более короткие сроки, полностью прекратились приступы удушья, нормализовался сон. При проведении суточного мониторирования артериального давления было отмечено, что произошло более значимое снижение систо-

лического и диастолического артериального давления в ночные и дневные часы. У больных, которым назначались физические факторы, после лечения быстрее нормализовались показатели функции внешнего дыхания, по сравнению с пациентами, получавшими только базисную медикаментозную терапию.

Таким образом, использование физических факторов (магнитотерапии и прерывистой нормобарической гипокситерапии) в комплексном лечении бронхиальной астмы с сопутствующей артериальной гипертензией достоверно улучшает состояние и функциональные показатели пациентов, способствует снижению интенсивности клинических симптомов заболеваний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

¹Искендеров Б.Г., ¹Сисина О.Н., ²Мамедов М.Н.

¹ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей»
Минздрава России, Пенза; ²ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России, Москва

Цель исследования: оценить влияние хронической болезни почек (ХБП) на эффективность симультанной операции коронарного шунтирования (КШ) и радиочастотной аблации (РЧА) у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП), а также на морфо-функциональное и электрическое ремоделирование сердца после операции.

Материал и методы. Обследовано 247 больных (156 мужчин и 91 женщина) в возрасте от 50 до 67 лет (средний возраст – 60,5±6,7 лет). До операции величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ), определяемой по формуле СКД-ЕРІ, составили от 60 до 45 мл/мин/1,73 м². Через 12 месяцев после операции у 160 больных (68,4%) показатели СКФ увеличились в среднем на 39,4% (p<0,001) составили выше 60 мл/мин/1,73 м² (1-я группа) и у 74 больных (31,6%) изменения СКФ были незначительными и оставались ниже 60 мл/мин/1,73 м² (2-я группа). Больным до и после операции проводили электрофизиологическое исследование сердца и доплер-эхокардиографию.

Результаты. В госпитальный период наблюдения после операции ранние рецидивы ФП выявлялись у 132 больных (53,4%). Дальнейшие наблюдения показали, что у больных с ранними рецидивами ФП в 50% случаев поздние рецидивы ФП отсутствовали, а также у 42,2% больных рецидивы ФП, наоборот, после операции возникли лишь спустя 12 месяцев. Отсутствие поздних рецидивов ФП без применения антиаритмической терапии в 1-й группе выявлено у 73,8% больных и во 2-й группе – у 58,1% больных: p=0,011. Кроме того, при успешной РЧА спустя 12 месяцев после операции величина СКФ была достоверно выше, чем у больных с рецидивами ФП независимо от наличия ХБП в исходном состоянии: 77,5±10,4 и 60,8±9,2 мл/мин/1,73 м² соответственно (p<0,001). Кроме того, в 1-й группе улучшение показателей систолической и диастолической функций сердца, а также уменьшение кардиометрических параметров более выражены, чем у больных 2-й группы. Выявлена прямая корреляция СКФ с показателями эффективного рефрактерного периода левого предсердия (r= 0,65; p=0,006) и частотно-

го порога индуцирования ФП ($r = 0,53$; $p = 0,012$). Во 2-й группе острый коронарный синдром, ишемический инсульт, длительно персистирующая и/или постоянная ФП (12,16% против 1,88%; $p = 0,003$) и тромбоэмболии выявлялись чаще, а также была выше потребность в терапии непрямыми антикоагулянтами (41,89% против 25,0%; $p = 0,014$), проведении программного гемодиализа (6,75% против 0%; $p = 0,005$) и имплантации кардиостимулятора (5,41% против 3,13%; $p > 0,05$), чем во 2-й группе.

Заключение. Таким образом, увеличение клубочковой фильтрации почек после операции КШ в сочетании с РЧА у больных с персистирующей ФП и сопутствующей ХБП ассоциируется с сохранностью синусового ритма и благоприятным кардиоваскулярным прогнозом.

РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГНУТЫХ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

¹Искендеров Б.Г., ²Иванчукова М.Г., ³Лазарева Э.Н.

¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава РФ; ²ГБУЗ Пензенская ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина; ³ЛПУ «Санаторий им. В.В. Володарского», Пенза, Россия

Цель: определить частоту острого повреждения почек (ОПП) и его влияние на прогноз у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).

Материал. В исследование было включено 285 больных (168 мужчин и 117 женщин) ОКС с подъемом сегмента ST, в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст – $55,3 \pm 4,2$ года), имевших исходно интактную клубочковую функцию почек. Больных разделили на 2 группы: в 1-й группе (174 больных) после тромболитической терапии (ТЛТ) экстренном порядке (в течение первых 4–10 часов от начала заболевания) выполнялось ЧКВ и во 2-й группе (111 больных) была только ТЛТ. Критериями исключения являлись: сахарный диабет 2-го типа; застойная сердечная недостаточность; клапанные пороки сердца; первичные заболевания почек. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD, «базальные» (исходные) значения креатинина в сыворотке крови (sCr), соответствующие величинам СКФ 75 мл/мин/м², – по формуле Cockcroft. ОПП диагностировали по уровню sCr, используя критерии AKIN. Период наблюдения больных составил 12 месяцев.

Результаты. В 1-й группе ОПП диагностировалось у 30 больных (17,2%) и во 2-й группе – у 7 больных (6,3%). Различие достоверно: $p = 0,013$. Поскольку сравниваемые группы по исходным параметрам были сопоставимы, то различие по частоте ОПП можно объяснить возникновением контраст-индуцированной нефропатии (КИН). В 1-й группе ОПП соответствовало I стадии в 63,3% случаев, II стадии – в 23,3% случаев и III стадии (острая почечная недостаточность), – в 13,4% случаев и во 2-й группе – I стадии в 71,4% случаях и II стадии в 28,6% случаях. Показано, что в 1-й группе острая сердечная недостаточность III/IV класса по

Killip диагностировалась у 18 больных (10,3%), в том числе у 7 больных (23,3%) с КИН, и во 2-й группе – у 11 больных (9,9%): $p=0,021$. Желудочковые нарушения ритма высоких градаций в 1-й группе выявлены в 13,2% случаев, в том числе у больных с КИН в 26,7% случаев, во 2-й группе – в 10,8% случаев. Сроки пребывания в стационаре в 1-й группе были больше по сравнению с 2-й группой: $18,3\pm 2,5$ и $14,1\pm 1,9$ суток. Госпитальная летальность в 1-й группе составила 15,5%, в том числе среди больных с КИН 20,0%, что достоверно выше, чем во 2-й группе (13,5%). В первый год наблюдения ОКС и/или повторный инфаркт миокарда у больных, перенесших КИН, возник значительно чаще (в 33,3% случаев), чем во 2-й группе и у больных 1-й группы без КИН: в 8,3 и 8,1% случаев соответственно. Из 28 больных, перенесших КИН, и выписанных домой, у трех (10,7%) в дальнейшем развивалась хроническая болезнь почек.

Выводы. Выявлено, что у больных ОКС с подъемом сегмента ST, получающих ТЛТ в сочетании с ЧКВ, острое повреждение почек в виде КИН диагностируется в 17,2% случаев, которое неблагоприятно влияет на ближайший и отдаленный кардиоваскулярный прогноз.

ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Каюмова М.М., Акимова Е.В.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»,
Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение отношения к своему здоровью и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в мужской открытой популяции г. Тюмени 25–64 лет.

В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Из избирательных списков граждан г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола 25–64 лет в количестве 1000 человек. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0%. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты респондентами.

Положительное отношение к профилактическим проверкам своего здоровья в популяции оказалось равным 88,0%. Около 35% респондентов выказывали низкую ответственность по отношению к своему здоровью – 36,3% продолжали работу в случае, если на работе почувствовали себя не совсем хорошо и 34,9% продолжали работать при температуре или гриппе. К врачу при плохом самочувствии обращалась только пятая часть респондентов, около половины популяции при плохом самочувствии или температуре предпочитали отдых и самолечение. В старших возрастных группах повышалась ответственность за свое здоровье. В возрастной категории 55–64 лет продолжало работать в случае плохого самочувствия наименьшее количество мужчин (31,3%). В то же время, сокращала работу или отдыхала при плохом самочувствии наименьшая доля респондентов старших возрастных категорий 45–54 (40,3%) и 55–64 лет (37,9%). Возрастная категория 55–64 лет с большим доверием отреагировала на полезность профилактических мер сравнительно с лицами молодого возраста 25–34 лет (ответ «возможно, да» в 14,5% и 8,0% соответственно, $p>0,05$).

Заключение. У большинства мужчин 25–64 лет установлено положительное отношение

к профилактическим проверкам здоровья, большая часть мужчин открытой популяции верит в возможности профилактики серьезных заболеваний.

ТЯЖЕЛАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ РИСКИ

Кардангушева А.М.¹, Хачетлова Ф.А.², Закуева А.А.²

¹ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Нальчик

²ГБУЗ «Центральная районная больница», Нарткала

Цель исследования: провести анализ особенностей оказания медицинской помощи при тяжелых пневмониях в условиях районной больницы.

Материалы и методы исследования. Исследование реализовано на базе одной из районных больниц Кабардино-Балкарской республики. Объектом исследования послужила медицинская карта стационарного больного (ф.003/у), предметом исследования – практика оказания медицинской помощи при тяжелой пневмонии. В анализ включены все больные тяжелой пневмонией (n=9), пролеченные в районной больнице с декабря 2014 г. по февраль 2015 г. Методика исследования состоит в сплошной выборке данных из карт стационарного больного тяжелой пневмонией в специально разработанную карту с последующим анализом соответствия диагностических и лечебных мероприятий клиническим рекомендациям.

Результаты. Анализ этапности оказания медицинской помощи выявил позднюю госпитализацию больных: на 5–7-е сутки госпитализировано 44,4% больных, на 11-е сутки – 55,6%. У всех больных пневмонии предшествовали симптомы острого респираторного заболевания. В 88,9% случаев выставлен диагноз: «Грипп, тяжелое течение, осложненный пневмонией». Вирусы гриппа А (H1N1) и В идентифицированы в двух случаях. Противовирусная терапия была проведена на амбулаторном этапе только в одном случае, на стационарном – в пяти. Сопутствующая патология зафиксирована у 100% больных, причем, у 75% - два и более заболевания. В структуре сопутствующих заболеваний представлены хроническая обструктивная болезнь легких (44,4%), недостаточность кровообращения (22,2%), сахарный диабет (22,2%), ожирение (22,2%), анемия (11,1%), фибрилляция предсердий (11,1%). Анализ этиологической диагностики выявил отсутствие верификации патогена в большинстве случаев, что связано с проведением бактериологического исследования после начала антибактериальной терапии или его непроведением. Нарушения структуры антибактериальной терапии сводились к отсутствию стратификации риска при назначении эмпирической терапии, нерациональной стартовой антибактериальной терапии и назначению генерических препаратов. Летальный исход имел место в трех случаях, что было связано с тяжелым течением вирусно-бактериальной пневмонии, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, коморбидностью, поздней госпитализацией и отсутствием противовирусной терапии на догоспитальном этапе.

Выводы. Оказание медицинской помощи больным тяжелой внебольничной пневмонией требует оптимизации, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Курданова М.Х., Бесланеев И.А., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А.

Центр медико-экологических исследований – филиал Государственного
Научного Центра Российской Федерации – Института Медико-
Биологических Проблем Российской академии наук.
Нальчик, Российская Федерация

Цель. Изучить прогностическую значимость анализа вариабельности сердечного ритма (ВРС) у больных артериальной гипертензией (АГ) в которых учитываются методы кластерного и структурно-лингвистического анализа и функционального состояния организма, основанные на математико-статистических и спектральных характеристиках, индексов ВРС.

Методы. Обследовали 130 больных АГ 2 степени, возраст $54 \pm 4,2$ года (гр-1), и 40 здоровых лиц возраст $48 \pm 2,5$ года (гр-2), сопоставимых по полу и индексу массы тела. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, эхокардиография, цифровая ритмокардиография на аппаратно-программном комплексе «Ритм-2». Рассчитывались: показатели временной области, вариационной пульсометрии, характеристики динамического ряда, волновая структура ритма, индексы ВРС, индексы регуляторных систем. Статистическая обработка проведена методами факторного и кластерного анализа, линейной регрессии и корреляции в программе «Statistica v.10. StatSoft».

Результаты. У больных в гр-1 выявлено ослабление церебральных эрготропных влияний симпатической и парасимпатической сегментарной регуляции, что характерно для неустойчивых состояний, а фактор адаптивных механизмов имеет наименьший удельный вес. В гр-1 по удельному весу эти показатели занимают ведущее место и связаны с патологическим процессом – АГ, на что указывает отсутствие достоверных корреляций изменения ВРС с возрастом и полом. У больных гр-1 выявлены неустойчивые состояния, характеризующиеся высоким функциональным напряжением регуляторных механизмов и повышенным риском спонтанного перехода в состояния перенапряжения и истощения, отсутствующие в гр-2.

Заключение. При оценке функционального состояния организма на основе кластерного и структурно-лингвистического анализа ВРС у больных АГ выявляются аномальные типы кластеров, смещенных в область симпатических регуляций, высокого напряжения регуляторных систем, поэтому прогноз болезни и ее осложнений у больных АГ менее благоприятен, чем у лиц ВРС которых образует нормальный кластер и устойчивые состояния.

ПУТИ МЕТАБОЛИЗМА АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ, ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ

Курданова М.Х., Бесланеев И.А., Батырбекова Л.М., Курданов Х.А.

Центр медико-экологических исследований – филиал Федерального

государственного бюджетного учреждения науки – Государственного
научного центра Российской Федерации – Института медико-
биологических проблем Российской академии наук. Нальчик.
Российская Федерация

Цель: изучить окислительный (NO-ситазный) и неокислительный (аргиназный), пути метаболизма L-аргинина у больных артериальной гипертонией (АГ). Изучить взаимосвязи между активными конечными метаболитами каждого из путей: NO-ситазного – нитритов (NO_2) и нитратов (NO_3) и аргиназного – мочевины (М) и полиаминов (П) в плазме крови и эритроцитах с параметрами морфофункциональной структуры левого желудочка (ЛЖ) и параметрами гемодинамики.

Материал и методы. В высокогорных районах Приэльбрусья (2300–3100 м.н. ур. моря) обследовано: 40 больных с АГ 2 степени, возраст $54 \pm 1,8$ года (гр-1); 40 больных с АГ 3 степени, возраст $58 \pm 3,2$ лет (гр-2); 45 здоровых лиц, возраст $46,5 \pm 3,2$ лет, (гр-3.), сопоставимых по полу и массе тела. Всем проведено общее клиническое, инструментальное и биохимическое обследование. Метаболиты NO – NO_2 и NO_3 - и аргиназы – М и П в компонентах крови определяли спектрофотометрическим методом. Эхокардиографию проводили на аппарате «Aloka 500». Статистический анализ поведен в пакете программы «Statistica v.10.01, StatSoft».

Результаты. В гр-1 выявлено значительное увеличение М в плазме крови и эритроцитах (в 2 и 1,8 раза, $p < 0,01$) и П (на 28% и 26%, $p < 0,01$) по сравнению с гр-3 на фоне снижения концентрации NO_2 и NO_3 в крови (на 43% $p < 0,01$) и на (36% $p < 0,01$). В гр-2 увеличение М в плазме и эритроцитах было в 2 и 2,5 раза выше, чем в гр-3. ($p < 0,01$) и снижение концентрации NO_2 и NO_3 в крови (на 48% и 77% $p < 0,01$). Концентрация П в плазме и эритроцитах была достоверно выше в гр-2: (на 14% и 16%, $p < 0,05$), чем в гр-1 и выше чем в гр-3 (на 38% и 46%, $p < 0,01$). В гр-1 и гр-2 выявлено увеличение массы миокарда ЛЖ (на 45% – 63%), относительной толщины стенки ЛЖ (на 52% – 58%), ударного объема (на 20% – 23%), общего периферического сосудистого сопротивления (на 35% – 48%) и средне динамического АД. Получены уравнения множественной регрессии отражающие зависимость абсолютных и относительных значений параметров гемодинамики, морфофункциональной структуры ЛЖ от концентрации NO, М и П в крови.

Заключение. У больных АГ активируется аргиназный путь метаболизма L-аргинина с накоплением М и П в компонентах крови со снижением концентрации метаболитов NO в крови, взаимосвязанный с увеличением параметров гемодинамики и морфофункциональной структуры ЛЖ. Активация аргиназного пути более выражена у больных АГ 3 степени с длительным течением заболевания. У здоровых лиц аргиназный путь метаболизма L-аргинина не выражен.

ОСТРАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ QT

Ларионова Н.В., Шутов А.М., Мензоров М.В., Макеева Е.Р.

Ульяновский государственный университет

Введение: В качестве меры лабильности реполяризации миокарда предложено использовать индекс вариабельности QT (QTVI), являющийся предиктором увеличения риска сердеч-

но-сосудистой смерти.

Цель: оценить вариабельность QT у больных, госпитализированных в кардиологическое отделение по поводу острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ОДХСН: мужчин—49 (62%), женщин—31 (38%), средний возраст $63,8 \pm 9,2$ лет. Причинами хронической сердечной недостаточности у большинства была ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией. Мониторирование ЭКГ проводилось при поступлении и на 10 день лечения регистратором «Кардиотехника 04–3» (КТ 04–3), Санкт-Петербург. QTVI рассчитывали по формуле Бергера.

Результаты: У больных, госпитализированных по поводу острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности, наблюдается учащение среднесуточной частоты сердечных сокращений (при поступлении $76,22 \pm 19,16$ уд/мин vs $71,09 \pm 16,15$ уд/мин на 10 день, $p=0,004$), увеличение продолжительности QT интервала (при поступлении $392,61 \pm 42,04$ мсек vs $381,34 \pm 34,30$ мсек на 10 день, $p=0,006$), в том числе скорректированного QT интервала (при поступлении $429,91 \pm 37,0$ мсек vs $400,28 \pm 29,49$ мсек, $p=0,001$). Выявлено увеличение вариабельности QT на десятый день лечения ($-1,15 \pm 0,40$ против $-0,99 \pm 0,43$ на десятый день лечения, $p=0,02$). Больные с QTVI верхнего квартиля характеризовались большей массой миокарда ($512,60$ г $\pm 185,56$ против $356,08$ г $\pm 125,35$ нижнего квартиля, $p=0,01$) и индексом массы миокарда левого желудочка ($276,95$ г/м² $\pm 99,58$ против $181,55$ г/м² $\pm 53,77$, $p=0,002$), большей относительной толщиной стенок левого желудочка ($0,57 \pm 0,12$ против $0,41 \pm 0,05$, $p=0,002$), более высоким пульсовым давлением ($59,44 \pm 20,06$ против $47,27 \pm 10,31$, $p=0,03$). QTVI был выше у больных с асцитом ($-0,84 \pm 0,23$ против $-1,2 \pm 0,40$, $p=0,03$), при анемии ($-0,74 \pm 0,32$ против $-1,10 \pm 0,43$, $p=0,03$). Фракция выброса левого желудочка у больных со значениями QTVI верхнего и нижнего квартиля не различалась ($45,33 \pm 15,17$ против $42,50 \pm 10,94$, $p=0,56$).

Выводы: Острая декомпенсация ХСН сопровождается изменением ряда электрофизиологических параметров. Наряду с клиническим улучшением, укорочением продолжительности интервала QT и скорректированного QT, выявлено увеличение вариабельности QT.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НАЗНАЧЕНИЮ КОМБИНИРОВАННЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лепухова О.А., Никитин А.В.

ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Н.Н.Бурденко» Минздрава, Воронеж, Россия

Цель исследования: провести дифференциальный подход и сравнить эффективность применения комбинированных ингаляционных глюкокортикостероидов у пациентов, страдающих бронхиальной астмой средней степени тяжести смешанной формы.

Методы исследования: В исследовании принимали участие 90 пациентов с бронхиальной астмой средней тяжести. Все пациенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Возраст составил от 20 до 68 лет. В процессе наблюдения 6 пациентов выбыли по разным причинам. В итоге в исследовании приняли участие 84 пациента. Больные были поделены на 3 группы. Комбинированные ингаляционные глюкокортикостероиды назначали в эквивалент-

ных дозах с учетом противовоспалительной активности глюкокортикостероидного действующего вещества. В первую группу вошли пациенты, которым был назначен Фостер. Второй группе назначен ФорадилКомби. Третья группа – контрольная. Клиническая эффективность терапии оценивалась через 6 месяцев постоянного применения Фостер и ФорадилКомби.

Полученные результаты: Длительность заболевания, включенных в исследование, пациентов был различный от 2 до 20 лет. На момент включения больных в исследование такие параметры как среднее значение ОФВ1, среднее значение утренней ПСВ, среднее число симптомов и потребность в препаратах «скорой помощи» в сутки, были сопоставимы. В процессе исследования за пациентами исходные данные наблюдаемых групп уменьшались, кроме 3 группы. Данные исследуемых параметров 3 группы оставались на прежнем уровне, как на момент включения в исследование. Значительно снизились клинические и функциональные проявления бронхиальной астмы в 1 и 2 группе. Среднее значение ОФВ1 и среднее значение утренней ПСВ по результатам исследования были больше у больных получающих Фостер. Полный контроль над заболеванием в первой группе достигнут у 61% пациентов, во второй у 48% пациентов, в третьей группе у 5% пациентов.

Выводы: Фостер предпочтительнее назначать пациентам с бронхиальной астмой средней степени тяжести для достижения контроля.

КАК СТРАТИФИЦИРУЮТ РИСКИ И НАЗНАЧАЮТ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ВРАЧИ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Линчак Р.М.¹, Недбайкин А.М.³, Компаниец О.Г.² Комков Д.С.¹, Борискина Е.А.¹

¹ – ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, г. Москва,² – Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Краснодар,³ – ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», г. Брянск

Антикоагулянтная терапия у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) является единственной лечебной стратегией, улучшающей прогноз. Согласно современным рекомендациям, для успешного подбора антикоагулянтной терапии каждому больному должны быть определены риски инсульта и кровотечений. С этой целью рекомендуется использовать шкалы CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED. В клинических рекомендациях последнего пересмотра по ведению больных с фибрилляцией предсердий, при наличии 1 и более факторов риска, включенных в шкалу CHA₂DS₂-VASc, рекомендуется терапия либо антагонистами витамина К, в частности варфарином, либо новыми оральными антикоагулянтами (НОАК), к которым относятся дабигатран, ривароксабан и апиксабан. При этом, учитывая ряд преимуществ НОАК перед варфарином, выбор рекомендуется делать в их пользу.

Цель: проанализировать, существуют ли различия в подходе к стратификации риска инсульта и кровотечений, а так же в предпочтениях при выборе антикоагулянтов для лечения больных с фибрилляцией предсердий, у врачей амбулаторного звена (терапевтов и кардиоло-

гов).

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование в различных учреждениях здравоохранения первичного звена гг. Москвы, Краснодара и Брянска. Было опрошено 382 врача, из них -221 терапевт и 161- кардиолог. Респондентам предлагалось ответить, как часто они используют шкалы CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED, а так же какой из рекомендуемых к применению антикоагулянтов они считают препаратом выбора при лечении фибрилляции предсердий.

Результаты. После обработки анкет выяснилось, что риск инсульта у больных с ФП по шкале CHA₂DS₂-VASc стратифицируют только 50 (31%) из 161 опрошенных кардиологов и 20 (9%) из 221 опрошенных терапевтов. Шкалу HAS-BLED в своей амбулаторной практике используют лишь 45 (28%) кардиологов и 46 (21%) терапевтов. В ходе опроса выбор в пользу варфарина сделали 92 (57%) кардиолога и 168 (76%) терапевтов. НОАК же препаратом выбора считают 69 (43%) кардиологов и 53 (24%) терапевта. Все различия достоверны.

Таким образом, полученные нами результаты демонстрируют, что стратификация риска инсульта и кровотечений проводится не более чем у 30% больных с фибрилляцией предсердий. Причем кардиологи используют шкалы CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED несколько чаще, чем терапевты. Большинство респондентов при выборе антикоагулянтного препарата рекомендуют варфарин, несмотря на доказанные преимущества НОАК. При этом доля терапевтов среди сторонников терапии варфарином достоверно выше, чем среди кардиологов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Матюхин А.А., Никитин А.В.

Областная клиническая больница, Воронеж, Россия

Цель. Определить эффективность использования неинвазивных маркеров активности воспалительного процесса в толстой кишке (фекальный кальпротектин и опухолевая М2 пируваткиназа) у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Расширить диагностические критерии, использованные при обследовании групп пациентов с гистологически подтвержденным язвенным колитом.

Методы исследования. Нами проведен обзор результатов исследования кальпротектина и опухолевой М2 пируваткиназы в кале у 80 пациентов с язвенным колитом (у 44 пациентов наблюдалась легкая форма, у 25- среднетяжелая, у 11 пациентов тяжелая форма) в периоде обострения, подтвержденным результатами эндоскопической диагностики, гистологическими признаками.

Полученные результаты. 80 Пациентов (42±8,7 года, 52 женщины, 57 с субтотальным поражением толстой кишки и 23 с тотальным поражением толстой кишки) были включены в исследование для сравнения показателей уровня фекального кальпротектина и М2 пируваткиназы на момент начала испытания.

Определение уровня фекального кальпротектина, опухолевой М2 пируваткиназы проводилась с помощью иммуноферментного анализа, сроки доставки образцов кала в лабораторию не превышали 4 часов.

Повышение уровня фекального кальпротектина определялось у 87% пациентов, уровень кальпротектина варьировал от 54 мкг/г до 1300 мкг/г, определяется четкая корреляция уровня

кальпротектина и степени активности воспалительного процесса.

Оценка индивидуальной чувствительности была равномерно сгруппирована вокруг суммарного значения кальпротектина 226 мкг/г, чувствительность и специфичность (0,92; 0,89; площадь под кривой 0,95).

Уровень М2 пируваткиназы увеличен у 13 % пациентов (3.2 ± 2.5 , $p < 0,001$; 95 % ДИ 1,5–4,14), что свидетельствует об отсутствии ассоциации опухолевого маркера с активным воспалительным процессом в кишечнике.

Выводы. Концентрация уровня фекального кальпротектина коррелируют с клинической и эндоскопической картиной у больных с умеренной или тяжелой формой язвенного колита. М2 пируваткиназа не показала должной диагностической роли определения активности воспалительного процесса и должна использоваться в качестве дополнительного лабораторного метода предраковых заболеваний и рака толстой кишки.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ФЕКАЛЬНЫМ КАЛЬПРОТЕКТИНОМ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Матюхин А.А., Никитин А.В.

Областная клиническая больница, Воронеж, Россия

Цель. Изучить использование фекального кальпротектина в качестве эндоскопического маркера активности воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит). Определение уровня фекального кальпротектина в зависимости от степени эндоскопического поражения кишечника изучена недостаточно. Мы стремились определить эндоскопические признаки, влияющие на уровень фекального кальпротектина.

Методы исследования. В исследование были включены 50 пациентов с язвенным колитом (умеренной и тяжелой степени активности), которым проводилась колоноскопия с гистологическим исследованием биоптатов толстой кишки. Эндоскопический индекс тяжести оценивался по следующим параметрам: гиперемия, отек, стертость сосудистого рисунка, ранимость слизистой и эрозивно-язвенных поражений. Уровень кальпротектина измеряли, используя количественный иммуноферментный анализ. Корреляционный анализ проводился с использованием параметрического критерия Стьюдента, а для частот выявления признаков с использованием точного критерия Фишера (ТКФ)

Полученные результаты. Фекальный кальпротектин был в значительной степени связан с образованием эрозивно-язвенных поражений, с медианой 457.5 мкг/г; среднее значение кальпротектина 231.0 мкг/г указывало на ранимость слизистой оболочки; 133 мкг/г отек и 110.0 мкг/г при гиперемии слизистой. Зона эрозивно-язвенные поражения поверхности слизистой оболочки не влияет на уровень ФК. Используя статистические Критерии, мы показали, что уровень ФК ≥ 150 мкг/г является высокочувствительный (чувствительность- 0.89) для обнаружения поражения слизистой оболочки толстой кишки. Выявлена прямо пропорциональная зависимость содержания фекального кальпротектина от активности язвенного колита.

Выводы. Фекальный кальпротектин очень надежный биомаркер для выявления эндоскопического поражения кишечника. Выявленные клинические особенности могут использоваться

для проведения диагностических исследований, направленных на построение рациональной фармакотерапии и оценки эффективности проводимого лечения.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОРТСМЕНАМИ В Г. НАЛЬЧИКЕ СПОРТИВНЫХ ДОБАВОК И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Мисиров И.М. Уметов М.А.

Кабардино-Балкарский Государственный университет
им. Х.М. Бербекова, медицинский факультет, кафедра факультетской
терапии, г. Нальчик, РФ

Цель исследования: изучить распространенность использования продуктов спортивного питания и лекарственных средств спортсменами силовых видов спорта. Оценить безопасность использования спортивных добавок и лекарственных препаратов в спорте, среди мужчин города Нальчика.

Материалы и методы: проведено анкетирование 400 мужчин в возрасте 15–35 лет. Средний возраст 25 лет.

Результаты исследования и их обсуждение: выделено 2 вида спорта, в которых были заняты обследованные спортсмены – пауэрлифтинг (29,75%) и бодибилдинг (70,25%). Распространенность использования спортивных добавок среди опрошенных 98,25% – 393 человека из 400. Добавки используемые для улучшения показателей: Аминокислоты – 263 (65,75%); Протеин – 301 (75,25%); Гейнер – 198 (49,5%); Жирозжигатели – 22 (5,5%); Тестостероновые бустеры – 49 (12,25%); Прогормоны – 24 (6%); Креатин – 346 (86,5%); Витаминно-минеральный комплекс – 65 (16,25%). Анкетированные указывали сразу несколько вариантов из всего перечисленного. Среди всех анкетированных лиц, число указавших, что они используют лекарственные препараты составляет 23 (5,75%). Остальные 377 (94,25%) отметили в анкете, что не используют. Самоконтролем АД, среди спортсменов принимавших фармакологические препараты, занимаются постоянно 14 (60,9%), редко 4 (17,4%), не измеряют 5 (21,7%). Все спортсмены принимавшие лекарственные препараты (23) проходили УЗ обследование и ЭКГ. Консультации с врачом по поводу тренировок посетило 35 опрошенных (8,75%) из всего числа опрошенных.

Выводы:

1. В результате исследования была выявлена высокая распространенность использования спортивных добавок среди мужчин, занимающихся пауэрлифтингом/бодибилдингом – 98,25%. Доля использующих фармакологические препараты – 5,75%.

2. Наиболее частые побочные эффекты у использующих фармакологические препараты – акне, раздражительность, снижение иммунитета и повышение АД; Имеются риски развития гипертонической болезни, атеросклероза, и гипертрофии желудочков сердца.

Нарушение половой функции, бессонница, алоpecia – более редкие побочные действия.

Проблемами со стороны ЖКТ и ГБТ, как правило являются язвенная болезни желудка и доброкачественная печеночная аденома, злокачественная печеночная карцинома, жировая дистрофия печени, желтуха.

3. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения программ профилактики и консультаций со спортсменами.

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ВЕСА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ

Молчанова О.В., Андреева Г.Ф., Бритов А.Н.

ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение: Ожирение является высоко значимым фактором риска развития АГ.

Цель исследования: Изучить возможности диетотерапии для снижения веса у пациентов с высоким нормальным АД и с ожирением или избыточным весом.

Материал и методы: у мужчин и женщин в возрасте от 25 до 54 лет с $ИМТ \geq 27$ кг/м² и АД 130–139/85–89 мм рт. ст. изучены взаимосвязи АД и МТ: жесткие корреляции обнаружены между САД и ИМТ у женщин $p=0.0001$ у мужчин $p=0.0045$, с ДАД – у женщин $p=0.0001$, у мужчин $p=0.0001$. Найдено, что при увеличении ИМТ на 1 кг/м² САД увеличивается у женщин на 1,3 мм рт. ст. и на 0,7 у мужчин ($p < 0,05$). 19% изменчивости САД можно объяснить влиянием массы тела (МТ) у женщин и 27% у мужчин. При увеличении ИМТ на 1 кг/м² ДАД возрастает на 0,7 мм рт. ст. у женщин и на 0,9 у мужчин. 17% вариабельности ДАД можно объяснить изменением МТ у женщин и 11% у мужчин.

Результаты: все участники были разделены на 2 группы: 1 группа вмешательства – 203 человека, согласившиеся соблюдать гипокалорийную диету (1200–1500 кал/день) и 2 группа сравнения – 252 человека. Исходно средняя МТ в 1 группе – у женщин $77,45 \pm 1,24$ кг, у мужчин $72,19 \pm 1,11$ кг, во 2 группе – у женщин $78,05 \pm 1,01$ кг, у мужчин – $69,17 \pm 1,90$ кг. Исходно 2 группы не отличались друг от друга по МТ. После 3-х летнего соблюдения диеты отмечено снижение МТ в 1 группе у женщин до $75,02 \pm 1,17$ кг у женщин ($p < 0,05$), у мужчин – до $69,56 \pm 0,63$ кг ($p < 0,05$). Во 2 группе вес увеличился у женщин до $82,07 \pm 3,08$ кг ($p < 0,05$), у мужчин до $75,33 \pm 2,89$ кг ($p < 0,05$). На последний визит в 1 группе пришли 76,6% участников. АД снизилось в группе вмешательства у женщин на (Δ) - 3,27 мм рт. ст., АД на -2,09 мм рт. ст.; у мужчин -1,92 и -1,91 мм рт. ст. (систолическое и диастолическое АД соответственно). В группе контроля: АД увеличилось у женщин на 2,97 и 1,29 мм рт. ст.; у мужчин на 2,56 и 2,39 мм рт. ст. (систолическое и диастолическое АД, соответственно), ($p < 0.05$ для всех показателей).

Заключение: показана эффективность диетотерапии для снижения веса и АД у мужчин и женщин с высоким нормальным АД и с ожирением или избыточным весом.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО РЕЗЕРВА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Нурмуханова А.М., Сейсембеков Т.З.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Введение: Сердечно-сосудистая система (ССС) является индикатором адаптационных возможностей организма. Больные ИБС на фоне сахарного диабета 2 типа составляют группу риска по формированию вегетативной дисфункции с развитием дизадаптации.

Цель исследования: изучение уровня адаптационного потенциала системы кровообращения у пациентов с ИБС на фоне сахарного диабета 2 типа

Материалы и методы исследования: Обследовано 46 больных ИБС, СД 2-го типа компенсированного (7 пациентов), субкомпенсированного (24 пациентов) и декомпенсированного (15 пациентов) течения (средний возраст – 65.5 ± 7.2 лет) с длительностью заболевания СД 10 лет. Вычислялся индекс функциональных изменений по Р.М. Баевскому и соавт (1994). ИФИ является комплексным показателем, отражающим сложную структуру функциональных взаимосвязей, характеризующих уровень функционирования сердечно-сосудистой системы. Расчет ИФИ проводился по формуле: $ИФИ = (0.011 \cdot \text{частота пульса}) + (0.014 \cdot \text{систолическое АД}) + (0.008 \cdot \text{диастолическое АД}) + (0.014 \cdot \text{возраст}) + (0.009 \cdot \text{масса тела}) - (0.009 \cdot \text{рост}) - 0.27$. Величина ИФИ в баллах. Оценка уровня адаптационного потенциала по данным ИФИ проводилась с использованием шкалы: удовлетворительная адаптация-до 2.59, напряжение механизмов -2.60–3.09, неудовлетворительная – 3,10–3.49, срыв -3.50 и выше. Для оценки показателей использовались методы вариационной статистики с вычислением средней величины признака и ее ошибки, среднего квадратичного отклонения.

Результаты исследования произведен расчет индексов адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, различной степени компенсации. Уровень ИФИ варьировал от 3,23 до 4,61 баллов, среднее значение составило $3,71 \pm 0,3$. Следовательно, в целом в группе пациентов ИБС и СД 2 наблюдается неудовлетворительная и срыв адаптации. Проведен однофакторный дисперсионный анализ показателей ИФИ у пациентов разных групп с СД: показатели ИФИ у мужчин в сравнении с женщинами составили $3,569 \pm 0,189$ и $3,818 \pm 0,342$ баллов ($P=0,007$); ИФИ при субкомпенсированном и декомпенсированном СД составили $3,59 \pm 0,191$ и $3,887 \pm 0,411$ баллов ($P=0,004$); ИФИ при компенсированном и декомпенсированном СД составили $3,736 \pm 0,148$ и $3,887 \pm 0,411$ баллов ($P=0,361$); ИФИ при субкомпенсированном и компенсированном СД составили $3,59 \pm 0,191$ и $3,736 \pm 0,148$ баллов ($P=0,074$).

Выводы У больных ИБС на фоне СД 2 имеет место ухудшение адаптационных возможностей ССС, более выражено при декомпенсации диабета и у женщин по сравнению с мужчинами.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Овсянников Е.С., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Токмачев Р.Е., Феськова
А.А., Саурина О.С.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

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 работы – определить роль эхокардиографии у больных с грыжами передней брюшной стенки в периоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. 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.

Выводы. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки, особенно при значительных размерах грыжевых ворот, сопряжено с рядом негативных воздействий на функционирование сердечно-сосудистой системы. Вероятно, это обусловлено повышением внутрибрюшного давления, что в свою очередь приводит к более высокому стоянию купола диафрагмы, повышению внутригрудного давления и снижению венозного возврата крови к сердцу. 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРДОСТЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Перцев А.В., Будневский А.В.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

В терапии больных ХОБЛ с целью профилактики обострений необходимы препараты улучшающие отделение бронхиального секрета, которые снижают риск развития мукостаза и улучшают мукоцилиарный клиренс. Необходимый эффект во многом достигается благодаря приме-

нению муколитических лекарственных средств.

Цель: изучить клиническую эффективность вакцинации против гриппа, применения эрдостеина и курса ЛР с целью профилактики обострений ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследование было включено 72 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести (37 мужчин, 35 женщин; средний возраст – $50,12 \pm 0,41$ 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-я группа – 37 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ были проведены вакцинация против гриппа, назначен прием эрдостеина и курс ЛР; 2-я группа – 35 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Вакцинация против гриппа проводилась гриппозной тривалентной полимер-субъединичной вакциной Гриппол однократно в осенне-зимний период в дозе 0,5 мл внутримышечно или глубоко подкожно в верхнюю треть наружной поверхности плеча (в дельтовидную мышцу). 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. После обучения под контролем исследователя в течение 8 недель проводился курс физических тренировок с акцентом на дыхательные упражнения с методическими рекомендациями по их выполнению, затем пациентам рекомендовалось продолжить занятия дома. 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, а также степени влияния тяжести одышки на состояние здоровья, достоверному снижению степени выраженности системного воспаления (ФНО- α), достоверному повышению толерантности к ФН.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ И ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Попельшева А.Э.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Цель: оценить динамику артериального давления (АД) в остром периоде ишемического

инсульта (ИИ) у пациентов с проявлениями кардиocereбрального синдрома (КЦС) и артериальной гипертензией (АГ) в анамнезе.

Материалы и методы. Мы рандомизировали всех пациентов ($n=200$, 100%) на 2 группы: основную (1 группа) – 17 (8,5%) больных с клинико-лабораторными маркерами КЦС (инфаркт миокарда без Q ($n=11$, $64,7\pm 11,6\%$), тромбоэмболия ветвей легочных артерий ($n=6$, $35,3\pm 11,6\%$)) и группу контроля (2 группа) – без КЦС ($n=183$, 91,5%). Уровни АД анализировали по средне-суточным показателям в течение 12 дней. Всем пациентам с АГ 2–3 степени с первых суток инсульта проводилась антигипертензивная терапия (АГТ) с целью снижения АД до уровня $<160/100$ мм рт. ст., но не более 15–20% в сутки. При спонтанном снижении АД $\geq 20\%$ или $<140/90$ мм рт. ст. – АГТ не назначалась. Для АГТ применялись препараты всех известных групп. Статистическая обработка проводилась в программах SPSS, версии 19.0 и Microsoft Office Excel, 2007. Гемодинамику оценивали по математической модели степенного тренда, с помощью которого рассчитывали посуточный процент снижения АД в течение всего периода наблюдения. Дозы АГТ у пациентов с КЦС и в группе контроля не различались.

Результаты. Пациенты из группы 1 были значимо старше (71 год (Q25; Q75: 60,5; 72,5) против 61 года (Q25; Q75: 54; 70, $p=0,014$). Женщин в 1 группе было больше ($n=12$ ($70,6\pm 11,1\%$) против 102 ($55,7\pm 3,7\%$), $p=0,020$). Пациенты с КЦС достоверно чаще в анамнезе имели повторные инсульты ($p=0,009$), инфаркты миокарда ($p<0,001$), аритмию ($p=0,005$), сердечную недостаточность ($p<0,001$), сахарный диабет ($p=0,016$) и длительную АГ ($p=0,006$; в 50% ее длительность составила ≥ 20 лет), а также имели более тяжелое течение инсульта ($p=0,002$), сомнительный и неблагоприятный годовой прогноз после ИИ ($p<0,001$). Наличие и частота других заболеваний, а также состояние при выписке между группами значимо не различались. История АГ в 1 группе была длиннее (17,5 лет (Q25; Q75: 10; 20) против 8 лет (Q25; Q75: 4; 10) в 2 группе). Повышение АД в дебюте ИИ чаще отмечалось в 1 группе (16 больных ($94,1\pm 5,7\%$) против 163 ($89,1\pm 2,3\%$), $p\leq 0,050$). У пациентов с КЦС исходное САД было ниже ($157,4\pm 21,2$ мм рт. ст. против $161,8\pm 29,9$ мм рт. ст.). На 3 сутки уровень АД в 1 группе стал выше ($148,9\pm 18,5/87,2\pm 8,5$ мм рт. ст. против $145,3\pm 22/86,4\pm 11,9$ мм рт. ст. в 2 группе). Но с конца первой недели и до окончания периода наблюдения АД в 1 группе оказалось ниже, чем во 2 группе ($129,9\pm 19,1/78\pm 11,9$ против $132,8\pm 16,2/79,5\pm 9,7$ мм рт. ст. во 2 группе на 6 сутки, и $121,5\pm 8,8/72,1\pm 4,7$ против $123\pm 9,8/73,3\pm 8,6$ мм рт. ст. во 2 группе на 12 сутки, $p<0,050$). Степень редукции САД в обеих группах была одинаковой ($-0,11$), а ДАД – больше в 1 группе ($-0,10$ ($R^2=0,976$) против $-0,09$ ($R^2=0,927$)), причем к концу наблюдения степень снижения АД на 2% оказалась выше у больных с КЦС. Тяжесть ИИ, неврологического дефицита и низкая способность к самообслуживанию у пациентов 1 группы были связаны с самим наличием КЦС ($p\leq 0,050$), а не с гемодинамикой ($p\geq 0,050$).

Выводы. Тяжесть состояния пациентов с КЦС обусловлена, в первую очередь, историей сердечно-сосудистой патологии, а тяжесть острого ИИ – наличием КЦС. Более высокое АД к 3 суткам, чем в группе контроля, у больных с КЦС является признаком компенсации церебральной гемоперфузии в связи с инсультом, а значимо заметное снижение АД с конца 1 недели госпитализации – с самим наличием КЦС ($p\leq 0,050$). Установленная степень посуточного снижения АД у пациентов с КЦС указывает на более осторожное ведение этих больных в плане агрессивности АГТ, по сравнению с больными без КЦС.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ДИСПЕТЧЕРОВ УПРАВЛЕНИЯ ВОЗДУШНЫМ ДВИЖЕНИЕМ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

Праскурничий Е.А¹., Морозкина И.В²

1. Кафедра авиационной и космической медицины ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава РФ, г.Москва, Россия
2. Кафедра терапии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г.Москва, Россия

Цель исследования. Изучить особенности динамики артериального давления (АД) у диспетчеров управления воздушным движением (УВД) гражданской авиации во время осуществления ими производственной деятельности.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Московского центра автоматизированного управления воздушным движением ФГУП «Государственная корпорация по организации воздушного движения в Российской Федерации». Обследовано 55 авиадиспетчеров мужского пола, в возрасте от 20 до 55 лет, отобранных для включения в исследование случайным образом. Всем обследуемым проводились суточное мониторирование артериального давления (СМАД), мониторирование ЭКГ по Холтеру, а также в качестве психологического тестирования тест Люшера. СМАД проводилось в период рабочей смены и период отдыха, у части обследуемых проводилось повторное суточное мониторирование на второй день отдыха.

Результаты. По результатам обследования в условиях рабочей смены отмечено повышение среднесуточных параметров АД у 17 человек, что составило 30.9% от группы. Значения среднесуточного систолического и диастолического АД составили $140,2 \pm 8$ мм.рт.ст. и $82,5 \pm 5$ мм.рт.ст. соответственно. Показатели среднедневного систолического АД (САД) составили $146,8 \pm 8$ мм.рт.ст, диастолического АД (ДАД) – $88,5 \pm 6.3$ мм.рт.ст, а средненочного САД и ДАД $131,2 \pm 6.4$ мм.рт.ст. и $77,0 \pm 7$ мм.рт.ст. соответственно.

Во время выходного дня показатели АД по данным СМАД были в пределах нормы: среднесуточное САД составило $118,2 \pm 7,3$ мм.рт.ст, среднесуточное ДАД – $70,0 \pm 6$ мм.рт.ст, среднедневное САД – $127,0 \pm 6$ мм.рт.ст, среднедневное ДАД – $74,2 \pm 4,1$ мм.рт.ст, средненочное САД – $112,0 \pm 4,6$ мм.рт.ст, средненочное ДАД – $66,2 \pm 5$ мм.рт.ст.

Вывод. Представленные результаты отражают особенности профессиональной деятельности диспетчеров УВД, в частности высокий уровень нервно-эмоционального напряжения, а также влияние последнего на гемодинамический профиль.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»,
Тюмень, Россия

Цель: оценить психосоциальные факторы риска у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших коронарное стентирование (КС).

Материал и методы. В исследование включались все пациенты, подвергшиеся планово-

му КС по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий ($\geq 75\%$ просвета) в Тюменском кардиологическом центре. Всего было обследовано 659 пациентов: 520 мужчин и 139 женщин. Для определения симптомов тревоги и депрессии использовали госпитальную шкалу HADS. Функциональный класс (ФК) ХСН определяли по классификации NYHA.

В соответствии с выраженностью ХСН пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 506 пациентов с I–II ФК ХСН. Во вторую группу вошли 135 пациентов с III–IV ФК ХСН.

Результаты. Клинически значимая тревога чаще встречалась во второй группе: 29,3% пациентов второй группы против 17,1% пациентов первой группы ($p=0,004$). Клинически значимая депрессия так же чаще наблюдалась у пациентов второй группы: 15,9% против 7,8% ($p=0,001$). Применение бинарной логистической регрессии с учетом конфаундинг факторов, таких как возраст, пол, курение, употребление алкоголя, наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета и показателей холестерина плазмы крови, выявило независимую ассоциацию депрессии с тяжестью ХСН (ОШ = 1,48 (95% ДИ 1,10–1,97)).

Выводы. У пациентов, имеющих более высокие ФК ХСН, чаще выявляли клинически значимые симптомы тревоги и депрессии, и эта связь в случае депрессии не могла быть объяснена другими факторами риска.

ПРЕДИКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко О.А.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

² ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Цель. Определить предикторы воспаления и миокардиального повреждения в развитии послеоперационной фибрилляции предсердий (ПОФП) при коронарном шунтировании (КШ).

Материал и методы. Обследовано 96 пациентов с ишемической болезнью сердца, поступивших для проведения КШ. Больные распределены на 2 группы: 1 группа – без ПОФП (67 пациентов, 80,6% мужчин, средний возраст $57,9 \pm 7,3$ лет), 2 группа – с ФП в раннем послеоперационном периоде (29 пациентов, 86% мужчин, средний возраст $64,0 \pm 8,4$ лет).

Результаты. За период наблюдения ФП возникла в среднем на $4,9 \pm 3,8$ сутки после операции. При КШ концентрации интерлейкина-10, С-реактивного белка, фибриногена, тропонина достоверно не различались до и после операции между исследуемыми группами. Уровень ИЛ-6 был значимо выше в пред- и послеоперационном периоде во 2 группе ($27,3 \pm 9,3$ пг/мл против $18,8 \pm 5,8$ пг/мл, $p=0,015$; $70,6 \pm 27,5$ пг/мл против $36,9 \pm 14,3$ пг/мл, $p=0,047$), концентрация ИЛ-8 – выше среди больных с ПОФП ($12,5 \pm 7,3$ пг/мл против $7,4 \pm 5,2$ пг/мл, $p=0,005$). Кроме того, во 2 группе отмечался больший размер левого предсердия (ЛП) ($43,5 \pm 4,1$ против $37,9 \pm 3,4$ мм, $p<0,001$). При проведении многофакторного регрессионного анализа отношение шансов развития ФП в раннем послеоперационном периоде для размера ЛП более 41 мм составило 3,6 (95% ДИ, 1,2–5,8, $p=0,0002$), для послеоперационного уровня интерлейкина – 6 более 68 пг/мл – 3,2 (95% ДИ, 1,8–4,7, $p=0,009$), для послеоперационного уровня интерлейкина – 8 более 9,5 пг/мл – 2,9 (95% ДИ, 1,4–6,7, $p=0,009$).

Заключение. Наше исследование показало достоверное увеличение уровня интерлейкина – 6 и интерлейкина – 8 у пациентов с ПОФП при проведении коронарного шунтирования, что подтверждает большую роль факторов воспаления в развитии данного осложнения. Концентрация тропонина изменялась незначимо при кардиохирургических вмешательствах.

АТОРВАСТАТИН СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ

Рубаненко О.А.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

² ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Цель. Выявить влияние терапии аторвастатином на возникновение фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергающихся операции коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. Обследовано 105 пациентов с ИБС, которые распределены на 2 группы: 1 группа получала аторвастатин (59 пациентов, 81,0% мужчин, средний возраст 62,1±7,5 лет), 2 группа – не принимающие ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (46 пациентов, 89,0% мужчин, средний возраст 61,7±8,1 лет).

Результаты. ФП чаще отмечалась среди больных, не принимающих аторвастатин до КШ (41,3% против 16,9%, $p=0,047$). Анализ лабораторных показателей показал, что уровни лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, интерлейкина-8, интерлейкина-10, С-реактивного белка, фибриногена, супероксиддисмутазы, тропонина достоверно не различались в пред- и послеоперационном периоде между исследуемыми группами. Уровень интерлейкина-6 был значительно больше до и после кардиохирургического вмешательства среди пациентов, не принимающих аторвастатин ($35,4\pm 28,5$ пг/мл против $24,1\pm 14,8$ пг/мл, $p=0,03$; $63,7\pm 54,8$ пг/мл против $50,7\pm 40,8$ пг/мл, $p=0,04$).

Заключение. В нашей работе применение аторвастатина сопровождалось уменьшением распространенности ФП после операции КШ у больных ИБС. Среди больных, принимающих ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, отмечается достоверно низкий уровень интерлейкина-6, как провоспалительного показателя, в пред- и послеоперационном периоде при сравнении с пациентами без соответствующего лечения.

МНЕНИЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Смазнов В.Ю., Каюмова М.М., Акимова Е.В.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»,
Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение мнения об эффективности мер для профилактики развития неинфекционных заболеваний в группах мужчин 25–64 лет открытой популяции при наличии и отсутствии ишемической болезни сердца (ИБС).

В рамках кардиологического скрининга было проведено эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участника. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду), используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Для изучения мнения об эффективности превентивных мер, чтобы избежать развития серьезных заболеваний, использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты.

Распространенность ИБС у мужчин 25–64 лет составила 12,4%. Распространенность ОИБС была выявлена в 6,6% случаев. Распространенность ВИБС составила 5,7%. Лица с ОИБС наиболее часто (46,5%) допускали большую вероятность того, чтобы здоровый человек в их возрасте мог заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5–10 лет, $p < 0,05$. Кроме того, ответ «возможно» достоверно чаще встречался в группе мужчин с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям (53,1%, $p < 0,05$) по отношению к группе без ИБС. В то же время, лица с ВИБС в три раза чаще (6,8%), чем лица без ИБС (2,4%), считали эту возможность невероятной, $p < 0,05$. Что касается эффективности превентивных мер, чтобы избежать развития серьезных заболеваний, существенные различия по этому вопросу в группах с ВИБС и с ИБС по расширенным критериям сравнительно с группой «без ИБС» отмечались только в отношении ответа «да, безусловно может». Так, в категории лиц с ВИБС ответ «да, безусловно может» имел место в 55,9% случаев, в категории ИБС по расширенным критериям – в 62,3% случаев, а в категории «без ИБС» – в 66,3% случаев, $p < 0,05$.

Заключение. Мужчины 25–64 лет с наличием ВИБС, ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям чаще допускают возможность эффективности превентивных мер и реже – возможность развития серьезного заболевания у здоровых лиц.

АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРОЕНИЯ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ОТДЕЛА ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОЛНОЙ ФОРМЕ ОТКРЫТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА

Спирина Г.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,
Россия

Цель: выявление закономерностей строения предсердно-желудочкового узла, одноименного пучка, его ножек во взаимосвязи со строением сердца при полной форме открытого атриовентрикулярного канала (ОАВК).

Методы: На 10 препаратах сердца новорожденных и грудных детей с полной формой ОАВК исследованы топография, форма и параметры предсердно-желудочкового узла (ПЖУ), одноименного пучка, правой и левой ножек во взаимосвязи со строением сердца. Контрольную группу составили 10 препаратов сердца детей аналогичного возраста, умерших от причин, не связанных с заболеванием сердца и сосудов. Для выявления предсердно-желудочкового отдела ПСС использованы в комплексе макро – микроскопическое препарирование, гистологический метод. Производилось морфометрическое исследование желудочков, частей межжелудочковой перегородки (МЖП) и ПСС

Результаты: При полной форме ОАВК отмечена выраженная диспропорция соотношения длины отделов притока и оттока желудочков. У грудных детей длина отдела оттока левого желудочка увеличена в 1,2–1,72 раза по сравнению с таковой нормально сформированного сердца, а длина отдела притока укорочена в 1,1–1,34 раза. У правого желудочка удлинена отдел оттока в 1,2–1,7 раза. Выявлена диспропорция соотношений между параметрами частей МЖП. Синусная часть МЖП имеет трапециевидную форму. Предсердно – желудочковый узел располагается в основании задней стенки правого предсердия или в самом заднем участке правой стороны основания межпредсердной перегородки. Он имеет треугольную или овальную форму, его размеры не отличаются от таковых нормально сформированного сердца. Длина предсердно-желудочкового пучка до анатомической бифуркации у грудных детей с полной формой ОАВК превосходит таковую детей с нормально сформированным сердцем в 2,2–2,8 раза. Желудочковая часть предсердно-желудочкового пучка располагается на левой стороне мышечного гребня синусной части МЖП под углом 65° от уровня горизонтальной плоскости. Предсердно-желудочковый пучок вогнут кпереди и кверху, подтверждая недоразвитие верхнего участка синусной части МЖП, «ковшеобразную» деформацию ее края. Проксимальная часть правой ножки отклонена кверху от уровня горизонтальной плоскости на 30°, начальная часть левой ножки образует с пучком угол 130° – 160°, вогнута кпереди. Проведенное исследование подтверждает зависимость характеристик частей ПСС от строения частей МЖП, положение ПЖУ в эмбриональной позиции при полной форме ОАВК.

Выводы: При полной форме ОАВК диспропорция соотношения между длиной отделов притока и оттока левого желудочка обусловлена укорочением отдела притока с одновременным удлинением отдела оттока. Изменения положения ПЖУ, желудочковой части одноименного пучка, проксимальных частей ножек, их формы, длины пучка отражают степень аномального развития синусной части МЖП.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ В 520 СУТОЧНОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Судаков О.В., Алексеев Н.Ю., Фурсова Е.А., Куташов В.А., Кучковская Т.П.

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко

Цель исследования: изучение адаптационных возможностей организма и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при длительном (520 сут) наблюдении за практически здоровыми добровольцами на основе получения информации о состоянии регуляторных механизмов (степень их напряжения и функциональный резерв) и оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Методы исследования: в ходе исследования использовалось дисперсионное картирование миокарда. Измерение артериального давления (АД) каждого участника исследования проводилось аускультативно 3-хкратно и фиксировалось среднее значение (возможная погрешность в 2 мм.рт.ст.).

Полученные результаты: показатели гемодинамики АД и частоты сердечных сокращений на всех этапах исследований у испытуемых не достоверно отличались. Что свидетельствует о достаточно хороших адаптационных возможностях и функциональных резервах их организма. Были выявлены единичные, гемодинамически незначимые, аритмии в виде наджелудочковых экстрасистол.

Самочувствие испытуемых за период наблюдения соответствовало в среднем 5 баллам, что указывает на самочувствие выше среднего. В декабре месяце показатель самочувствия имел самый низкий балл – 4,3. Тогда же отмечалось снижение физической активности до 2,2 балла. Что вероятно, связано с неблагоприятным влиянием окружающей среды (реакция на сезонное изменение погоды). Самое высокое значение показателя, связанного с воздействием факторов окружающей среды приходится на декабрь (2 балла). Это связано с резкими колебаниями температуры в этом месяце.

ИФИ (индекс функциональных изменений) и индекс миокарда за всю продолжительность исследований оставались в пределах нормальных значений: ИФИ 1,6–1,7 балла (норма до 2,9 балла), индекс миокарда 12–13% (норма 1%-15%). ПАРС (показатель активности регуляторных систем) 4–5,8 балла (норма 1–3 балла) и ИЦ (индекс централизации) 3,3–5,1 у.е. (норма до 2,5 у.е.) оставались близки к нормальным показателям. Минимальное значение SDNN (суммарный эффект вегетативной регуляции системы кровообращения) приходится на декабрь – 30 мс, в феврале значение SDNN максимальное – 56 мс, значение RMSSD (активность парасимпатического звена вегетативной регуляции) минимальное в октябре – 25 мс, максимальное в феврале – 36 мс.

Выводы. Функциональное состояние добровольцев не имело патологической выраженности. Отмечалось лишь небольшое напряжение регуляторных систем организма, которое выжалось во вполне физиологической динамике вегетативного баланса, что, вероятно, связано с реакцией организма на сезонные изменения окружающей среды и воздействием социальных и метеорологических факторов.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИБС И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ТРИМЕТАЗИДИНА

Судаков О.В., Алексеев Н.Ю., Фурсова Е.А., Куташов В.А.

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко

Цель исследования: оценить динамику параметров ритма сердца у пациентов с ИБС и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) с признаками диабетической вегетативной кардиальной нейропатией (ДВКН) при включении в комплексную терапию длительного применения (12 мес.) триметазидина (предуктала МВ).

Методы исследования: выявление ДВКН проводилось с помощью 5 стандартных тестов, позволяющих оценивать сердечно-сосудистые рефлексы. 1. Оценка динамики ЧСС при медленном глубоком дыхании (6 за одну минуту). 2. Тест Вальсальвы. 3. Тест Шелонга (ортостатическая проба). 4. Тест 30:15. 5. Проба с изометрической нагрузкой. Использование данных тестов считается достаточным для выявления раннего, субклинического вегетативного поражения.

Полученные результаты: всего было обследовано 50 пациентов с ИБС в сочетании с СД 2 типа, у 23 пациентов были выявлены признаки 1-й доклинической стадии ДВКН. У пациентов с ДВКН ЧСС исходно была выше в среднем на 8–11 ударов в минуту в сравнении с пациентами без ДВКН. Возможно, это связано с развитием частичной вегетативной денервации и возникновением симпатикотонии у пациентов с ДВКН. У пациентов с ДВКН принимавших предуктал МВ ЧСС имела тенденцию к снижению с достаточно большой дисперсией в пределах группы. У пациентов с ДВКН без подключения в комплексную терапию предуктала МВ ЧСС не снижалась вообще.

Контроль артериального давления (САД и ДАД) у пациентов с ДВКН, на фоне предуктала МВ осуществлялся достоверно хуже, чем у пациентов без ДВКН: исходно у них средние цифры САД были выше, чем у пациентов без признаков автономной нейропатии. В тоже время следует отметить, что САД у пациентов с ДВКН без добавления предуктала МВ контролировалось еще хуже. ДАД у всех пациентов изменялось одинаково мало. Была отмечена тенденция к снижению ДАД на фоне приема предуктала МВ. Можно предположить, что для достижения целевого АД у пациентов с клинико-инструментальными признаками автономной нейропатии требуется более тщательное титрование антигипертензивных препаратов.

Анализ индекса функциональных изменений (ИФИ) показал следующее. На первом визите у пациентов с ДВКН отмечены большие цифры функционального напряжения 2,8–3,3 по сравнению с ИФИ у пациентов без ДВКН, у которых исходно отмечены небольшие значения адаптационного потенциала, что может говорить о невысоком напряжении функциональных механизмов регуляции. При последующих визитах в рамках проводимого лечения у пациентов с ДВКН значения адаптационного потенциала достоверно снижались и при третьем визите почти достигали удовлетворительной адаптации. У пациентов с ДВКН не принимавших предуктал МВ ИФИ оставался высоким, что свидетельствовало об отсутствии снижения функционального напряжения в процессе всего времени лечения.

Выводы: Длительная миокардиальная цитопротекция Предукталом МВ в составе ком-

плексной терапии ИБС сопровождалась улучшением клинического состояния больных. При развитии у пациентов с ИБС и СД 2 типа доклинических признаков ДВКН использование предуктала МВ в комплексной терапии является, по нашим данным, целесообразным и способствует снижению выраженности признаков диабетической нейропатии.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРОГНОЗ ФОРМИРОВАНИЯ ОСТРОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА ПОСЛЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА АССОЦИИРОВАННОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Судаков О.В., Астахова М.А., Фурсова Е.А., Куташов В.А.

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко

Цель исследования: Определение независимых предикторов формирования острой аневризмы сердца (ОАС) в исходе Q-инфаркта миокарда ассоциированного с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: Проанализировано 96 историй болезни пациентов с острым Q-ИМ передней локализации ассоциированным с СД 2 типа. Клиническое обследование включало оценку анамнеза, факторов сердечного риска и клинических параметров при поступлении. Из лабораторных показателей учитывали уровень глюкозы плазмы крови при поступлении в стационар, гликозилированного гемоглобина, показателей липидного спектра, концентрации МВ-фракции креатинфосфокиназы.

Результаты и обсуждение: В результате проведенного исследования установлено, что ОАС в исходе Q-ИМ передней локализации ассоциированного с СД 2 типа сформировалась у 35% больных, т.е. практически у каждого 3-го пациента. Таким образом, в зависимости от исхода ремоделирования сердца были сформированы 2 группы исследования: А (+), n=32 и А (-), n=64. По данным исходного ЭхоКГ исследования у большинства больных отмечалась умеренная гипертрофия межжелудочковой перегородки ($1,28 \pm 0,1$ мм) и увеличение индекса массы миокарда ЛЖ ($136,1 \pm 7,2$ гр/м²). Увеличения исходных диастолических размеров ЛЖ у обследованных больных не наблюдалось: КДИ составил $56,8 \pm 1,6$ мл/м², КДР ЛЖ – $48,2 \pm 1,1$ мм. Показатель ИЛС, отражающий размер зоны сократительной дисфункции ЛЖ, связанной с развитием инфаркта, составил $1,92 \pm 0,1$. Исходное снижение глобальной сократимости было умеренным: средняя ФВ составляла $44,2 \pm 1,9\%$ (от 26,9 до 67,5%).

Между группами не было достоверных различий в отношении приема нитратов, бета-адреноблокаторов, иАПФ/АРА, антагонистов альдостерона, – т.е. препаратов, способных влиять на ремоделирование миокарда.

Сравнительный анализ ряда клинико-анамнестических данных показал, что в группе пациентов с ОАС достоверно преобладали больные более старшего возраста, с признаками клинически выраженной ХСН в анамнезе. Мы не обнаружили достоверных различий между изучаемыми группами по частоте наличия и давности артериальной гипертонии, ИБС и СД в анамнезе. Также не влияли на динамику ремоделирования излишняя масса тела и курение.

В качестве ферментных предикторов ремоделирования изучалась концентрация МВ-фракции креатинфосфокиназы, которая широко используется для оценки размеров инфаркта в силу

большей специфичности её в отношении повреждения миокарда. Неблагоприятные изменения параметров ремоделирования предсказывали более высокие значения сердечных ферментов ($58,5 \pm 9,3$ ЕД в группе А (+) vs $49,8 \pm 11,3$ ЕД в группе А (-)), однако статистической достоверности в разности значений не было получено.

Выводы: Формирование острой аневризмы сердца в исходе Q-ИМ передней локализации ассоциированного с СД 2 типа наблюдается в 35 % случаев у пациентов в возрасте старше 70 лет с признаками клинически выраженной ХСН в анамнезе, плохой компенсацией СД ($HbA1c > 8,2\%$) и стойкой синусовой тахикардией в первые сутки госпитализации; Для острого Q-ИМ передней локализации, ассоциированного с СД 2 типа, осложненного формированием острой аневризмы сердца, характерны следующие электрокардиографические признаки: суммарная элевация сегмента ST ≥ 14 мм, число отведений с элевацией сегмента ST ≥ 7 ; Для острого Q-ИМ передней локализации, ассоциированного с СД 2 типа, осложненного развитием острой аневризмы сердца, характерны следующие эхокардиографические признаки: конечный диастолический размер ЛЖ $> 56,6$ мм, толщина МЖП в диастолу $> 12,0$ мм, укорочение DT < 150 мс;

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Тамазова. М. А.

Кабардино – Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, медицинский факультет, Нальчик

Актуальность: Безудержный рост количества зарегистрированных в России лекарственных средств, а также нередко «агрессивная» и не всегда корректная их реклама на страницах специальных изданий и в средствах массовой информации ставят перед врачом весьма непростую задачу выбора приемлемых препаратов в лечении различных заболеваний. Данное обстоятельство особенно ярко предстает в контексте антибактериальной терапии пневмонии. Начиная с 90-х годов во многих странах Западной Европы и Северной Америки разрабатываются и широко популяризируются национальные клинические рекомендации, по лечению пневмоний, разработанные с одной стороны, для обеспечения высокоэффективной медицинской помощи, и с другой стороны – для минимизирования стоимости лечения. Необходимость внедрения в повседневную врачебную практику фармакоэкономических подходов, в настоящее время стала очевидной и для отечественной медицины. Проблема рациональной антибактериальной терапии пневмонии относится к числу наиболее значимых в современной медицине. Несмотря на впечатляющий «антибактериальный арсенал» современного врача, повсеместно отмечается увеличение числа и ухудшение исходов внебольничной пневмонии. Эти обстоятельства обуславливают актуальность изучения рациональности фармакотерапии внебольничной пневмонии.

Цель: оценить рациональность антибактериальной терапии при лечении внебольничной пневмонии в пульмонологическом отделении одной из больниц г. Нальчика.

Материалы и методы: для реализации поставленной цели был проведён ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в одном из пульмонологических отделений г.Нальчика, с диагнозом – внебольничная пневмония.

Результаты: По полученным данным, в ходе проведенного исследования было выявлено, что среднее количество дней госпитализации составляет 12–14 суток. Также было отмечено, что внебольничная пневмония чаще встречается среди представителей мужского пола (52,5%), нежели среди представителей женского пола (47,5%). Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у обследованных пациентов были: ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит – 67,5% случаев; АГ – 57,5% и атеросклероз сосудов – 52,5%. Кроме того, в нашем исследовании наблюдались следующие осложнения: дыхательная недостаточность (ДН) – у 72,5% пациентов; ДН в сочетании с острой сердечной недостаточностью имела место в 5% случаев; ДН с кровохарканьем и бронхообструктивным синдромом – в 2,5% случаев.

Анализ структуры антибиотикотерапии госпитализированных пациентов с ВП выявил, что наиболее используемыми антибактериальными препаратами являются следующие: аминогликозиды – 62,5%, фторхинолоны – 52,5% и пенициллины – у 50% больных. Важно отметить, что соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным клиническим рекомендациям отмечалось лишь в 17,5%. При этом 60% пациентов получали комбинированную терапию, причем 85% комбинаций являлись нерациональными. Также, в ходе исследования было установлено, что указания на предшествующую антибактериальную терапию присутствовали лишь в 20% случаев.

Выводы: на основании полученных данных выявлено несоответствие выбора и схем использования антибактериальных препаратов современным международным и российским рекомендациям по лечению ВП, а в ряде случаев использовались потенциально опасные сочетания лекарств, что в свою очередь может приводить к ятрогении.

КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАЗАМИ НЕВРОЛОГА

Творогова Т.В., Руденко Б.А., Булгакова Е.С., Шаноян А.С., Гаврилова Н.Е.,
Шукуров Ф.Б.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В настоящее время частота развития ишемических инсультов после каротидной ангиопластики со стентированием (КАС) сопоставима с результатами каротидной эндартерэктомии (КЭА). При этом частота выявления послеоперационных ишемических микроочагов на МРТ выше после КАС по сравнению с КЭА. Многолетняя дискуссия о наиболее приемлемом способе реваскуляризации у пациентов с каротидным атеросклерозом диктует необходимость более тщательного изучения отдаленных результатов каротидного стентирования как перспективного метода эндоваскулярного лечения.

Цель. Выявить факторы риска, ассоциированные с возникновением ишемических микроизменений головного мозга после КАС.

Материалы и методы. В исследование включено 132 пациента, которым проведена КАС, на фоне адекватной двойной антиагрегантной, гиполипидемической, антигипертензивной терапии. У 53 пациентов (М/Ж 42/11; возраст 40–86 лет) был выполнен МРТ-контроль в режиме DWI перед и после проведения КАС. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, ангиография брахиоцефальных артерий с оценкой параметров атеросклеротической бляшки, МРТ головного мозга, оценка неврологического статуса в дина-

мике, оценка когнитивных функций, мониторинг периоперационного АД и ЧСС.

Результаты. «Свежие» ишемические микроизменения спустя сутки после КАС на МРТ DWI выявлены у 27 пациентов (51 %) (23 % ипси-, 6 % контралатеральные, 9 % вертебробазиллярные, 13 % сочетанные). При этом только у 4-х пациентов (1,8 %) отмечалась транзиторная неврологическая симптоматика, у одного пациента (0,3 %) очаговая неврологическая симптоматика была стойкой (ишемический инсульт). В группе пациентов без микроочагов отмечался 1 эпизод транзиторной неврологической симптоматики (0,3 %). При статистическом анализе факторами, ассоциированными с появлением микроизменений в веществе головного мозга, явились возраст, ожирение и нарушение мозгового кровообращения в анамнезе. Достоверных данных за наличие связи между уровнем периоперационного АД и возникновением микроочагов не выявлено.

Выводы. Формирование ишемических микроочаговых изменений головного мозга, выявляемых при помощи МРТ, наиболее часто не сопровождается развитием очаговой неврологической симптоматики. Влияние их на когнитивные функции пациентов и возникновение повторных сосудистых событий требует дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Токмачев Р.Е., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Токмачев Е.В.,
Дробышева Е.С.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Использование оригинального регионального Регистра для этиологической расшифровки хронической сердечной недостаточностью (ХСН), оценить эффективность и своевременность диагностики, соответствие фактических методов лечения определенным стандартам оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. База данных содержала сведения о 103 больных с ХСН и сопутствующей патологией (мужчин 56, женщин – 47). Средний возраст больных составил $60,3 \pm 12,6$ года.

Результаты. Самой частой причиной ХСН оказалась артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) – в 69 % случаев. АГ как независимая причина ХСН отмечалась в 18 % случаев, ИБС – у 8 % пациентов. У 5 % пациентов причиной ХСН являлось наличие дилатационной кардиомиопатии или приобретенного порока сердца.

Нормальный индекс массы тела (ИМТ) имели 32,4 % пациентов, у 6,5 % он был $\leq 18,5$ кг/м². ИМТ в интервале от 25 до 29,9 кг/м² отмечен у 25,1 %, а группа пациентов с различной степенью ожирения составила 36 %. Курящими были 27 % пациентов. 73 % больных страдали АГ. Перенесли острый инфаркт миокарда (ИМ) 62 % больных. Сочетание АГ и ИМ отмечено у 57 % пациентов, стенокардия различных ФК – у 76 %. Пациенты с фибрилляцией предсердий составили 46 %. Выявлены следующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: отягощенная наследственность (23 %), дислипидемия (37 %), курение (27 %), избыточная масса тела (61,1 %) и сахарный диабет (19 %). Чувство нехватки воздуха испытывали 100 % пациентов, ЧДД более 16 в минуту у 73 %. Влажные хрипы в нижних отделах легких выявлены в 79 %

случаев. Отеки голеней и стоп отмечены у 63% пациентов, асцит у 12%. Приступы ночного удушья отмечали 36% пациентов, в 7% случаев могли спать только сидя. Преобладали пациенты II и III ФК ХСН (47 и 33% соответственно), IV ФК установлен у 7% больных. Средняя сумма баллов по шкале ШОКС составила $4,5 \pm 2,3$. В среднем больные проходили $262,2 \pm 97,1$ м в течение 6 тестовых минут. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), измеренная в период госпитализации (1–14-е сутки), составляла $42,5 \pm 20,4\%$. Было обнаружено увеличение КСР ЛЖ ($41,0 \pm 10,2$ мм). Средняя величина ЧСС составила $90,6 \pm 22,4$ в минуту. Уровни САД: ≤ 140 мм рт. ст. – 56%, 141–159 мм рт. ст. – 29%, 160 мм рт. ст. и более – 15%. При аускультации сердца ритм галопа выявлен у 9% пациентов, шум митральной регургитации – у 33%. Сахарный диабет отмечен в 19% случаев. Анализ получаемой пациентами терапии показал, что иАПФ получали 82%, бета-блокаторы 90%. Дигоксин был назначен 12% пациентов. Нитраты получали 57%, статины 42%. Диуретики получали 38% пациентов, из них 73% – петлевые диуретики, 12% – верошпирон и 15% – гидрохлортиазид.

Выводы. Наиболее частой причиной ХСН в регионе является сочетание АГ и ИБС (коморбидность). У большинства пациентов отмечается повышенная масса тела (61,1%), сниженная ФВ, наличие фибрилляции предсердий. В группе обследованных больных иАПФ и бета-блокаторы назначались в подавляющем большинстве случаев.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА И УРОВНЕМ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Федорова Н.Н.¹, Хабибулина М.М.²

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1»,
Екатеринбург, Россия¹

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Россия²

Цель работы: выявить взаимосвязь между нарушением гормонального баланса и уровнем липидного спектра у мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 49 мужчин молодого возраста (средний возраст $40,93 \pm 2,51$ лет) с гипертонической болезнью II степени (длительность $5,37 \pm 3,93$ лет). В зависимости от уровня общего холестерина пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 29 человек с повышенным уровнем общего холестерина; во вторую – 20 человек с нормальным уровнем общего холестерина (холестерин плазмы в норме $3,8–5,2$ ммоль/л). Всем пациентам измерялся уровень половых гормонов в сыворотке крови: тестостерон, эстрадиол. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 7.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Полученные результаты. Сравнительный анализ показал отсутствие различий между группами по уровню тестостерона и достоверное различие по показателям липидного спектра. В первой группе уровень общего холестерина колебался от 5,5 до 8,2 ммоль/л (средний уровень $6,36 \pm 0,62$), в то время как, во второй от 3,5 до 5,2 ммоль/л (средний уровень $4,43 \pm 0,57$

нмоль/л). У пациентов первой группы, наблюдалась отрицательная корреляционная связь между уровнем тестостерона и уровнем триглицеридов ($r = -0,44$; $p = 0,05$), в свою очередь, уровень триглицеридов положительно коррелирует с коэффициентом атерогенности ($r = 0,37$; $p = 0,05$). Достоверных корреляций уровня эстрадиола с показателями липидного спектра не наблюдалось. В группе с нормальным уровнем общего холестерина достоверных корреляций с половыми гормонами не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, при снижении уровня тестостерона, растет уровень триглицеридов и как следствие повышается коэффициент атерогенности, являющийся показателем, отражающим степень риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Феськова А.А., Будневский А.В., Дробышева Е. С., Овсянников Е.С.,
Саурина О. С., Токмачев Р. Е.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, 394036, Воронеж, Россия

Цель. Оценить влияние субклинической гипофункции щитовидной железы (ЩЖ) на клинико-инструментальные характеристики ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование были включены 163 пациента с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса в возрасте $63,5 \pm 6,5$ лет. Для оценки функции ЩЖ определяли уровень тиреотропного гормона (ТТГ), общего и свободного тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Субклинический гипотиреоз (СГТ) диагностировали при высоком уровне ТТГ и нормальном уровне свободного Т4 и Т3. В зависимости от тиреоидного статуса обследуемые были разделены на 2 группы: первую группу составили 107 пациентов с СГТ, вторую – 56 пациентов с эутиреоидным статусом. В каждой группе оценивали следующие параметры: количество и общую продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда по результатам суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ), объёмные и линейные показатели левого желудочка (ЛЖ) с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ), толерантность к физической нагрузке (ФН) по итогам теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Степень артериальной гипертензии как фактора риска ИБС определяли по результатам суточного мониторирования АД (СМАД).

Результаты. Количество эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда с депрессией сегмента ST в группе пациентов с СГТ составило $5,1 \pm 0,12$ в сутки, в группе пациентов с эутиреозом – $3,8 \pm 0,19$ в сутки ($p < 0,001$). Общая продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда составила $80,5 \pm 0,81$ мин. в группе СГТ и $71,2 \pm 1,07$ мин. в группе эутиреоза ($p < 0,001$). У пациентов с субклинической гипофункцией ЩЖ фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила $53,61 \pm 0,69\%$, у пациентов с эутиреоидным статусом – $58,01 \pm 0,96\%$ ($p = 0,0037$). По данным СМАД среднее значение систолического АД $183,1 \pm 1,78$ мм рт. ст. у лиц с СГТ и $180,2 \pm 2,56$ мм рт. ст. у лиц с нормальным тиреоидным статусом ($p = 0,0031$), среднее значение диастолического АД в группе больных с СГТ составило $99,4 \pm 0,91$ мм рт. ст., у больных с эутиреоидным статусом – $90,1 \pm 1,23$ мм рт. ст. ($p = 0,003$). Толерантность к ФН по результатам

ТШХ в группе СГТ и группе сравнения составила $371,3 \pm 5,25$ м и $398,1 \pm 10,9$ м соответственно ($p=0,022$).

Заключение. У пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения, и сопутствующим СГТ по сравнению с контрольной группой более частые и продолжительные эпизоды болевой и безболевой ишемии миокарда, ниже ФВ ЛЖ и толерантность к ФН и выше средние показатели диастолического АД.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЦАД У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Хоконова Т.М., Уметов М.А., Сижажева С.Х.

Кабардино-Балкарский Государственный Университет
им. Х.М. Бербекова, Нальчик

Цель исследования: исследовать влияние различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) на показатели артериального давления (АД), центрального давления в аорте (ЦАД) и качества жизни (КЖ) больных артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: обследовано 82 пациента в возрасте от 38–64 лет, страдающих АГ 1 и 2 степени тяжести. Больные были разделены на 5 групп. Первая группа (19% пациентов) получала в качестве АГТ лозартан 50 мг, розувастатин 10 мг, мельдоний 500 мг в течение 8 недель. Вторая группа (20% пациентов) получала лозартан 50 мг, розувастатин 10 мг, мельдоний 500 мг 1 р/д - в течение 4 недель, в дальнейшем 2 р/д. Третья группа (21% пациентов) получала лозартан 50 мг, розувастатин 10 мг. Четвертая группа (19% пациентов) получала лозартан 50 мг, аторвастатин 20 мг, мельдоний 500 мг 1 р/д – в течение 4 недель, затем 2 р/д. При АД больше 140/90 мм рт. ст., пациентам увеличивали дозировку лозартана до 100 мг. Пятая группа (21% пациентов) получала мельдоний 500 мг 1 р/д- в течение 4 недель, затем 2 р/д, розувастатин 10 мг.

Результаты: в 1-й группе за 4 недели лечения АД снизилось со $150 \pm 10/88 \pm 7$ до $131 \pm 9/84 \pm 8$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), к 8 неделе АД составило $128 \pm 9/78 \pm 7$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$). Снизились основные параметры ЦАД: среднее аортальное давление (СрАД_{ао}) с $99,4 \pm 1,35$ до $91,7 \pm 1,1$ мм рт.ст; индекс аугментации в аорте (АІ_{хао}) с $25,9 \pm 0,62$ до $21,8 \pm 0,41$ % ($p < 0,05$). Во 2-й группе к 4-й неделе лечения АД снизилось со $151 \pm 10/88 \pm 8$ до $131 \pm 11/84 \pm 8$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). К 8 неделе АД составило $124 \pm 9/78 \pm 6$ мм рт. ст. ($p < 0,001$); параметры ЦАД: СрАД_{ао} с $97,9 \pm 1,41$ до $91,2 \pm 0,77$ мм рт.ст; АІ_{хао} с $27,4 \pm 0,59$ до $22,1 \pm 0,58$ % ($p < 0,05$). В 3-й группе за 4 недели лечения АД снизилось со $148 \pm 11/90 \pm 8$ до $135 \pm 9/88 \pm 7$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). К 8 неделе АД составило $131 \pm 10/87 \pm 5$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$); параметры ЦАД: СрАД_{ао} с $98,5 \pm 2,07$ до $94,8 \pm 0,79$ мм рт.ст; АІ_{хао} с $26,5 \pm 1,01$ до $24,6 \pm 0,75$ % ($p < 0,05$). В 4-й группе к 4-й неделе лечения АД снизилось со $149 \pm 10/89 \pm 8$ до $136 \pm 8/86 \pm 9$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). К 8 неделе АД составило $131 \pm 11/82 \pm 6$ мм рт. ст. ($p < 0,001$); параметры ЦАД: СрАД_{ао} с $98,4 \pm 1,91$ до $93,8 \pm 1,15$ мм рт.ст; АІ_{хао} с $27,1 \pm 1,17$ до $23,9 \pm 0,26$ % ($p < 0,05$). В 5-й группе за 4 недели лечения АД снизилось со $150 \pm 10/90 \pm 8$ до $139 \pm 10/85 \pm 7$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). К 8 неделе АД составило $135 \pm 11/83 \pm 6$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$); параметры ЦАД: СрАД_{ао} с $98,6 \pm 0,98$ до $96,3 \pm 0,78$ мм рт.ст; АІ_{хао} с $26,5 \pm 0,66$ до $24,5 \pm 0,65$ % ($p < 0,05$).

Анализ показателей КЖ выявил достоверное статистически значимое улучшение КЖ у пациентов 1,2,4,5 групп по шкалам: физического ($p=0,001$), а также психологического компонентов здоровья ($p=0,003$).

Выводы: после 8 недель лечения во всех 5 группах отмечались благоприятные изменения параметров суточного мониторинга АД и ЦАД, улучшение КЖ, более выраженные в группах получавших сочетанную со статинами и мeldonием терапию.

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЁЖИ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ И МЕДИКО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Холмогорова Г.Т.

ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, Москва

Цель: измерить рациональный и эмоциональный компоненты отношения к сердечно – сосудистым и онкологическим заболеваниям (ССЗ и ОЗ) и медико-просветительной информации (МПИ) и провести сравнительное определение уровня настороженности к ним.

Материал и метод: Проанкетировано 220 студентов московских вузов (мужчин и женщин) в возрасте от 18 до 30 лет. Сначала они указывали, какой из двух текстов они предпочли бы прочитать: «Инфаркт миокарда» или «Рак» (ИМ и Р). Затем по специальным шкалам измеряли оценки предъявленных заголовков, установок, их отношения к темам ИМ и Р, а также антиципацию (предвосхищение) содержания текстов на эти темы. На заключительном этапе студенты оценивали степень опасности ИМ и Р для здоровья. Анализ результатов проводился методами вариационной статистики.

Результат: 80% респондентов выбрали тему Р и только 20% -ИМ. Измерение антиципации содержания текстов ИМ и Р по шкале интереса («текст на эту тему мне интересен/ неинтересен») показало, что текст Р был оценён как значительно более интересный ($x=4,2$), чем ИМ ($x=2,5$) – в оценках по биполярной тринадцатилетней шкале. Сами тексты не предъявлялись, никаких сведений об их содержании не давалось. Были выявлена отрицательная корреляция между эмотивностью терминов ИМ и Р и оценками по шкале «текст на эту тему должен быть захватывающим / скучным» ($Y = -0,28$, $p < 0,05$ по заголовку ИМ; $Y = -0,34$, $p < 0,01$ по заголовку Р), то есть, чем более негативные эмоции вызывает заболевание, тем больший интерес отмечается к информации об этом заболевании. Установлена значимая корреляция ($Y = 0,29$, $p < 0,05$) между способностью заголовка привлечь внимание и субъективными оценками степени опасности заболеваний ИМ и Р. Термин «рак» достоверно ($p < 0,05$) эмотивнее, чем «инфаркт миокарда». Эмоции, вызываемые первым, чаще обозначаются словами «ужас», «страх», «беззащитность». Кроме того у части респондентов термин «рак» актуализирует чувства «отвращения», «беззащитности», «обречённости», что не отмечается по термину ИМ. Само заболевание Р оценивается как более опасное, чем ИМ ($p < 0,05$).

Вывод: Полученные данные говорят о недооценке молодёжью степени опасности ССЗ, что становится очевидным при сравнении с результатами измерения отношения к ОЗ. Необходимо повышать настороженность молодого населения в отношении ССЗ, приблизив её к уровню онкологической настороженности или, придав ей ещё большую значимость, учитывая широкую распространённость ССЗ. При создании МПИ следует прибегать к совмещению в одном тек-

сте сведений о ССЗ и ОЗ, акцентируя внимание на существенно большей распространённости ССЗ и большем уровне смертности по сравнению с ОЗ. Этот приём легко применить на практике, и он представляется возможным в свете интегральных факторов риска ССЗ и ОЗ, таких как курение, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЩЕЛОЧНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И С ИЗОЛИРОВАННО ПРОТЕКАЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО ДАНЫМ СУТОЧНОЙ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ pH-МЕТРИИ

Шаповалова М.М., Будневский А.В., Саурина О.С., Малыш Е.Ю.,
Перцев А.В.

Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: проанализировать особенности протекания щелочных гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) у пациентов с сочетанием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) по сравнению с пациентами с изолированно протекающей ГЭРБ.

Методы: в условиях стационара методом 24-часовой интрагастральной pH-метрии обследовано 5 пациентов с изолированно протекающей ГЭРБ (первая группа) и 6 пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС (вторая группа). Для оценки щелочных ГЭР использовались следующие показатели: процент времени от общего времени мониторинга pH, в течение которого уровень кислотности в нижней трети пищевода был выше 7, число эпизодов щелочных ГЭР, число эпизодов щелочных ГЭР длительностью более 5 минут, самый продолжительный щелочной ГЭР.

Результаты: учитывая тенденцию к гипоацидности (средний уровень pH тела желудка $3,2 \pm 1,4$) у пациентов с ГЭРБ и ИБС, в этой группе пациентов особое внимание было уделено расшифровке щелочных рефлюксов – эпизодов повышения pH в нижней трети пищевода выше 7, не связанных с приемом пищи. У больных ГЭРБ, протекающей в сочетании с ИБС было отмечено большее число щелочных рефлюксов: в среднем $26,7 \pm 26,6$ по сравнению с $4,6 \pm 2,5$ в первой группе наблюдения. Этот показатель напрямую связан с клинической картиной – пациенты с сочетанием ГЭРБ и ИБС в 3 раза чаще, чем пациенты с изолированной ГЭРБ предъявляли жалобы на горькие отрыжки.

У всех пациентов первой группы наблюдения щелочные ГЭР по своим характеристикам относились к физиологическим. В группе больных ГЭРБ с сопутствующей ИБС у 3 человек из шести обследованных с применением суточного мониторинга pH были выявлены патологические ГЭР. Самый продолжительный рефлюкс длился 117 минут 20 секунд.

Процент времени (от общего времени регистрации уровня кислотности), в течение которого уровень pH в нижней трети пищевода был выше 7, в среднем составил в первой и второй груп-

пах $10,1 \pm 4,5$ и $16,2 \pm 9,1$ соответственно.

Выводы: таким образом, у пациентов с ГЭРБ, протекающей в сочетании с ИБС, были выявлены худшие показатели суточных рН-грамм пищевода, характеризующие щелочные ГЭР, по сравнению с больными ГЭРБ без сопутствующей ИБС, что отражает более тяжелое течение ГЭРБ у лиц с сочетанной патологией и возможно связано с большим риском развития у них пищевода Баррета.

МОЖНО ЛИ В ПОЛНОЙ МЕРЕ СООТНЕСТИ СИНДРОМ НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ СОМАТОФОРМНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ? КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ

Шерашов В.С., Шерашова М.В., Шерашова Н.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Цель: установить возможное самостоятельное классификационное значение синдрома ночной гиперсимпатикотонии.

Методы исследования: матем. сопоставление характеристик синдрома ночной гиперсимпатикотонии по данным клинических, инструментальных, проспективных исследований и анализа конечных точек (за более чем 13 лет) характеристикам соматоформных расстройств по МКБ-10, (F45).

Полученные результаты: ниже представлены высоко достоверные различия характеристик «Синдром гиперсимпатикотонии <vs> Соматоформное расстройство по МКБ-10 (F45)»; ($p < 0,001$).

1. Сохранение нарушений психологического статуса в течение почти 30 лет. <vs> Длительность симптомов не более 2-х лет.

2. Один и тот же спектр нарушений психологического статуса по типу соматизированного расстройства (F45.0) более 2-х лет, характеризующегося нарушением социального, межличностного и семейного поведения. <vs> Полиморфные психогенные формы для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3).

3. Проявление вегетативных нарушений регуляции сердечной деятельности ночью. <vs> Вегетативные расстройства не зависят четко от времени суток (первый и второй тип симптомов, F45.3).

4. Отсутствие субъективных жалоб на нарушение сна. <vs> Наличие жалоб на нарушение сна.

5. Всегда основная этиологическая причина расстройств – пребывание в зоне Чернобыльской АЭС почти 30 лет назад. <vs> Основная этиологическая причина устойчивого соматоформного болевого расстройства (F45.4) – эмоциональный конфликт или психосоциальные проблемы.

6. Имеет четкое подтверждение по данным оценки вариабельности сердечного ритма. <vs> Не всегда подтверждается данными оценки вариабельности сердечного ритма.

7. Устойчивые нарушения вегетативной регуляции сердечной деятельности в ночной период времени по типу гиперсимпатикотонии. <vs> Изменения variability сердечного ритма имеют преходящий характер.

8. Всегда приводит к развитию ССЗ с последующим ускоренным негативным исходом (верифицировано 10-ти летним наблюдением за смертностью). <vs> Не обязательно приводит к развитию соматических заболеваний.

Выводы: различия представленных характеристик позволяют рассматривать синдром ночной гиперсимпатикотонии как самостоятельную классификационную единицу, достоверно отличающуюся от соматоформных расстройств по МКБ-10.

ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА: ПРИКЛАДНЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ ПО ДАННЫМ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Шерашов В.С., Шерашова М.В., Шерашова Н.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Цель: предоставить достаточно убедительные клинично-инструментальные критерии, позволяющие отличать синдром ночной гиперсимпатикотонии от известного из литературы снижения variability сердечного ритма (ВСР) ночью.

Методы исследования: В когорте ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ликвидаторов) 409 человек и в полностью сопоставимом контроле (224 человек) применили несколько методических приемов. В обеих группах выполнялось: 1) простое сравнение средних значений среднесуточных, среднедневных и средненочных значений ВСР; 2) сопоставление величины корреляционной взаимосвязи обнаруженных ночных участков с резким снижением variability СР с вариациями средненочных показателей; 3) сравнение величин точки Венкебаха, полученных в дневное время; 4) сравнение значений частоты ритма при коротких пробежках фибрилляций предсердий (ФП) в ночное время; 5) сравнение качественных характеристик сна.

Полученные результаты: 1) большинство показателей ВСР (среднедневные, средненочные и среднесуточные) при их попарном сравнении (36 из 44, $M \pm SD$, $p < 0,001$) отличались у ликвидаторов, характеризуя более выраженную симпатическую активность в течение всего периода суток. Дневные гиперсимпатические модуляции у ликвидаторов приводили к увеличению атриовентрикулярной проводимости (АВ), т.Венкебаха, измеренная в дневное время у ликвидаторов vs. контроль, составила ($M \pm m$) $168,67 \pm 37,82$ уд/мин vs $149,07 \pm 27,00$ уд/мин, $p < 0,03$. Однако наиболее показательно гиперсимпатикотония проявлялась у ликвидаторов ночью, когда были обнаружены длительные участки резкого снижения ВСР, никак не связанные с вариациями средненочных показателей ВСР и с предшествующими им всплесками мощности низкочастотного спектра ВСР. Такого феномена не наблюдалось в контроле, $p < 0,001$. АВ проводимость, измеренная по средней ЧЖС на фоне ФП ночью составила ($M \pm m$) $209,42 \pm 58,15$ уд/

мин у ликвидаторов vs $102,7 \pm 37,55$ уд/мин в контроле, $p < 0,0000$. При этом обследованные ликвидаторы не отмечали расстройств сна, $p < 0,01$, несмотря на грубые нарушения показателей ВСП в отличие от пациентов контрольной группы. Кроме того, в дневное время на ЭКГ наблюдались псевдо дельта волны в правых грудных отведениях, не связанные с синдромом предвозбуждения желудочков, $p < 0,001$ и характеризующие перераспределение скоростей реполяризационных процессов в различных отделах АВ проводящей системы.

Выводы: наибольшее прикладное значение для идентификации синдрома ночной гиперсимпатикотонии имело наличие ночных участков с резким снижением ВСП, которому предшествовали всплески мощности колебаний низкочастотного спектра и соответствующее выраженное ночное повышение АВ проводимости, при этом гиперсимпатикотония никак не проявлялась в виде расстройств сна.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ

Шерашов В.С., Шерашова М.В., Шерашова Н.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Цель: создать надежный специализированный алгоритм профилактических мероприятий по выявлению пациентов высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений среди граждан, подвергшихся воздействию радиации (ГПВР).

Методы исследования: Анализ литературных данных глубиной 50 лет для выбора предпочтительного набора факторов риска, о которых упоминалось в связи с развитием ССЗ у ГПВР. Организация и проведение сравнительного двухэтапного проспективного когортного исследования с последующим 10-ти летним наблюдением за смертностью.

Полученные результаты: Анализ данных литературы: причиной ВСД после ионизирующего облучения являются признаки микроструктурных поражений мозга, характерные для поражения диэнцефальных структур (повышенная возбудимость высших вегетативных отделов нервной системы). Первые годы после облучения у большинства пострадавших отмечалась ВСД с нарушением функционального состояния ССС, ВСД трансформировалось в ГБ и ИБС, ни один из известных ФР не имел самостоятельного значения на развитие ССЗ. Отмечено нарушение суточного ритма функционирования симпато-адреналовой системы. Эти данные позволили сформировать адекватный набор изучаемых ФР и провести проспективное двухэтапное когортное сравнительное исследование 1997–2005 гг. с последующим 10-ти летним наблюдением за смертностью. В когорте ГПВР ведущим ФР развития ССЗ и осложнений оказалась ночная гиперсимпатикотония, оцениваемая по данным variability сердечного ритма. Установлены признаки синдрома ночной гиперсимпатикотонии. Сравнительный анализ конечных точек и их причин позволил сформировать финальное уравнение мощности ФР развития негативного прогноза ССЗ, из которого была сформирована считающая функция риска развития негативного прогноза для ГПВР.

Выводы: разработанная модель оценки риска негативного прогноза ССЗ у ГПВР пред-

ставляет собой надежный алгоритм последовательных действий врача, в результате которого в бальной шкале по величине индекса SHERT оценивается риск смерти от ССЗ. Работа признана изобретением.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОДОЛЖЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РАННИХ ПРИЗНАКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В., Колтунов И.Е.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Предпосылки. В рамках утвержденной МЗ темы НИР Центра выполнялся фрагмент, являвшийся одновременно частью длительной программы – многоступенчатого исследования, имеющего несколько последовательных составляющих частей (исследований), тесно связанных и вытекающих одно из другого. Цель первой части заключалась в изучении патогенетических механизмов и факторов риска развития и прогрессирования ССЗ в когорте ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) в сравнении с контрольной группой того же полового и возрастного состава, проживающих в Москве и ближнем Подмосковье. Эта часть исследования проходила в два этапа с промежутком 5 лет и позволила детально изучить все возможные механизмы развития этой патологии. Вторая часть исследования, была направлена на верификацию ранее выявленных подходов и закономерностей развития ССЗ по данным конечных точек. Результаты этой части позволили окончательно подтвердить, что в развитии ССЗ и, в особенности, в смертности от ССЗ основную роль играет синдром ночной гиперсимпатикотонии, открытый в России, 2001 г. Третья часть исследования направлена на внедрение полученных результатов в широкую клиническую практику с целью достижения максимального эффекта от профилактических мероприятий.

Цель. Изучить влияние естественной возрастной деградации вегетативной регуляции сердечной деятельности с помощью оценки влияния возрастных изменений на динамику характеристик синдрома ночной гиперсимпатикотонии в рамках третьей части исследования.

Методы исследования. В когорте ЛПА проводился поиск и математический анализ возможных взаимозависимостей возраста летальных исходов от ССЗ (л/и) от ключевых характеристик синдрома ночной гиперсимпатикотонии.

Полученные результаты. Было установлено, что зависимость между изменением возраста л/и и величиной признака ночной гиперсимпатикотонии отсутствует ($r=0,08$, $p<0,2$).

Выводы. Полученный результат позволяет рассматривать определяющую роль ночной гиперсимпатикотонии в развитии ССЗ и их осложнений вне зависимости от возрастной дегра-

дации вегетативной регуляции, что, соответственно, дает научно-обоснованную возможность проведения профилактических мероприятий в рамках третьей (прикладной) части программы многоступенчатого исследования.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ У НИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Предпосылки. В рамках утвержденной МЗ темы НИР Центра выполнялся фрагмент, являвшийся одновременно частью длительной программы – многоступенчатого исследования, имеющего несколько последовательных составляющих частей (исследований), тесно связанных и вытекающих одно из другого. Целью третьей части исследования является внедрение полученных результатов в широкую клиническую практику с целью достижения максимального эффекта от профилактических мероприятий.

Цель. Определить целесообразность применения самостоятельной медикаментозной терапии для коррекции показателей липидного обмена среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) с признаками синдрома ночной гиперсимпатикотонии.

Методы исследования. Изучение зависимости между признаками синдрома ночной гиперсимпатикотонии и уровнями липидов в когорте ЛПА в ходе двухэтапного проспективного исследования с промежутком 5 лет.

Полученные результаты. Исходя из доказанной определяющей мощности нового фактора риска развития осложнений от ССЗ среди ЛПА (по данным конечных точек) – синдрома ночной гиперсимпатикотонии, было проанализировано значение второстепенных вариантов с суммарной мощностью дисперсии менее 1,0 по критерию Кайзера (МФА), куда вошли показатели липидного обмена. Были получены слабые, но достоверные обратные и прямые (для ХЛПВП) корреляционные зависимости между показателем SDNNnANDS и значениями ОХ, ХЛПОНП, ХЛПНП, ХЛПВП, ТГ: $r = -0,12; -0,21; -0,06; 0,04; -0,21$; соответственно на первом этапе и $-0,08; -0,16; -0,05; 0,11; -0,16$ на втором этапе исследования соответственно. Полученные данные актуальны как для ЛПА с нормальными уровнями липидов, так и для имевших повышенные их значения.

Выводы. Полученный результат (чем более выраженные признаки синдрома ночной гиперсимпатикотонии, тем выше показатели липидов) позволяет увидеть специфические прикладные особенности профилактики развития ССЗ и их осложнений в отдаленном периоде среди лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Сюда входит комплексный подход, включающий первоочередную коррекцию синдрома ночной гиперсимпатикотонии в дополнение к липидснижающей и антиатеросклеротической терапии.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ В АНАМНЕЗЕ

Щербаков Д.В.

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет
(Омск, Россия);

Цель: всё большая распространенность эндоваскулярных вмешательств (ЭВВ) увеличивает нагрузку на реабилитационный этап оказания специализированной медицинской помощи, определяя новую политику финансирования и введения эффективных механизмов контроля за результатом оказания медицинской помощи.

Методы: все пациенты, в зависимости от показаний к проведению ЭВВ были распределены на три группы. Группа 1–34 больных (24,8%), которым было проведено плановое стентирование по поводу стабильной стенокардии; группа 2–68 больных (49,7%) – раннее стентирование симптом-связанной артерии при ОКС; группа 3–35 больных (25,5%) отсроченное стентирование на фоне текущего ИМ более чем через 3 суток от его возникновения.

Полученные результаты. В группе 1 с длительным анамнезом ИБС многососудистые поражения коронарного русла диагностировались при коронарографии в 76,5% случаях. В группах 2 и 3, в которых ОКС и ИМ часто был дебютом заболевания, множественное поражение коронарных артерий выявлялось у 64,7% и 68,6% больных соответственно. При плановом ЭВВ (группа 1) устанавливалось от 1 до 4 стентов, что позволило в 41,2% достигнуть полной реваскуляризации миокарда, в остальных случаях получить удовлетворительный гемодинамический результат. Положительная ЭКГ-динамика отмечалась у 53,1% больных, у остальных сохранялись нарушения реполяризации. Больные в сроки от 3 до 7 дней переводились на этап реабилитации. Физическую активность была восстановлена до V (70,6%) и VI (20,6%) ступени двигательной активности. В группе 2 вмешательство заключалось в постановке 1 стента с неполной реваскуляризацией у 79,4% больных. Хороший клинический результат был получен у большинства больных, но почти в половине случаев на протяжении всего периода реабилитации сохранялись существенные изменения на ЭКГ или прослеживалась динамика ИМ. Сроки перевода на этап реабилитации у большинства пациентов от 1 до 3 дней. Физическую активность была восстановлена до V (72,6%) и VI (12,3%) ступени двигательной активности. В группе 3 у 34,3% больных было проведено стентирование 2 и более артерий, но наряду с улучшением клинической картины отмечалась динамика ИМ. В процессе физической реабилитации V ступень была достигнута у 71,5% больных, а VI – у 7,9% больных.

Выводы. Все больные, перенесшие ЭВВ, несмотря на меньшую, по сравнению с АКШ, травматичность, нуждаются в поэтапной комплексной реабилитации (в т. ч. в период наблюдения в поликлинике по месту постоянного проживания участковым врачом-терапевтом). Реабилитационные мероприятия позволяют безопасно и полно восстановить физическую активность пациентов, сформировать высокую приверженность к продолжению медикаментозной терапии и скорректировать факторы риска. Комплексные реабилитационные программы могут способствовать улучшению отдаленных результатов ЭВВ и прогноза жизни больных с ИБС в целом.

ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЕМ НАСЕЛЕНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Щербаков Д.В.

ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет
(Омск, Россия);

Анализ проблем доступности населению ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» требует особого внимания в связи с широкой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, высокой смертностью от них и потребностью в эффективном использовании дефицитных финансовых ресурсов здравоохранения, денежных инвестиций.

Цель. Изучение закономерностей доступности оказания ВМП больным ИБС в регионе. Для этого больные с ИБС, получившие хирургическое лечение в 2011–2013 гг., были ранжированы по территориальным группам.

Материалы. Был проведен отбор и статистическая обработка данных по информационно-аналитической системе мониторинга ВМП Минздрава РФ. В исследование были включены 4597 больных с различными клиническими проявлениями ИБС, требующих хирургической коррекции. Для анализа доступности хирургического лечения ИБС для жителей региона мы использованы данные областного реестра по ИБС за вышеуказанный период.

Результаты. Анализ показывает, что в регионе отмечается рост уровня общей заболеваемости БСК по обращаемости со 174 на 1000 населения в 2001 до 223,3 на 1000 населения в 2012 г. (темп роста 129%). Уровень первичной заболеваемости БСК по обращаемости увеличился на 9,6% за указанный период и составил 27,4 на 1000 населения в 2012 г. Уровень первичной заболеваемости ИБС населения в 2012 году увеличился на 6% и составил 6,4 на 1000 населения (в 2001 г. – 6 на 1000 населения). Рост показателя первичной заболеваемости по обращаемости ИБС отмечается во всех территориальных группах с 2004 г., однако тенденции роста этого показателя неоднозначны для территориальных групп. Существующая система оказания ВМП осуществляет только учет проведенных операций. На наш взгляд необходимы анализ спроса на данный вид ВМП и оценка результативности данного вида медицинских услуг.

Выводы. Помимо создания регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений в регионе для увеличения количества высокотехнологичных операций при БСК, повышения качества и доступности ВМП необходимо реализация органами управления здравоохранением следующих мероприятий в рамках территориальной программы развития ВМП: обеспечение взаимодействия между ЛПУ региона по обследованию, лечению и реабилитации пациентов с БСК; создание электронного регистра больных ИБС в регионе, в том числе нуждающихся в оказании ВМП с оценкой «польза/риск» и «стоимость/эффективность»; внедрение системы маршрутизации пациентов с ИБС с контролем на всех этапах диагностики и оказания медицинской помощи; повышение качества оказания диагностической и лечебной помощи с ориентиром на порядки медицинской помощи и стандарты ее оказания; создание системы непрерывного обучения медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи больным с ИБС; создание условий для отбора высоких технологий с доказанной эффек-

тивностью и безопасностью с учетом экономической целесообразности их применения, что позволит увеличить качество жизни пациентов, получивших ВМП.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Энгиноев С.Т., Кондратьева О.В., Панова Т.Н., Стомпель Д.Р., Калмыкова
О.В., Кадыкова А.В., Чернов И.И., Тарасов Д.Г.

ФГБУ Федеральный центр сердечно – сосудистой хирургии
Минздрава РФ, Астрахань (Россия)

Введение. Ушивание ушка левого предсердия (УЛП) рассматривается как патогенетически обоснованный метод профилактики тромботических и тромбоэмболических осложнений после протезирования митрального клапана. Бокерия Л.А. и соавт. показали эффективность и безопасность перевязки УЛП у пациентов высокого риска во время выполнения кардиохирургических операций, но в основном проводимые исследования не включали больных, которым проводилось коронарное шунтирование (КШ) off-pump.

Цель исследования: оценить влияние перевязки УЛП у пациентов ИБС с фибрилляцией предсердий (ФП) на частоту развития инсульта, летальность от инсульта и общую летальность в раннем и отдаленном послеоперационном периоде при операции КШ off-pump.

Материал и методы. Проведен анализ результатов КШ off pump у 116 больных ИБС с ФП, которые были оперированы за период с мая 2009 по ноябрь 2013 г. в ФЦССХ г. Астрахани. Возраст больных 62,2±5,8 лет. Мужчин было 101 (87%), женщин 15 (13%). Период наблюдения в среднем – 29±1,3 мес. Критерии исключения: больные с острым коронарным синдром, с конверсиями, с реКШ, с тромбозом левых отделов сердца, с ФВ<35%, с гемодинамически значимым поражением брахиоцефальных сосудов. Больных разделили на 2 группы: I группа- 53 больных, которым во время операции была выполнена эпикардальная перевязка УЛП, II группа (контрольная) – 63 больных, у которых УЛП оставалось интактным. Первичными конечными точками являлись инсульт, летальность от инсульта и общая летальность. Инсульт подтверждался клиникой, КТ и /или МРТ головного мозга. Для статистического анализа использовали метод распределения признаков в группах по критерию χ^2 .

Результаты: Количество инсультов в раннем послеоперационном периоде во II группе составило 6,3%, в отдаленном послеоперационном периоде – 9,5% (всего 15,8%). В I группе инсультов не было ни в раннем, ни в отдаленном послеоперационном периоде. Летальность от инсульта в обеих группах в раннем послеоперационном периоде не было. А в отдаленном послеоперационном периоде во II группе составила 4,8%, 0% в I группе. Общая летальность во II группе составила 3,2%, в I группе – 0% в раннем послеоперационном периоде, в отдаленном – общая летальность составила 9,5% и 5,7% соответственно ($p>0,05$).

Выводы: Перевязки УЛП во время КШ off-pump уменьшает риск развития инсульта, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде и летальность от инсульта в отдаленном периоде.

ленном послеоперационном периоде. Общая летальность в отдаленном периоде ниже в группе с перевязкой УЛП.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ OFF-PUMP

Чернов И.И., Уртаев Р.А., Козьмин Д.Ю., Макеев С.А., Энгиноев С.Т., Магомедов Г.М., Тарасов Д.Г.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Актуальность: Коронарное шунтирование (КШ) - распространенный и надежный метод хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Операция на работающем сердце без искусственного кровообращения позволяет устранить неблагоприятное воздействие на организм пациента искусственного кровообращения.

Цель: Оценка непосредственных результатов операций прямой реваскуляризации миокарда на работающем сердце без ИК.

Материалы и методы: За период с апреля 2009 по июль 2015 года изолированная реваскуляризация миокарда выполнена 6053 пациентам. 4834 (79,8%) больных были оперированы на работающем сердце без ИК (ОРСАВ), 1121 (18,6%) – с ИК поддержкой, 98 (1,6%) – с ИК и КП (ОНСАВ). К конверсии (переход с ОРСАВ на ИК-поддержку без кардиopleгии) пришлось прибегнуть в 92 (1,9%) случаях. С накоплением опыта число конверсий значительно уменьшилось. За 2009–2012 годы конверсий было -2,7% случаях, а за 2013–2015 годы -1%. Средний возраст пациентов составил $59,2 \pm 7,4$ лет, больных мужского пола 87,5%. 27% больных имели стабильную стенокардию II ФК (ССС), 56% – III ФК, 9% – IV ФК, у 8% наблюдалась нестабильная стенокардия. ИМ в анамнезе перенесли 67,4% пациентов. 52% больных имели сердечную недостаточность II ФК, 45% – III ФК, 3% – IV ФК. Индекс реваскуляризации составил $3,2 \pm 0,09$ (1–7 шунтов). Левая ВГА использована в качестве кондуита в 96% случаев, аутовена – 91%, лучевая артерия – 34,5%. С 2014 года всем больным после коронарного шунтирования выполняется интраоперационная флоуметрия. БиМКШ за 2013–2015 годы было выполнено у 2% больных. Использование интракоронарных шунтов было внедрено в мае 2010 года, за 2013–2015 годы в 87% случаях был использован интракоронарный шунт. Перевязка ушка ЛП как методика для профилактики развития инсульта, особенно у больных с ФП.

Результаты: Госпитальная летальность составила 0,8%.

Заключение: С накоплением опыта частота встречаемости конверсий, летальности снижается, что позволяет улучшить непосредственные результаты ОРСАВ. Представленная методика выполнения КШ является надежным и эффективным способом хирургического лечения ИБС.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Чернов И.И., Уртаев Р.А., Козьмин Д.Ю., Кондратьев Д.А., Макеев С.А.,
Энгиноев С.Т., Магомедов Г.М., Тарасов Д.Г.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава
России г. Астрахань, Россия

Цель: Оценка непосредственных результатов операций на митральном клапане с использованием миниторакоскопической техники.

Материалы и методы: С февраля 2011 года по февраль 2015 года в ФЦССХ (г.Астрахань) было выполнено 205 операций на митральном клапане с использованием миниторакоскопической техники. Среди оперированных 90 мужчин и 115 женщин. Средний возраст пациентов составил $49,0 \pm 11,1$ лет, средний индекс массы тела – $23,5 \pm 9,7$. Средняя ФВ ЛЖ – $59,6 \pm 6,5$ %. Большинство больных исходно находились во II (41%) и III (54%) ФК сердечной недостаточности по NYHA. Виды оперативного вмешательства на МК: реконструкция МК – 90, протезирование МК – 115, в т.ч. с пластикой и протезированием ТК – 16, + РЧА при ФП – 4. Среднее время ИК составило $124,4 \pm 42,1$ минут, среднее время окклюзии аорты – $79,9 \pm 28,7$ минут.

Результаты: Частота конверсии составила 2,9%, основной причиной послужило кровотечение. В целом неосложненный послеоперационный период наблюдался у 89,8% больных. Госпитальная летальность составила 2,4% (5/205). Причинами летального исхода в трех случаях острая сердечная недостаточность, в 1 случае – полиорганная недостаточность и разрыв задней стенки левого желудочка с фатальным кровотечением у 1 больного.

Заключение: Операции на митральном клапане из миниторакотомного доступа обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить широкий спектр манипуляций на митральном клапане с хорошими непосредственными результатами. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЗАБОР АУТОВЕНОЗНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Чернов И.И., Магомедов Г.М., Энгиноев С.Т., Макеев С.А., Козьмин Д.Ю.,
Уртаев Р.А., Казбан О.О., Тарасов Д.Г.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава
России г. Астрахань, Россия

Цель: Оценка непосредственных результатов эндоскопического забора аутовенозного трансплантата при операциях коронарного шунтирования.

Материалы и методы: С ноября 2010 по декабрь 2014 года в ФЦССХ 450 пациентам выполнен забор большой подкожной вены нижней конечности эндоскопическим методом. Всем

пациентам выделение аутовенозного трансплантата осуществлялось преимущественно с бедра. Средний возраст пациентов составил $60,2 \pm 7,4$ лет, больных мужского пола 423 (94%), женского пола 27 (6%). Сахарный диабет 2 типа наблюдался у 63 (14%), атеросклероз артерий нижних конечностей у 40 (8,9%), ожирение II–III степени у 70 (15,6%) больных.

Результаты: Среднее время выделения аутовенозного трансплантата 28 ± 6 минут. Конверсия (переход на открытый метод выделения аутовены) произошла у 25 пациентов (5,5%). Причины конверсии: кровотечение при повреждении крупной коллатерали – 9, рассыпной тип строения большой подкожной вены – 7, малый диаметр трансплантата – 6. В 3 случаях аутовенозный трансплантат, выделенный эндоскопическим методом, признавался непригодным оперирующим хирургом. В послеоперационном периоде нарушения заживления ран нижних конечностей не отмечалось.

Выводы: Эндоскопический способ забора венозного трансплантата при операции коронарного шунтирования может быть успешно выполнен с уменьшением хирургической травмы по сравнению с традиционным открытым методом, особенно при наличии у пациентов сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, ожирение, хронической ишемии нижних конечностей.

ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АППАРАТА ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Тэффенберг Д.В., Кутрунов,
В.Н., Дьячков С.М., Пушкарев Г.С.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тюменский государственный университет», г. Тюмень, Россия

«Золотым стандартом» в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) сегодня считается выявление гемодинамически значимых коронарных стенозов (ГЗКС) при коронарной ангиографии (КАГ). Инвазивный характер, возможность осложнений, дороговизна метода заставляют искать способ судить о наличии у пациента ГЗКС на основании результатов менее инвазивных и дорогостоящих исследований, например, радионуклидных методов. Но и они не идеальны для диагностики ИБС в силу невысокой специфичности.

Цель: разработать способ неинвазивной диагностики ГЗКС у больных с положительным результатом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда (ОФЭКТ) с применением математического аппарата искусственных нейронных сетей.

Материалы и методы: Из 10713 лиц, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии»©, были отобраны 84 пациента, прошедшие в Тюменском кардиологическом центре комплексное клинично-инструментальное обследование, включавшее эхокардиографию, КАГ и ОФЭКТ с интервалом не более 3-х месяцев. Средний возраст обследуемых

составил $49,1 \pm 8,8$ года, 71% были мужчинами. Гемодинамически значимыми считали коронарные стенозы 50% просвета артерии и больше. По результатам КАГ и ОФЭКТ пациенты были разделены на группы: 16 пациентов с истинноположительным результатом ОФЭКТ; 9 пациентов с ложноотрицательным результатом ОФЭКТ; 31 пациент с ложноположительным результатом ОФЭКТ; 28 пациентов с истинноотрицательным результатом ОФЭКТ. Сравнивали клиничко-функциональные параметры пациентов с положительным результатом ОФЭКТ в зависимости от наличия или отсутствия значимых коронарных стенозов. Для оценки роли клиничко-функциональных параметров в формировании ГЗКС был применен математический аппарат искусственных нейронных сетей. Для определения диагностической ценности способа исходное количество пациентов было разбито на 3 выборки: обучающую, тестовую и контрольную.

Результаты: По результатам дискриминантного анализа наиболее значимый вклад в межгрупповые различия внесли две переменные: индекс асинергии ЛЖ и степень митральной регургитации (отсутствует, 1 степени, 2 степени), которые подавались на вход математической модели (многослойный персептрон с одним скрытым слоем). На выходе модели получали два показателя, определяющих наличие ($\|cor.art(1)\|$) или отсутствие ($\|Pw_v_{l1}_l\|$) поражения коронарных артерий. Разработанная модель на всех трех выборках – обучающей, тестовой и контрольной показала высокую диагностическую ценность. Чувствительность способа составила 68,8%; специфичность – 93,5%; предсказывающая точность – 85,1%. Применение математического аппарата искусственных нейронных сетей позволило упростить использование метода до заполнения двух полей четырехпольной таблицы в программе «диагностического калькулятора». Применение способа позволит повысить точность и информативность неинвазивной диагностики ИБС.

Заключение: Предложенный способ неинвазивной диагностики ГЗКС у пациентов с нарушениями миокардиальной перфузии по данным ОФЭКТ миокарда, заключающийся в использовании эхокардиографических параметров – индекса асинергии левого желудочка и наличия митральной регургитации, позволяет говорить о наличии ГЗКС со специфичностью 93,6%, чувствительностью 68,8%.