

**ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский
университет Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»**

**Министерство здравоохранения Ростовской области
Всероссийское научное общество кардиологов
Ростовское научное общество кардиологов**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

**МАТЕРИАЛЫ IX СЪЕЗДА КАРДИОЛОГОВ
ЮГА РОССИИ
25–27 мая 2010 г.
г. Кисловодск**

**Ростов-на-Дону
2010**

УДК 616.1/.14 (470.61)

ББК 54.10/.102 (2 Рос-4)

Современные проблемы и нерешенные вопросы сердечно — сосудистой патологии: материалы IX съезда кардиологов Юга России (25–27 мая 2010 г., г. Кисловодск). — Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, 2010. — 192 с.

ISBN 978–5-7453–0351–7

Материалы IX Съезда кардиологов Юга России отражают современные аспекты оказания медицинской помощи больным с сердечно — сосудистой патологией. Тезисы посвящены вопросам распространенности, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. И это не случайно, так как сердечно-сосудистая патология остается одной из самых частых причин неблагоприятных исходов. Особое место по актуальности и научной новизне уделено инвазивной кардиохирургии, сердечно-сосудистой хирургии и аритмологии.

В сборник материалов IX съезда кардиологов Юга России вошли работы не только ведущих специалистов Юга России, но также и ученых Российской Федерации, что позволяет перенять передовой опыт и внедрить современные достижения кардиологии в практику здравоохранения.

Публикуемые материалы представляют интерес для врачей всех специальностей.

УДК 616.1/.14 (470.61)

ББК 54.10/.102 (2 Рос-4)

Редакционная коллегия:

Ответственные редакторы: проф. Сависько А. А., проф. Шлык С. В.

Ответственный секретарь: Хаишева Л. А.

ISBN 978–5-7453–0351–7

© ГОУ ВПО РостГМУ, 2010

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев А. А., Исламова У. А., Гафурова Р. М.

*ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия
МЗ СР РФ», Махачкала*

Цель: определить эффективность суперселективного бета-адреноблокатора III поколения с вазодилатирующим свойством небиволола в комплексном лечении пациентов с ишемической кардиомиопатией.

Методы исследования: Мы наблюдали 35 больных ИБС со стабильной стенокардией III–IV ФК в возрасте от 42 до 67 лет (мужчин — 24, женщин — 11), у которых при эхокардиографическом исследовании аппаратом Aloka-2200 выявлена дилатация левого желудочка (КСР>3,8 см, КДР>5,5 см). 17 из них страдали артериальной гипертензией, у 10 имела место фибрилляция предсердий постоянной формы, у 13 — одиночная желудочковая экстрасистолия. Методом случайной выборки их рандомизировали в две группы. В 1-й группе из 18 больных (основная) в комплекс традиционно используемых лекарственных средств включили небиволол (Бинелол фирмы Veluro, Хорватия), который назначали однократно утром в дозе 5 мг в течение 30 дней. Во 2-й (контрольной) группе из 17 больных, адекватной для сравнения по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, использовали только традиционное лечение (нитраты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, сердечные гликозиды и диуретики по показаниям). Антиишемическое и антиаритмическое действие Бинелола до и после лечения оценивали по результатам суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, которое проводили с помощью компьютерной программы DiaCard (ЗАО «Медиком», г. Москва) исходно и через один месяц лечения. Определяли число эпизодов безболевого ишемии и суммарную продолжительность ишемии миокарда, регистрировали частоту нарушений ритма сердца.

Результаты: В основной группе общее число эпизодов ишемии миокарда за сутки уменьшилось на 56%, их суммарная продолжительность — на 43%, в то время как в контрольной — на 19% и 15% соответственно. В первой группе также уменьшилось вдвое число рецидивирующих и парных предсердных и желудочковых экстрасистол, пароксизмов желудочковой и наджелудочковой тахикардии, в то же время во второй группе их число уменьшилось лишь на 21%. После месячного приема Бинелола систолическое артериальное давление у лиц с артериальной гипертензией уменьшилось на 25 мм рт ст (со 168 до 143 мм рт ст.), диастолическое — на 11 мм рт ст (с 95 до 84 мм рт ст).

Вывод: Применение небиволола в комплексном лечении пациентов с ишемической кардиомиопатией оказало антиишемический и антиаритмический эффект, которые способствуют улучшению прогноза жизни этих больных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С ЧАСТИЧНОЙ АНДРОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, КАК ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО РИСКА

Абоян М. Е., Абоян И. А., Карташова И. В.

*Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения
Клинико-диагностический центр*

«Здоровье», г. Ростов-на-Дону Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из ведущих причин смерти в большинстве развитых стран. Исторически крупные артерии считались пассивными участниками транспорта и перераспределения крови. Недавние исследования показали, что крупные артерии являются самостоятельным функционирующим органом, обеспечивающим не только перераспределение крови, но и обладающим эндокринными и паракринными функциями, а также смягчающим пульсовую волну. Сегодня уже не вызывает сомнения, что мужские и женские половые гормоны могут детерминировать развитие и прогрессирование различных патологических изменений в артериях, венах, капиллярах с последующим нарушением региональной гемодинамики. (P. Ramwell et al., 1992). Таким образом, становится очевидной целесообразность исследования такого состояния организма, как частичная андрогенная недостаточность («ЧАН»), и влияние этого состояния на скорость пульсовой волны (СПВ)- независимого фактора риска сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования. Выявить изменения СПВ у лиц с частичной андрогенной недостаточностью и оценить роль и соотношение половых гормонов (тестостерон, эстрадиол) и вазоактивных веществ в крови пациентов с эректильной дисфункцией.

Материалы и методы. В нашем центре провели изучение СПВ у пациентов с «ЧАН» неинвазивным методом с помощью компьютеризированно прибора PulseTrace от Micro Medical и были проанализированы значения СПВ у 57 лиц с «ЧАД» и 44 человека не имевших частичной андрогенной недостаточности, составивших группу сравнения. Средние цифры АД у «ЧАН» составили по уровню САДер. $132,5 \pm 4,5$ мм рт.ст., а по уровню

ДАДср. $75,3 \pm 2,3$ мм рт.ст. В группе контроля средние цифры давления составляли по уровню САДср. — $128, 1 \pm 5,8$ мм рт.ст., а по уровню ДАДср. $73,6 \pm 5,3$ мм рт.ст. Наибольшее количество жалоб в группе «ЧАН» связано с ухудшением качества сна, раздражительность, снижение работоспособности, повышенная потливость, учащенное сердцебиение, ощущение внутренней тревоги. Пациенты в группе «ЧАН» достоверно ниже, чем пациенты без андрогенной недостаточности, оценивали свое качество жизни.

Результаты: Характеристики пациентов (средние \pm SD) и средние значения (\pm SE) ЧСС, АД, RI и SI представлены в таблице:

	Возраст	ЧСС (уд./мин)	АД (ммртст.)	RI (%)	SI (м/с)
Здоровые (n=24)	39 ± 6.5	76 ± 2.1	$128.1 \pm 5.8 / 73.6 \pm 5.3$	23.2 ± 2.3	7.7 ± 0.2
Чан (n=77)	42 ± 6.0	84 ± 5.0	$132.5 \pm 4.5 / 75.3 \pm 2.3$	37.8 ± 3.7	15.5 ± 0.7

установлено, что средние значения в группе «ЧАН» на 7,8%, выше, чем средние значения в группе контроля. Оценка соотношения уровня половых гормонов (свободный тестостерон\эстрадиол) выявляет достоверное снижение этого показателя у пациентов с ЧАН по сравнению с группой пациентов с группой контроля составленной из здоровых мужчин. Сопоставление результатов показало, что существует прямая корреляционная связь с уровнем половых гормонов.

Выводы: В группе «ЧАН» скорость пульсовой волны, оцениваемая неинвазивным ультразвуковым методом, была достоверно выше, чем в контрольной группе и соотношение «свободный тестостерон\эстрадиол» выявляет снижение этого показателя у пациентов с ЧАН по сравнению с группой контроля составленной из здоровых мужчин. Полученные результаты позволяют не только оценить прогноз пациентов, но и дают новые цели для терапевтического вмешательства.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ АСИМПТОМНОЙ АРИТМИИ И ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИБС

*Абоян И. А., Стрельченко С. В., Карташова И. В., Кострыкина С. В.
Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения
Клинико-диагностический центр*

«Здоровье», г. Ростов-на-Дону Лидерство ИБС в общей структуре смертности в России в настоящее время, а также, имеющая место тенденция к росту этого показателя в последние годы, резко контрастирует с тенденцией к снижению заболеваемости и смертности от ИБС в других странах.

Данный, российский феномен, имеет тяжелые социальные последствия для страны, поскольку от ИБС и ИМ в преобладающем проценте случаев умирают мужчины работоспособного возраста. У больных с уже установленным диагнозом ИБС до 50–70% эпизодов ишемии являются безболевыми. В здоровой популяции безболевая ишемия наблюдается у 1–5%, среди больных ПИКС-30–40%. При этом, результаты современных исследований позволяют утверждать, что БИМ является прогностически неблагоприятным фактором. Выявление бессимптомных нарушений ритма и БИМ дает важную информацию о состоянии больного, о его прогнозе в отношении жизни и трудоспособности.

Увеличение частоты эпизодов БИМ и их суммарной продолжительности ассоциируется:

- с более высоким ФК стенокардии
- с многосудистым поражением коронарного русла
- с нарушениями ритма сердца
- с наличием ряда факторов риска атеросклероза (АГ, СД, гиперлипидемия, курение и т. д.)

Результаты ХМ ЭКГ у пациентов с БИМ могут использоваться для оценки эффективности антиангинальной терапии.

Цель работы: Изучение характера и частоты асимптомных нарушений сердечного ритма и признаков БИМ у амбулаторных больных трудоспособного возраста.

Материал и методы. Обследовано 17 мужчин и 9 женщин трудоспособного возраста. Средний возраст мужчин составил $53,4 \pm 2,3$ года, женщин- $52,2 \pm 3,2$ года. Всем пациентам проводилось ХМ ЭКГ.

Результаты. В группе мужчин у 3 (17%) выявлена одиночная наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) в сочетании с парной НЖЭ; у 4 (25%) обнаружили ОНЖЭ в сочетании с пробежками наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ); у 2 (11%) пациентов выявлена одиночная желудочковая экстрасистолия (ОЖЭ) в сочетании с НЖЭ и ПНЖТ; ОЖЭ в сочетании с ОНЖЭ выявлена у 6 (35%); ОЖЭ обнаружена у 1 пациента 6%); ОНЖЭ — у 1 больного 6%); у 6 человек (35%) выявлена БИМ. В группе обследованных женщин характер и частота асимптомно аритмии распределилась следующим образом: НЖЭ в сочетании с ПНЖТ выявлено у 2 больных (22%); ОЖЭ в сочетании с НЖЭ и ПНЖТ — у 5 женщин (56%); ОНЖЭ — у 1 больной (11%); ОЖЭ — у 1 больной (11%). БИМ в группе обследованных женщин не выявлена.

Заключение. Распространенность асимптомных нарушений ритма сердца у трудоспособных пациентов ИБС велика и составляет 88%. У мужчин чаще встречаются ОНЖЭ в сочетании с ОЖЭ (35%). БИМ

выявлена только у мужчин и составила 35 % из числа обследованных. У женщин наиболее частым видом асимптомной аритмии явилось сочетание ОЖЭ с НЖЭ и ПНЖЭ (56 %). БИМ у обследованных женщин не выявлена.

Таким образом, особое внимание следует обращать на наличие пароксизмов бессимптомной БИМ, поскольку у некоторых больных, прошедших курс лечения, наблюдается уменьшение или даже исчезновение риступов стенокардии, но сохраняются признаки безболевого ишемии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА СРЕДИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аносов А. М., Иванченко Д. Н.

ГОУВПО РостГМУРосздрава, г. Ростов-на-Дону

Как известно, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в РФ составляет порядка 56 % в структуре общей смертности. При этом среди поведенческих факторов риска развития кардиальной патологии особую роль играют аффективные расстройства тревожно-депрессивного спектра. Так, депрессии сопровождают ССЗ в 20–70 % случаев.

С целью оценки распространенности и выраженности тревожно-депрессивных расстройств среди врачей общетерапевтического профиля нами было обследовано 50 врачей-терапевтов. Средний возраст исследуемых составил 47,56±8,99 лет. Женщины составляли 81,8 % опрошенных, жалобы на симптомы соматической патологии предъявляли 39,4 %. В спектре соматических заболеваний при этом преобладали сахарный диабет и артериальная гипертензия (по 23,1 %), а также кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (30,8 %).

С целью оценки психического статуса обследуемых применялись субъективные методики, которые позволяют минимизировать затраты времени пациента, практически не требуют участия специалиста и могут применяться врачом, не имеющим специализации по психиатрии. Из числа существующих субъективных методов для нашего исследования были выбраны: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaith (1983), а также русскоязычная версия шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований (CES-D) (А. В. Андрущенко, М. Ю. Дробижев,

А. В. Добровольский, 2003), широко используемая в эпидемиологических и клинических исследованиях. Согласно результатам заполнения госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS за клинически выраженную тревогу и депрессию принимали значения более 11 баллов, от 8 до 10 баллов соответствовали субклинической выраженности аффективной симптоматики, значения от 0 до 7 баллов принимали за нормальные. По результатам заполнения русскоязычной версии шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований (CES-D) (А. В. Андрущенко, М. Ю. Дробижев, А. В. Добровольский, 2003), сумму баллов до 17 принимали за нормальные значения, 18–26 баллов соответствовали легкой депрессии, 26–30 баллов — депрессии средней тяжести, 31 балл и более — тяжелой депрессии.

Распространенность тревожно-депрессивного расстройства среди обследуемых врачей составила 30,3%, при этом в двух случаях отмечалась симптоматика тяжелой депрессии, 24,2% опрошенных страдали проявлениями легкого депрессивного расстройства. В структуре аффективной симптоматики преобладал тревожный компонент. Так, клинически выраженную тревогу испытывали 36,4% исследуемых врачей, встречаемость субсиндромального тревожного расстройства составила еще 27,3%. Напротив, депрессивный компонент согласно подшкале депрессии опросника HADS был представлен, в основном субсиндромальными значениями (31,2%), клинически выраженная депрессия была отмечена лишь у двух обследуемых.

Таким образом, аффективная симптоматика тревожно-депрессивного спектра достаточно часто встречается у врачей общетерапевтических специальностей. При этом в структуре депрессивного расстройства преобладал тревожный компонент.

КАК МЫ ЛЕЧИМ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СОСУДИСТОГО РИСКА?

Ахвердиева М. К.

Ростовский Государственный Медицинский Университет,

г. Ростов-на-Дону

Ведение пациентов высокого риска базируется на трех основных принципах: коррекция образа жизни и немедикаментозная терапия, оптимальная лекарственная терапия и динамический мониторинг пациента. Сегодня очевидно, что увеличение арсенала лекарственных пре-

паратов, улучшение лабораторно — инструментального оснащения, повышение объема финансирования не обеспечит должного качества оказания лечебно- диагностической помощи без повышения образовательного потенциала медицинских кадров.

С целью оценки уровня информированности врачей по основным вопросам оказания помощи терапевтическим больным высокого сосудистого риска было проведено анкетирование по разработанным индивидуальным анонимным анкетам. Врачам предлагалось несколько альтернативных ответов на каждый вопрос в режиме тестирования. Всего проанализировано 1854 анкеты врачей-терапевтов.

Анализ полученных данных показал, что целевые значения артериального давления у пациентов группы высокого риска правильно указали 62 %, показателей липидограммы — 56 %, диагностические критерии сахарного диабета — 33 %, критерии его компенсации — 34,5 % опрошенных. Регулярно дают диетические рекомендации своим пациентам 74 % терапевтов, рекомендации по физической нагрузке — 65 %. Взаимодействие лекарственных средств у пациентов с полиорганной патологией учитывают только 43 % терапевтов. Диагностические тесты, направленные на раннее выявление микро-, макро-ангиопатий (нефропатии, ретинопатии, синдрома диабетической стопы), адекватно применяют 45 % терапевтов. Регулярно осматривают стопы пациентов с сахарным диабетом только 11 % терапевтов. Сохраняются также рутинные подходы в назначении основных препаратов из «кардиологического портфеля» — бета — блокаторов, диуретиков, антагонистов кальция, статинов. Так, 39 % терапевтов назначают короткодействующие бета-блокаторы препараты с целью оказания положительного влияния на прогноз пациента высокого сосудистого риска, 24 % опрошенных назначают в качестве препаратов первого ряда для лечения артериальной гипертонии тиазидные диуретики.

Полученные результаты демонстрируют инерционность врачебного сознания, необходимость совершенствования системы последипломной подготовки, широкого внедрения дистанционных форм обучения, повышения мотивации врачей к постоянному информационному мониторингу. Это положение особенно актуально применительно к врачам первого контакта — терапевтам, которые могут и должны реально управлять популяционным риском сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений углеводного обмена.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АНТИСМОКИНОВОЙ ПРОПАГАНДЫ ВО ВРАЧЕБНОЙ СРЕДЕ

*Ахвердиева М. К., Линник А. С., Разумовский И. В.
Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 4 с курсом гериатрии*

Сегодня очевидно, что курение было и остается одним из самых значимых модифицируемых факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. В настоящее время большое внимание уделяется изучению особенностей эпидемиологии табакокурения в поло-возрастном, социально-экономическом аспектах.

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых эпидемиологических особенностей табакокурения среди врачей различных специальностей. Для этого было проведено анонимное анкетирование врачей-делегатов 8 съезда кардиологов ЮФО, а также врачей-делегатов съезда терапевтов. Всего проанкетировано 673 врача. Всего роздано 900 анкет. Отклик составил 74,7%. Анкетирование проводилось по оригинальной анкете, разработанной с учетом валидизированного опросника по оценке распространенности основных факторов риска (ФР). Из числа анкетуемых терапевты составили 32,6%, кардиологи — 32,4%, хирурги — 7,3%, педиатры — 5,0%, врачи общей врачебной практики (ВОП) — 22,6%. Поскольку анкетирование проводилось в рамках научного форума и носило одномоментный характер, профессиональные группы врачей не были пропорциональны по численному составу. Между тем, полученные нами данные представляют определенный интерес. Так, самооценка уровня здоровья выявила, что только 1,9% опрошенных врачей считают свой уровень здоровья очень хорошим, 13,3% — хорошим и 36,3% — удовлетворительным. При этом 33,7% врачей считают, что здоровье у них плохое, а 14,8% — очень плохое. Хуже всего свой уровень здоровья оценивают врачи-кардиологи, 46,7% которых оценивают свой уровень здоровья как плохой. Обращает на себя внимание факт достаточно высокой распространенности артериальной гипертонии — указание на повышенные цифры АД есть почти в половине анкет — 41,6%. Врачи — терапевты указали, что у них наблюдаются повышения АД в 46,3%, врачи-кардиологи — в 38,5%, ВОП- в 45,3% анкет. Указания на нарушения липидного обмена есть в 38% анкет, повышенный индекс массы тела (ИМТ) зарегистрирован у 32% опрошенных. Более половины опрошенных (54%) указали на наличие отягощенной по сердечно-сосудистым заболева-

ниям наследственности. Указания а нарушения углеводного обмена содержатся в 22% анкет. Оценка курительного статуса выявила, что курят в настоящее время 30,9% опрошены врачей, курили и бросили курить — 14,2%. Медицинские специальности по частоте курения в убывающем порядке распределены следующим образом: хирурги (61,2%), терапевты (33,5%), ВОП (33,5%), кардиологи (22,4%). Наличие кашля по утрам указано в 45,1% анкет. Оценка степени табачной зависимости (тест Фагестрема) выявила, что из 208 курящих очень слабая степень табачной зависимости наблюдается у 10,5%, слабая — у 10%, средняя — у 50%, высокая — у 23%, очень высокая — 6,5% опрошенных врачей. Интересные, на наш взгляд, данные были получены при оценке негативных последствий курения, настораживающих опрошенных врачей более всего. Нами выявлены различия между курящими и некурящими врачами. Так, курильщиков больше всего беспокоят «косметические» последствия курения — пожелтение зубов, влияние на цвет лица, появление морщин. Эту причину в печальном «рейтинге» пагубного влияния курения на первое место поставили 59% опрошенных из числа курящих врачей. На втором месте — возможный вред для семьи — плохой пример для детей. Третье место поделили риск сердечно-сосудистых катастроф и эректильной дисфункции. Некурящие же на первое место ставят риск онкопатологии (36%), на второе — угрозу сердечно-сосудистых заболеваний (24%). Заслуживает внимание тот факт, что 18% курильщиков указали в анкетах, что их вообще не пугают никакие последствия курения. Возможно, это одно из проявлений феномена психо-соматической диссоциации: снижение числа жалоб, «бравата риском», наблюдающаяся пропорционально стажу курения. Примечательно, что из числа бросивших курить — 78% насторожены развитием онкопатологии.

Хотя полученные нами данные не могут однозначно экстраполированы на всю популяцию в целом, они позволяют получить «портрет» ФР среди врачей. Очевидна плохая самооценка уровня здоровья, значимость таких факторов, как повышенное АД, повышенная масс тела, нарушения липидного обмена. Наиболее «курящими» медицинскими специальностями являются врачи-хирурги, однако для получения более аргументированных выводов необходимо провести анкетирование в равных по численности профессиональных группах. Почти у каждого четвертого опрошенного имеются нарушения углеводного обмена. При этом нужно учесть, что процент опрошенных, регулярно следящих за уровнем АД, холестерина и глюкозы крови мал. Неблагоприятный аддитивный эффекта этого «коктейля» из ФР усугубляет курение,

причем каждый 4-й курящий врач имеет высокую степень табачной зависимости.

Полученные данные диктуют необходимость дифференцированно-го подхода в разработке антисмокинговых мероприятий. Так, акцент в предупреждающих мерах, профилактике закуривания должен делаться на канцеропревенцию. В случае, если человек, обладающий медицинскими знаниями, курит уже не первый год, целесообразно акцентировать внимание на приоритетны для него поводах отказа от курения — проблемы в семейной жизни, изменения внешности т.д. Учитывая ранний возраст закуривания (15–17 лет), необходимо оптимизировать антисмокинговую пропаганду в молодежной среде.

ФАКТОРЫ И МАРКЕРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Бахтеева Е. Р., Свиридова Е. П.

Государственное учреждение здравоохранения «Госпиталь для ветеранов войн» Ростовской области, г. Ростов-на-Дону

Риск ССЗ увеличивается с возрастом почти линейно. В пожилом возрасте диагностическое значение многих лабораторных параметров изменяется, поэтому их следует рассматривать скорее с точки зрения индивидуального прогноза для пациента. Диагностическая информация, полученная на основе результатов лабораторного анализа, объективна, однако ее интерпретация может быть субъективной из-за сравнения с контрольными значениями, получаемыми теми же методами у «нормальных» пациентов среднего возраста. Тем самым избирается неверная «контрольная» группа. Определение контрольных значений для гериатрических пациентов, так же, как это делается в педиатрии — невозможно. В большинстве случаев следует учитывать не так называемый хронологический возраст, а индивидуальную предрасположенность и историю болезни.

У пожилых пациентов госпиталя, в большинстве случаев, есть анамнестические указания на травмы, ранения, контузии в годы войны. Учитывая это, соматическая патология зачастую сопровождается психоорганическим синдромом, усложняющим диагностику. Нередко заболевания протекают атипично, со сглаженностью клинических проявлений, более короткими периодами ремиссии и резистентностью к проводимой терапии, что объясняется атеросклерозом, его осложне-

ниями, дегенеративными изменениями во внутренних органах. Характерна для пожилых полиморбидность, когда на одного больного приходится 5–10 заболеваний.

Гиперхолестеринемия — наиболее документированный фактор риска коронарного атеросклероза. Нами отмечено, что приблизительно в половине случаев одно из наиболее ярких клинических проявлений атеросклероза — стенокардия впервые возникает на фоне отсутствия большинства модифицируемых факторов риска. Поэтому для улучшения прогнозирования заболеваемости ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо ввести дополнительные критерии — достоверные и удобные для применения в повседневной врачебной деятельности. Хотя полностью уточненного и окончательного «перечня» факторов риска ССЗ не существует, главные их представители уже известны.

Мы изучили данные лабораторных исследований 250 госпитализированных пациентов. Нашей целью было определить целевые значения для каждого пациента уровня общего холестерина, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицеридов, СРБ при которых риск развития ССЗ или их осложнений снижается. Была разработана и внедрена системы оценки эффективности коррекции нарушений липидного обмена у больных ИБС и цереброваскулярными заболеваниями, связанными с атеросклерозом. Целевые значения для каждого пациента определялись индивидуально, в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска ССЗ. Возраст пациентов составлял от 50 до 95 лет (мужчины/женщины 5:1). В каждом случае наблюдалось несколько патологий: кардиологические заболевания, гипертония, различные инфекции, сахарный диабет. Обе группы — мужчины и женщины анализировались вместе. В ходе исследования определялся уровень следующих показателей в сыворотке крови: общий холестерин, холестерин ЛПНП, холестерин ЛПВП, триглицериды, СРБ. При первичном анализе было определено, что повышение уровня всех биомаркеров приводит к увеличению риска коронарной болезни сердца. Однако не у всех пациентов, перенесших инфаркт или инсульт, наблюдались повышенные уровни биомаркеров ССЗ, что указывает на ограничения предсказательной силы такой модели и является стимулом для поиска новых предикторов развития и осложнения ССЗ.

Если пациент имел категорию риска ИБС с 0 — 1 фактором риска, то целевые значения ХС ЛПНП не должны были превышать 3,0 ммоль/л; общий холестерин менее 5,0 ммоль/л. Пациенты с множественными рисками — целевые значения ХС ЛПНП не более 2,6 ммоль/л; общий

холестерин менее 4,5 ммоль/л. Значения ХС ЛПВП меньше или равные 1,0 ммоль/л для мужчин и 1,2 ммоль/л для женщин являются маркерами риска ССЗ. Значения триглицеридов более 1,7 ммоль/л также являются маркерами риска ССЗ. Одновременно контролировался уровень гликемии у больных сахарным диабетом (менее 6,0 ммоль/л). Достижение предлагаемых жестких критериев являлось целью гиполипидемической (диетической и медикаментозной) терапии.

Выявлена достоверная прямая корреляция уровня СРБ с известными факторами риска — возрастом, интенсивностью курения, индексом массы тела, систолическим и диастолическим артериальным давлением, уровнями общего холестерина, триглицеридов. Однако в ходе анализа исходный уровень СРБ оставался существенным и независимым фактором сердечно-сосудистого риска. Учет исходного уровня СРБ, позволил улучшить прогнозирование развития сердечнососудистых заболеваний и осложнений. Например, прогностическая значимость совместного определения СРБ и индекса атерогенности (ХС/ХС ЛПВП) значительно превышает прогностическую значимость каждого из этих показателей в отдельности. Наряду с вышеизложенным следует помнить, что простое повышение уровня СРБ > 10 мг/л плазмы весьма малоспецифично, поскольку может иметь место при недавних травмах, активных инфекционных и локальных воспалительных заболеваниях, что должно учитываться при интерпретации лабораторных данных.

Вывод: Повышенный уровень биомаркеров воспаления (общий ХС, ХС ЛПВП, триглицериды, СРБ) не всегда может служить индикатором коронарной болезни сердца у геронтологической группы пациентов и должен адекватно учитываться при прогнозировании риска развития ССЗ. Уровень СРБ, триглицеридов, ХС ЛПВП у пожилых пациентов не может учитываться в полной мере при диагностике коронарной болезни сердца наряду с другими общепринятыми показателями. Таким образом, в качестве риска ССЗ ведущую роль выполняет суммарный риск сердечно-сосудистых осложнений: гиперхолестеринемия, снижение уровня холестерина ЛПВП, повышение уровня триглицеридов, нарушение толерантности к глюкозе, высокие уровни С-реактивного белка.

Задачей специалиста лабораторной диагностики является и выбор и предложение клиницисту наиболее информативного комплекса тестов для адекватной диагностики заболевания и адекватного контроля его терапии индивидуально.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Боева О. И., Чотчаева Зар. Х., Иваненко А. С., Колесников В. Н.,
Байкулова М. Х.*

Ставропольская Государственная Медицинская Академия, Ставрополь

Цель: поиск дополнительных потенциально модифицируемых клинических и социально-психологических факторов, оказывающих влияние на приверженность к гиполипидемической терапии больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с нарушениями липидного обмена.

Материалы. Под наблюдением находились 42 пациента (средний возраст $62,9 \pm 9,2$ года, 62,2% мужчин) кардиологического стационара с установленным диагнозом ИБС, либо её эквивалентом, и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $>2,5$ ммоль/л. Проводили стандартное кардиологическое обследование больных, изучали их социально-психологические характеристики, оценивали качество жизни по визуально-аналоговой шкале (EuroQol), а также наличие и тяжесть депрессии с использованием шкалы Бека. Всем пациентам рекомендовали приём симвастатина 10–20 мг. Контроль соблюдения врачебных назначений, оценка переносимости и безопасности гиполипидемической терапии проводились на амбулаторном этапе лечения через 2 месяца наблюдения. Статистическая обработка полученных данных проведена при помощи пакета прикладных программ SPSS 13.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Средний уровень ХС ЛПНП к концу периода наблюдения имел тенденцию к снижению ($p < 0,07$). 14 (33,3%) больным потребовалась коррекция дозы симвастатина. За период наблюдения 9 человек прекратили приём препарата, в 2 случаях — в связи с развитием побочных эффектов (3-кратное повышение КФК) или «высокой» стоимостью препарата, 7 пациентов — без объяснения причины. Таким образом, к концу 2-го месяца наблюдения приверженность к лечению составила 83,4%, а её снижение было достоверным ($p < 0,0001$). Более высокая частота нарушения врачебных рекомендаций отмечалась среди работающих пациентов ($p < 0,04$), не являющихся инвалидами, либо имеющих «рабочую» группу инвалидности ($p < 0,05$), в группе злоупотребляющих алкоголем, а также среди больных с признаками депрессивного состояния ($p < 0,02$) и/или невысоким (менее 50 баллов) уровнем качества жизни ($p < 0,05$). К концу 2-го месяца вероятность самостоятельного прекращения лечения симвастатином оказалась достоверно более высокой в группах зло-

употребляющих алкоголем (отношение шансов 0,25 (95% ДИ 0,12–0,76; $p < 0,001$) и депрессивных (отношение шансов 0,15; 95% ДИ 0,04–0,52; $p < 0,002$) больных.

Заключение. Очевидно, что проблема отсутствия мотивированности пациентов к лечению связана не только с их недостаточной информированностью, как принято считать, но и с определёнными социально-психологическими характеристиками, коррекция которых является необходимым условием повышения эффективности гиполипидемической терапии.

ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА СТАНОВЛЕНИЕ МОРФО-КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И СОСТОЯНИЕ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА.

Василенок А. В.

ГОУ ВПО «Рост ГМУ Росздрава», Ростов на Дону.

Цель работы: Установить значение факторов перинатальной патологии в развитии вегетативной дисфункции и синдрома дисплазии соединительной ткани сердца (СДСТС) в обследуемой группе. Определить особенности формирования и частоту встречаемости вегетативной дисфункции у обследуемых с СДСТС. Дать оценку морфометрическим параметрам и кардиогемодинамическим отношениям при различных формах малых аномалий развития соединительной ткани сердца у детей и подростков. Выявить особенности метаболических изменений газотранспортной функции эритроцитов у детей и подростков с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Определить критерии оценки степени гипоксии. Установить гемодинамические и биохимические критерии с целью доклинического выявления нарушений адаптационно-компенсаторных систем организма у детей и подростков с малыми аномалиями развития сердца и представить полученные данные в удобной для практического здравоохранения форме.

Методы исследования: Клиническое обследование осуществлялось по специально разработанной карте, включающей изучение анамнестических данных, жалоб, предъявляемых больными, а также результаты их объективного обследования. Для оценки исходного вегетативного тонуса использовали таблицу вегетативных проявлений по А. М. Вейну с соавт. (1981), модифицированную для детского возраста Н. А. Бело-

конец и М. Б. Кубергером (1987). Ультразвуковое исследование сердца и крупных сосудов проводилось по стандартной методике (Алехин М. Н., Седов В. П., 1996; Атьков О. Ю. с соавт., 1992; Капшидзе Н. Н., 1992; Митгков В. В., Сандриков В. А., 1998; Фейгенбаум Х., 1999; Шилер Н., Осипов М. А., 1993; Kaddoura S., 2001; Otto C. M. et all., 1995 и 2000). Показатели газотранспортной функции эритроцитов крови оценивали по результатам определения следующих показателей: Содержание 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ) определяли неэнзиматическим методом Duse, Bessman в модификации И. С. Лугановой, М. Н. Блинова (1975). Пировиноградную кислоту (ПВК) определяли по Фридеману и Хаугену в модификации П. М. Бабаскина (1981), результаты выражали в мкмоль/мл плотного осадка эритроцитов. Содержание молочной кислоты определяли по реакции с параоксидифенилом, описанной В. В. Меньшиковой (1987), результат выражали в ммоль/л.

Полученные результаты: Анализ перинатального периода позволил выявить различную патологию более чем у 2/3 матерей детей с СДСТС. Так, токсикоз первой половины был отмечен у 46 (33,09%), анемия у 39 (28,06%), угроза прерывания беременности у 29 (20,86%), хроническая внутриутробная гипоксия у 28 (20,14%) матерей детей с дополнительными хордами левого желудочка (ДХЛЖ). При этом в 26,6% случаев беременность протекала на фоне приема 4-х и более лекарственных средств, а воздействие радиации на одного из родителей, отмечалось у 12,9% обследуемых. При анализе перинатального периода у детей с пролапсом митрального клапана (ПМК) анемия регистрировалась у 26 (33,33%) матерей, токсикоз I половины беременности у 23 (29,49%), прием более 4-х лекарственных средств отмечался у 19 (24,36%) матерей, угроза прерывания беременности у 16 (20,51%), а нефропатия у 14 (17,95%). При оценке вегетативного тонуса у обследуемых с СДСТС преобладает исходная ваготония (46,8%-ДХЛЖ, 55,2%- ПМК), с развитием гиперсимпатикотонической вегетативной активности в 56,11% при ДХЛЖ и в 60,2% при ПМК. Нарушения ритма сердца и проводимости зарегистрированы у 66,9% обследуемых с ДХЛЖ и в 73,4% наблюдений при ПМК. Проведенный анализ морфометрических показателей сердца выявил ряд разнонаправленных изменений свидетельствующих о диспропорциональном развитии кардиальных структур в группах ДХЛЖ и ПМК. При исследовании гемодинамики установлено, при ДХЛЖ преобладал гиперкинетический вариант кровообращения выявляясь в 43,88%, гипокинетический вариант отмечался в 22,3% случаев, тогда как на долю эукинетического варианта кровообращения приходилось 33,82%. Гиперкинетический вариант кровообращения доминирует у лиц первой и вто-

рой возрастных групп, тогда как в третьей отмечается тенденция к увеличению эукинетического варианта кровообращения. При ПМК преобладает гиперкинетический тип гемодинамики, лишь у детей первой возрастной группы превалирует эукинетический вариант кровообращения. Анализ метаболических процессов установил изменения газотранспортной функции у лиц с СДСТС, отмечается достоверное увеличение содержания 2,3-ФГ, что свидетельствует о снижении сродства гемоглобина к кислороду и более полной отдаче кислорода тканям, испытывающих кислородное голодание. Снижение концентрации пировиноградной кислоты (ПВК) в крови у детей всех групп может быть связано с переключением использования триоз на синтез 2,3-ФГ, отмечено повышение уровня МК у детей старшей возрастной группы, на фоне снижения уровня ПВК и повышения уровня 2,3 ДФГ. Такой дисбаланс между снижением содержания пирувата и повышением лактата свидетельствует о формировании лактоацидоза. Таким образом определение содержания 2,3-ФГ у детей и подростков с СДСТС может служить одним из прогностических тестов.

Выводы: Частота перинатальной патологии у детей с СДСТС составляет у пациентов с ДХЛЖ 68,34%, а у пациентов с ПМК 74,1%, причем полученные результаты достоверно превышают данные контроля. Выявлено наличие более чем у половины детей с СДСТС вегетативной дисфункции, независимо от возрастного периода и типа конституции характеризующейся исходной ваготонией с гиперсимпатикотонической направленностью вегетативной реактивности. Анализ ЭхоКГ показателей свидетельствует о дисгармоничности развития кардиальных структур у лиц с СДСТС. Так, установлено достоверное увеличение объемных и скоростных параметров систолической функции сердца у детей и подростков с СДСТС. У детей и подростков всех возрастных групп независимо от формы аномалии развития сердца наиболее часто, в сравнении с контрольной группой, формируется гиперкинетический вариант кровообращения и лишь в первой возрастной группе ПМК, а также у юношей с ДХЛЖ превалирующим типом гемодинамики является эукинетический. Определены нарушения метаболического обеспечения газотранспортной функции эритроцитов и признаки развития гипоксии. В пользу данных изменений свидетельствуют увеличение содержания уровня 2,3-ФГ, изменение коэффициента лактат/пируват во всех исследуемых группах. Полученные результаты позволяют использовать показатели кардиогемодинамики и метаболических изменений как индикаторов адекватности систем адаптации организма, с целью предотвращения риска развития жизнеугрожающих состояний.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Волкова Н. И., Сорокина Ю. А., Давиденко И. Ю., Харахаиян А. В.
Кафедра внутренних болезней № 3 ГОУ ВПО Росздрава РостГМУ,
Ростов-на-Дону*

Цель исследования: выявить возможные предрасполагающие факторы развития БИМ у больных СД 2 типа.

Методы исследования: В исследование включено 152 пациента с СД 2 типа, находившихся на лечении в городском эндокринологическом центре, среди них 93 женщины и 59 мужчин, средний возраст составлял — $58,7 \pm 0,7$ лет, а средний стаж диабета — $7,2 \pm 0,5$ лет. Все больные были разделены на три группы: 1—74 больных с «изолированным» СД 2 типа; 2—35 пациентов с СД 2 типа и БИМ, 3—43 больных с СД 2 типа и болевой формой ИБС. В качестве методов исследования использовались: шкала для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А. М., 1991 г.), шкала нейропатического дисфункционального счета (NDS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Из лабораторных данных учитывался уровень гликированного гемоглобина (HbA1 C) ($N < 6-7\%$), уровень свободного инсулина в крови (ИРИ) ($N=4,0-25,0$ мкМЕ/мл), а так же рассчитывались индексы инсулинорезистентности — Саго и НОМА. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.0 с использованием критерия χ^2 . Данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты: При анализе данных по шкале Вейна было выявлено, что наличие синдрома вегетативной дистонии имеет место у большинства (85,1% — 88,2%) больных, но достоверной разницы между этими группами не найдено ($p > 0,05$). По шкале NDS поражения периферической нервной системы в виде сенсомоторной нейропатии (СМН) имеет место у 94,7% больных общей выборки. Выраженная СМН достоверно чаще встречалась у больных с различными формами ИБС, чем с изолированным вариантом СД 2 типа ($p < 0,05$). Согласно шкале HADS наличие тревоги и депрессии отмечалось более чем у половины больных (55,9% и 51,3% соответственно). У больных стенокардией достоверно чаще встречается субклинически выраженная тревога ($p < 0,05$), чем в других группах больных. Клинически выраженная депрессия достоверно чаще преобладала в группе больных со стенокардией ($p < 0,05$), а субклиническая депрессия — у пациентов с безболевым ИБС ($p < 0,05$), по сравнению

с другими группами. Повышенный уровень HbA1 C отмечался у преобладающего большинства пациентов (74,3% — 83,7%), при этом достоверных различий между группами не выявлено ($p > 0,05$). Уровень ИРИ оставался нормальным более чем у половины больных (68,6%-86%). Нормальные показатели ИРИ преобладали во всех группах больных ($p < 0,05$). Повышенная инсулинорезистентность отмечалась при снижении индекса Саго и повышению индекса НОМА у 85,1%-90,7% и 54,3%-66,2% пациентов соответственно. Достоверно чаще повышение индекса НОМА отмечалось в группах больных с стенокардией и «изолированным» СД 2 типа ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Самым частым вариантом нейропатии у больных СД с различными формами ИБС является СМН.

2. У больных с различными формами ИБС на фоне СД 2 типа достоверно чаще, чем у больных с изолированным

СД 2 типа, имеет место выраженная степень СМН ($p < 0,05$).

3. У больных со стенокардией на фоне СД 2 типа достоверно чаще встречаются субклинические формы тревоги и клинические формы депрессии, чем у больных других групп ($p < 0,05$).

4. Нет достоверных различий между группами по выявлению повышенного уровня HbA1 C и ИРИ, а так же усиления инсулинорезистентности по данным индексов НОМА и Саго ($p > 0,05$).

5. Среди всех рассмотренных нами предрасполагающих факторов развития безболевого формы ИБС достоверно значимым можно считать лишь проявление субклинической депрессии ($p < 0,05$).

СИНДРОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Волкова Н. И., Давиденко И. Ю., Волкова Т. В., Зибарев А. Л.

*Кафедра внутренних болезней № 3 ГОУ ВПО Росздрава РостГМУ,
Ростов-на-Дону*

Гиперальдостеронизм — клинический синдром, обусловленный повышенной секрецией альдостерона. Различают вторичный и первичный гиперальдостеронизм. Распространенность первичного гиперальдостеронизма (ПГА) у больных с артериальной гипертензией (АГ) — около 10%, а среди симптоматических АГ — более 30%. При этом в реальной практике ПГА диагностируется редко из-за объективных и субъективных причин.

Больной Х. 44 года, поступил в Ростовский-на-Дону городской эндокринологический центр (ГЭЦ) МЛПУЗ «Городская больница № 4» в плановом порядке с диагнозом Сахарный диабет 2 тип, II степени тяжести с жалобами на слабость, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, тяжести и шум в голове на фоне повышенных цифр АД. Из анамнеза известно, что в течение 2 х лет пациент страдает артериальной гипертензией. В феврале 2010 года прошел комплексное обследование, по результатам которого на СРКТ органов брюшной полости и малого таза было выявлено опухолевое образование правого надпочечника, а также незначительное повышение уровня альдостерона (423,45 пг/мл). В ходе дальнейшей диагностики были определены уровни метанефрина и норметанефрина в суточной моче, которые оказались в пределах нормы. Однако на этом исследования были прекращены без выставления какого-либо диагноза.

В ГЭЦе у пациента, после достижения компенсации углеводного обмена, на первый план вышла неконтролируемая артериальная гипертензия. Больному было проведено суточное мониторирование АД, по результатам которого среднее значение составило 150/95 мм.рт.ст. на фоне 4-х компонентной антигипертензивной терапии, что позволило предположить симптоматический характер АГ. Учитывая объемное образование надпочечников, неконтролируемый характер течения АГ, для исключения первичного гиперальдостеронизма (ПГА), больному было проведено следующее обследование. После отмены всех антигипертензивных препаратов, способных повлиять на уровень альдостерона и ренина, отказа от бессолевой диеты, у больного были определены уровень альдостерона и активность ренина плазмы (АРП) с последующим подсчетом альдостерон-ренинового соотношения (АРС). АРП составили 0,4 нг/мл/час, уровень альдостерона был > 2000 (норма 25–315) пг/мл. И, таким образом, АРС составил 5000, что согласно клиническим рекомендациям, является подтверждением диагноза ПГА и свидетельствует о гормональной активности опухоли правого надпочечника (альдостероме). При этом уровень калия остался в пределах нормы, что бывает в 50% случаев данного заболевания.

Таким образом, больной Х. был выписан из стационара с основным диагнозом Сахарный диабет 2 тип, II степени тяжести; первичный гиперальдостеронизм (опухоль правого надпочечника), с рекомендациями по оперативному лечению (адреналэктомия).

Проанализировав данный клинический случай, невольно вспоминаются следующие слова «В процессе ошибки — создается правило, несоблюдение правил, приведет к очередным ошибкам».

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

*Волкова Н. И., Батюшин М. М., Тимошенкова И. Д.
ГОУ ВПО «РостГМУ Росздрави», г. Ростов-на-Дону.*

Во всем мире происходит рост числа больных хроническими заболеваниями, и не исключением является сахарный диабет. В России, по данным Государственного регистра, в 2008 году зарегистрировано около 3 миллионов пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, при этом за последние 8 лет численность больных с сахарным диабетом увеличилась на 40% и, по прогнозам, количество больных с СД будет только увеличиваться. А, следовательно, будет увеличиваться число пациентов с поздними осложнениями этого заболевания. В настоящее время основной причиной смерти этих больных является микро- и макрососудистые осложнения, одним из которых является диабетическая нефропатия.

Цель. Оценить распространенность и выявляемость диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом в реальной практике.

Материалы и методы. На базе Городского эндокринологического центра нами было проведено скрининговое обследование 166 больных сахарным диабетом 1 и 2 типа (СД1 и СД2) без верифицированной нефропатии. Пациентов с СД1 было 50 человек в возрасте от 18 до 70 лет, из них 17 мужчины и 33 женщины, средний возраст больных составил $33,6 \pm 14,4$ года. Длительность СД1 от 0,1 года до 30 лет, в среднем $11,03 \pm 10,8$ лет. Количество пациентов с СД2 было 116 в возрасте от 40 до 83 лет, из них 35 мужчины и 81 женщины, средний возраст больных составил $59 \pm 8,8$ года. Длительность СД2 от 1 месяца до 30 лет, в среднем $9,5 \pm 7$ лет. Объем обследования включал: стандартные антропометрические показатели (рост, вес, индекс массы тела, окружность талии и бедер), измерение каузального уровня артериального давления (АД); определение концентрации глюкозы натощак и через 2 часа после приема пищи, HbA1c, уровня креатинина плазмы, гемоглобина (Reflotron plus), микроальбуминурии («Уробел»), рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (по формуле Кокрофта-Голта) и клиренс креатинина. Помимо этого было проведено анкетирование больных, направленное на выявление факторов риска развития диабетической нефропатии (длительность заболевания, контроль глюкозы и гликозилированного гемоглобина, наличие гипогликемий, обучение в Школе сахарного диабета, частоты определения микроальбуминурии (МАУ), уровня АД и др.).

Результаты. Как и следовало ожидать, большинство больных СД2 (89,6%) имели ожирение различной степени выраженности по абдоминальному типу, у пациентов СД1 ожирение было выявлено только в 20%. Компенсация углеводного обмена была зафиксирована только у 47% с СД1 и у 31,3% с СД2, у остальных уровень HbA1c в среднем составил $9,2 \pm 1,7\%$ у пациентов с СД2 и $9,4 \pm 1,9$ у пациентов с СД1. Диабетическая нефропатия на различных стадиях была диагностирована у 34% больных СД1 и у 42% с СД2. Обращает на себя внимание, что клинически значимая нефропатия II стадии была выявлена у 8% (СД1), 8,8% (СД2), а III стадии — 0% (СД1) и 2,7% (СД2). Длительность заболевания на момент выявления диабетической нефропатии III стадии в среднем составила $14,6 \pm 2,5$ лет. У 40% пациентов с СД1 и 89,6% с СД2 отмечалось повышение АД и только 68,2% пациентов с СД2 и 60% с СД1 получали регулярное гипотензивное лечение.

Выводы. Таким образом, учитывая все выше изложенное можно сделать вывод о низкой выявляемости такого грозного осложнения сахарного диабета, как диабетическая нефропатия даже в стадии азотемии. А также недостаточном контроле за углеводным обменом и артериальной гипертензией у обследованных больных сахарным диабетом. Мы видим решение данной проблемы в проведении ряда мероприятий, направленных как на привлечение внимания врачей к данной проблеме, так и на повышение знаний пациентов по управлению собственным заболеванием (обучение в школе Диабета).

ЦЕНА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Волкова Н. И., Джериева И. С., Тимошенкова И. Д.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

г. Ростов-на-Дону

В приемное отделение одной из городских больниц бригадой скорой медицинской помощи был доставлен пациент П., 52 лет в крайне тяжелом состоянии. Больной предъявлял жалобы на выраженную одышку, давящие боли за грудиной, редкий кашель с отделением розовой мокроты, повышение температуры тела до 39°C . Заболел накануне вечером, когда во время физической нагрузки появились и постепенно нарастали вышеперечисленные жалобы. Из анамнеза жизни стало известно, что в школьном возрасте перенес ревматизм. Объективно: температура тела — $38,1^\circ\text{C}$, ортопноэ. Кожные покровы бледные.

ЧДД —29 в мин. Аускультативно-симметричные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах, на фоне жесткого дыхания. На верхушке сердца — систоло-диастолический шум. ЧСС=110 в мин. АД =110/60 мм. рт. ст. Отеки стоп и нижней трети голеней. Был выставлен предварительный диагноз «Полисегментарная двухсторонняя пневмония». Однако, учитывая острое начало на фоне полного благополучия, нельзя было исключить ТЭЛА мелких ветвей, острый инфаркт миокарда и инфекционный эндокардит. Выполненные: анализ плазмы крови на Д-димер, тропониновый тест, и ЭКГ позволили исключить первые два заболевания.

С целью исключения инфекционного эндокардита (с разрушением клапана или отрывом хорды) больной был консультирован сосудистым хирургом, который рекомендовал проведение УЗИ сердца. По результатам которого было выявлено: тотальная недостаточность МК на фоне отрыва хорд ЛЖ. (генез- инфекционный эндокардит?) На створках МК визуализировались множественные дополнительные подвижные экоструктуры (вероятнее всего, вегетации). Дилатация левых отделов сердца. Гипокинез верхушечных отделов ЛЖ, глобальная систолическая функция ЛЖ скомпенсирована.

С результатом УЗИ пациент был направлен на повторную консультацию к кардиохирургу, который выставил диагноз: Вторичный инфекционный эндокардит на фоне хронической ревматической болезни сердца. Комбинированный митрально-трикуспидальный порок сердца с преобладанием недостаточности ТК, МК. Рекомендовано: дообследование (иммунограмма, посев крови на стерильность, УЗИ органов брюшной полости и др.), продолжение консервативного лечения, повторная консультация после стабилизации состояния с целью решения вопроса о хирургическом лечении (протезирование МК).

Учитывая тяжесть состояния и по настоятельной рекомендации врача терапевтического стационара, пациент был направлен на очередную консультацию в центр кардиохирургии. Больному было проведено доплерэхокардиографическое исследование, по результатам которого была выявлена тотальная недостаточность МК, что согласно рекомендациям по профилактике и лечению инфекционного эндокардита (в редакции от 2009 г), является показанием для проведения экстренного хирургического лечения.

Но, только в результате длительных переговоров, больной все-таки был переведен в специализированный кардиохирургический стационар, где ему проводили дообследование, и продолжали консервативное лечение, по окончании которого, учитывая явления «остаточной пневмонии»,

пациент был выписан для долечивания в поликлинику, с рекомендацией проведения хирургического лечения **в плановом порядке**.

Данным клиническим случаем нам бы хотелось привлечь внимание к соблюдению рекомендаций по ведению пациентов с такой тяжелой патологией, как инфекционный эндокардит. На наш взгляд, целесообразно внедрять повсеместно те методы лечения, эффективность которых несомненна с позиции доказательной медицины.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

*Гагаркина Л. С., Царенок С. Ю., Горбунов В. В., Плюснина О. Б.,
Намжилцэргенова Н. С., Кошечкина О. Д.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия,
г. Чита, Россия*

Цель нашей работы: Изучить приверженность к терапии (антиангинальной, дезагрегантной, гиполипидемической) пациентов с хронической коронарной недостаточностью после проведения чрескожной транслюминальной ангиопластики со стентированием (ЧТКА).

Материалы и методы: В исследование включено 42 пациента с ИБС, имеющих в анамнезе ЧТКА, находившихся на лечении в отделении кардиологии дорожной клинической больницы на станции Чита-2, отделении сердечнососудистой хирургии краевой клинической больницы в 2009 году. Оценивались такие показатели, как регулярность приема препаратов, объем терапии, потребность в нитратах.

Полученные результаты: Среди пациентов преобладали мужчины (38 человек), ЧТКА проведено в течение 2009 года 12 пациентам, более 3 лет назад — 10 пациентам. В 6 случаях при контроле коронароангиографии выявлены рестенозы артерий спустя 1–2 года после вмешательства. 80 % пациентов регулярно принимали дезагреганты и статины. Из дезагрегантов чаще всего пациенты получали комбинированную дезагрегантную терапию (аспирин в сочетании с клопидогрелем, всего 25 пациентов, из них 60 % — пациенты, подвергшиеся стентированию в 2009 г), в 17 % случаев пациенты принимали аспирин, в 10 % — зилт (в основном из-за имеющихся противопоказаний к аспирину). В группе больных, принимающих только аспирин, доля

пациентов, госпитализированных в стационар по поводу прогрессирующей стенокардии такова же, как и в группе пациентов, не получающих дезагреганты (50% и 57% соответственно).

Статины регулярно принимали 34 пациента, но лишь у 9 из них достигнут целевой уровень общего холестерина (менее 4,5 ммоль/л) и липопротеидов низкой плотности (Хс ЛПНП, менее 2,6 ммоль/л). Из пациентов, не получающих статины, большая часть — из группы с рестенозами.

В качестве антиангинальной терапии большинство пациентов получали р-адреноблокаторы (30 человек, из них 9 — в сочетании с пролонгированными нитратами). Антагонисты кальция получали 6 пациентов, из них 3 — в качестве монотерапии. Нитраты регулярно принимали 9 пациентов, из них 5 нуждались в постоянном приеме пролонгированных нитратов, остальные пользовались нитратами эпизодически.

Выводы: 1. Более 80% пациентов регулярно принимали рекомендованные препараты. Однако в группе пациентов, постоянно принимающих аспирин, доля больных, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии, практически такая же, как в группе, не получающих дезагреганты. Возможно, это связано с наличием у данных пациентов аспиринорезистентности, что требует назначения других антитромботических препаратов.

2. Большинство пациентов после ЧТКА продолжают регулярный прием статинов. Однако лишь в 26% случаев достигнут целевой уровень общего холестерина, ЛПНП. Это свидетельствует о недостаточно эффективном контроле терапии на амбулаторном этапе (не осуществляется коррекция дозы, а при сохраняющихся изменениях не назначается комбинированная гиполипидемическая терапия).

В качестве антиангинальной терапии преобладающее число пациентов принимали р-адреноблокаторы. У 21% пациентов выявлена потребность в нитратах, что может косвенно указывать на низкую толерантность к физическим нагрузкам у данной категории больных.

В группе пациентов с рестенозами доля больных, не принимающих регулярно препараты, достоверно выше.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Гагаркина Л. С., Царенок С. Ю., Горбунов В. В., Плюснина О. Б.,
Намжилцыренова Н. С., Кошечкина О. Д.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, г. Чита,
Россия*

Цель нашей работы: Изучить приверженность к терапии (антиангинальной, дезагрегантной, гиполипидемической) пациентов с хронической коронарной недостаточностью после проведения чрескожной транслюминальной ангиопластики со стентированием (ЧТКА).

Материалы и методы: В исследование включено 42 пациента с ИБС, имеющих в анамнезе ЧТКА, находившихся на лечении в отделении кардиологии дорожной клинической больницы на станции Чита-2, отделении сердечно-сосудистой хирургии краевой клинической больницы в 2009 году. Оценивались такие показатели, как регулярность приема препаратов, объем терапии, потребность в нитратах.

Полученные результаты: Среди пациентов преобладали мужчины (38 человек), ЧТКА проведено в течение 2009 года 12 пациентам, более 3 лет назад — 10 пациентам. В 6 случаях при контроле коронароангиографии выявлены рестенозы артерий спустя 1–2 года после вмешательства. 80% пациентов регулярно принимали дезагреганты и статины. Из дезагрегантов чаще всего пациенты получали комбинированную дезагрегантную терапию (аспирин в сочетании с клопидогрелем, всего 25 пациентов, из них 60% — пациенты, подвергшиеся стентированию в 2009 г), в 17% случаев пациенты принимали аспирин, в 10% — зилт (в основном из-за имеющихся противопоказаний к аспирину). В группе больных, принимающих только аспирин, доля пациентов, госпитализированных в стационар по поводу прогрессирующей стенокардии такова же, как и в группе пациентов, не получающих дезагреганты (50% и 57% соответственно).

Статины регулярно принимали 34 пациента, но лишь у 9 из них достигнут целевой уровень общего холестерина (менее 4,5 ммоль/л) и липопротеидов низкой плотности (Хс ЛПНП, менее 2,6 ммоль/л). Из пациентов, не получающих статины, большая часть — из группы с рестенозами.

В качестве антиангинальной терапии большинство пациентов получали Р-адреноблокаторы (30 человек, из них 9 — в сочетании с пролонгированными нитратами). Антагонисты кальция получали 6 пациентов, из них

3 — в качестве монотерапии. Нитраты регулярно принимали 9 пациентов, из них 5 нуждались в постоянном приеме пролонгированных нитратов, остальные пользовались нитратами эпизодически.

Выводы:

1. Более 80% пациентов регулярно принимали рекомендованные препараты.

Однако в группе пациентов, принимающих постоянно аспирин, доля больных, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии, практически такая же, как в группе, не получающих дезагреганты. Возможно, это связано с наличием у данных пациентов аспиринорезистентности, что требует назначения других антитромботических препаратов.

2. Более пациентов после ЧТКА регулярно принимали статины. Однако лишь в 26% случаев достигнут целевой уровень общего холестерина, ЛПНП. Это свидетельствует о недостаточно эффективном контроле терапии на амбулаторном этапе: нет коррекции дозы статинов, либо требуется комбинированная гиполипидемическая терапия у данной категории пациентов.

3. В качестве антиангинальной терапии преобладающее число пациентов принимали Р-адреноблокаторы. У 21% пациентов выявлена потребность в нитратах, что может косвенно указывать на низкую толерантность у этих больных к физическим нагрузкам.

4. В группе пациентов с рестенозами доля больных, не принимающих регулярно препараты, достоверно выше. Что еще раз доказывает необходимость регулярного приема дезагрегантов, статинов.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Гайдукова И. З.

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава»,
г. Саратов*

Цель — выявить наличие субклинически протекающего атеросклеротического процесса у больных ПсА, оценить особенности факторов риска развития сердечно — сосудистых заболеваний у данных больных, а также показать влияние системного воспаления на формирование атеросклероза в данной популяции.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов с диагнозом ПсА (CASPAR, 2006) и 22 практически здоровых чело-

века. Средний возраст больных — $43,1 \pm 11,42$ года (M+SD), здоровых лиц — $41,33 \pm 13,8$ года. Средняя длительность заболевания — 12,4 лет [7,0;31,0] (Me [Q25; Q75]). Группы сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ, уровню АД. Изучали следующие показатели жесткости артерий на основании анализа свойств пульсовой волны (артериограф Тензиомед, Венгрия): индекс аугментации в аорте (A₁а₀); индекс аугментации плечевой артерии (A₁х_b); скорость пульсовой волны в аорте (PWV_{а0}); длительность периода изгнания левого желудочка (ED). Определяли ТИМ сонных артерий в 3 точках, общий холестерин (ОХ, ммоль/л), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП, ммоль/л), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, ммоль/л), холестерин липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП, ммоль/л), уровень триглицеридов крови (ТГ, ммоль/л). Рассчитывали индекс атерогенности (ИА): (ОХ-ЛПВП)/ЛПВП. Активность ПсА оценивали с определением индекса DAS₄, активности по ВАШ и по шкале LICKERT, определяли число болезненных суставов (ЧБС) из 76 и число припухших суставов (ЧПС) из 74 (индекс Ричи). Исследовали уровни С-РБ, общий анализ крови (ОАК).

Результаты. У больных ПсА A₁а₀ составил $+23,85 \pm 14,85$, A₁х_b — $14 \pm 13,94$, у здоровых лиц — A₁а₀ $+19,29 \pm 10,73$ ($p=0,1$) и A₁х_b — $31,26 \pm 25,36$ ($p=0,04$). A₁х_b повышен у 71,3% больных, A₁а₀ — у 65%. Выявлены взаимосвязи A₁а₀ с ЧПС ($r=0,32$; $p=0,017$), ЧБС ($r=0,3$; $p=0,02$), индексом DAS₄ ($r=0,29$; $p=0,037$), наличием системных проявлений ($r=0,28$; $p=0,047$), дактилитом ($r=0,23$; $p=0,03$), длительностью заболевания ($r=0,32$; $p=0,017$), A₁х_b взаимосвязан с наличием системных проявлений ($r=0,31$; $p=0,036$) и возрастом начала заболевания ($r=-0,39$; $p=0,036$). У 32,1% больных ПсА выявили наличие атеросклеротических бляшек в 31,2% случаев, у здоровых лиц атеросклеротические бляшки выявлены не были. Средняя величина ТИМ у больных ПсА составила $0,73 \pm 0,11$ мм, у здоровых — $0,63 \pm 0,12$ мм ($p<0,05$). Выявлены взаимосвязи между ТИМ и СОЭ ($r=0,79$; $p=0,06$), фибриногеном ($r=0,66$; $p=0,37$), наличием системных проявлений ($z=0,87$; $p<0,0001$), наличием увеита ($z=0,88$; $p<0,0001$), возрастом начала заболевания ($z=-0,61$; $p=0,02$). ОХ у больных ПсА составил $5,63 \pm 1,27$ ммоль/л, у здоровых лиц — $5,28 \pm 0,57$ ммоль/л, $p=0,05$. У больных ПсА в 11,6% имелось выраженное повышение уровня ОХ, в 16,3%-умеренное, в 39,5% — повышение ОХ легкой степени. У здоровых лиц в 50% случаев — легкое повышение уровня ОХ, в 50% — нормальные показатели ОХ. У больных ПсА не выявлено снижения уровня ЛПВП, повышение ЛПНП (более 3,5 ммоль/л) отмечено в 32,5%, ЛПОНП — в 41,5%. У здоровых

лиц снижение ЛПВП выявлено в 50% случаев, повышение ЛПНП — в 64,3% случаев. Установлены взаимосвязи между ОХ и активностью по ВАШ ($r=0,35$; $p=0,03$), ОХ и ЧПС ($r=0,33$; $p=0,04$), ОХ и фибриногеном ($r=0,37$; $p=0,03$). ЛПНП были связаны с СОЭ ($r=0,3$; $p=0,04$), ЛПОНП — с возрастом начала заболевания ($r=-0,36$; $p=0,02$). Уровень ТГ взаимосвязан с энтезитом ($r=0,37$; $p=0,02$) и дактилитом ($r=0,56$; $p<0,001$). Повышение ИА выявлено у лиц контроля в 20% случаев, у больных ПсА — в 2,5% случаев.

Выводы. У больных ПсА имеется раннее и выраженное развитие атеросклероза, связанное с классическими факторами сердечно-сосудистого риска (артериальной гипертензией, дислипидемией, ИМТ), а также — с активностью и длительностью персистенции системного воспаления в опорно-двигательном аппарате.

КОНТРОЛЬ ПЕЙСМЕКЕРНОЙ АКТИВНОСТИ

*Галлеев И. В., Цулейскири Л. О., Свиридова Е. П., Асланян С. Л.,
Попова Т. В., Игнатьева И. Г., Голубовский В. В., Комлев А. В.
ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Ростов-на-Дону*

На 2009 год в кардиологическом отделении было заявлено внедрение методики контроля пейсмекерной активности при применении ингибиторов ионных токов I_f при ишемической болезни сердца с наличием у больного тахикардии и при сочетании ИБС с ХОБЛ, при котором синусовая тахикардия обусловлена повышением сосудистого сопротивления в легочных сосудах и повышением давления в легочной артерии.

Изучалась клиническая эффективность и улучшение прогноза у больных с ИБС.

В настоящее время заявлены, как минимум, 4 класса препаратов, улучшающих прогноз пациентов с коронарной патологией. Это антиагреганты, липидснижающие препараты, ингибиторы АПФ, β -блокаторы.

Между действием β — блокаторов и Кораксаном выявляется принципиальное отличие, позволяющее использовать Кораксан в тех случаях, когда β -блокаторы не могут быть использованы из-за их побочных эффектов.

β -блокаторы препятствуют связыванию норадреналина с рецепторами, тормозят активность аденилатциклазы, снижают содержание циклического АМФ в клетках, и тем самым уменьшают число открытых каналов

и урежают ЧСС. Но одновременно с этим снижается сократительная способность миокарда, снижение АД, увеличение периферического сопротивления сосудов, спазм мускулатуры бронхов, т. е. обладают системным действием на органы и системы.

В связи с этим использование β -блокаторов невозможно или ограничено у пациентов с нормальным или пониженным АД, бронхиальной астмой, ХОБЛ, эректильной дисфункцией, заболеванием периферических артерий, сахарным диабетом, депрессией.

В отличие от механизма действия β -блокаторов I_f ингибиторы действуют на f каналы ингибируя ток ионов из клетки наружу, что замедляет скорость диастолической деполяризации и снижает ЧСС. Кораксан селективен в отношении f -каналов синусового узла, не влияет на другие фазы потенциала действия и не обладает инотропной активностью и системным действием.

Препарат Кораксан использовался нами как препарат выбора при стабильной стенокардии или при её сочетании с ХОБЛ, когда β -блокаторы были противопоказаны.

Было отмечено снижение ЧСС и на этом фоне полное устранение или урежение приступов стенокардии.

При лечении старались достигнуть целевой ЧСС 55–60 в минуту. При этом сохранилась нормальная реакция на физическую нагрузку. Не происходило сужения коронарных артерий при физической нагрузке и адекватно прирастало ЧСС. Улучшение наступало и у пациентов с ХОБЛ, у которых механизм развития синусовой тахикардии иной. Кораксан использовался и в комбинации с β -блокаторами у пациентов с ИБС и дисфункцией левого желудочка.

В одном случае использовали Кораксан у пациента с СССУ, тахи-брадиформой и имплантированным ЭКС, у которого на фоне стойкой тахикардии отмечались частые приступы стенокардии до 5–7 в сутки. Применение Кораксана привело к полному исчезновению приступов стенокардии.

Эффективность препарата оценивалась ВЭМ у более молодого контингента пациентов, тестом 6-минутной ходьбы, суточным мониторингом ЭКГ.

Во всех случаях выявлялось повышение толерантности к физической нагрузке и снижение ФК стабильной стенокардии и ФК ХСН (увеличилась дистанция теста 6-минутной ходьбы).

Считаем, что I_f ингибиторы могут быть использованы у геронтологической группы пациентов как препарат выбора для устранения синусовой тахикардии и улучшения прогноза заболевания и, в связи с этим снижения риска сердечно-сосудистой смерти, инфаркта миокарда и ХСН.

СТАРЧЕСКИЙ АМИЛОИДОЗ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Галлеев И. В., Цулейскири Л. О., Свиридова Е. П., Асланян С. Л.,
Комлев А. В., Попова Т. В., Игнатьева И. Г., Голубовский В. В.,
Бахтеева Е. Р.*

*Государственное учреждение здравоохранения «Госпиталь
для ветеранов войн»*

Ростовской области, г. Ростов-на-Дону В последние несколько лет участилось поступление в госпиталь больных старческого возраста с симптомокомплексами не совсем укладывающимися в классическую систолическую ХСН.

У всех больных имелись различные нарушения ритма и проводимости, рефрактерная ХСН, чаще тотальная, приступы стенокардии, склонность к артериальной гипотонии. При этом при ЭХО КГ отсутствуют выраженная гипертрофия левого и правого желудочков, но имеется перегрузка обоих предсердий и нормальная или незначительно сниженная сократительная способность миокарда левого желудочка (ФВ 40–50%). При оценке степени нарушения диастолы посредством измерения трансмитрального диастолического потока чаще выявлялась псевдонормализация ($E/A=1-2$). Все это указывало на жесткость миокарда.

На ЭКГ выявлялись снижение вольтажа и инфарктоподобные изменения (наличие патологического зубца Q), при отсутствии зон гипо- и акинеза по данным ЭХО КГ. Все это позволяло заподозрить старческий амилоидоз, который относится к первичному и при котором 1-м органом-мишенью является сердце и, в частности, предсердия.

Вторым по частоте поражения органом-мишенью являются почки. У всех больных отмечалась умеренная или высокая протеинурия при скудном мочевом осадке. В крови повышение уровня креатинина, мочевины.

При наличии ХПН, нефротического синдрома обращало на себя внимание отсутствие УЗИ-признаков нефросклероза. У 3-х пациентов отмечалась макроглоссия.

За три года гистологическое исследование на присутствие амилоидоза в меди артерий и периваскулярной соединительной ткани проводилось 28 больным (брали слизистую прямой кишки).

В 21 случае амилоидоз подтвержден.

При наличии у больных сопутствующих заболеваний, таких как туберкулез, ХОБЛ, ревматоидный артрит, хронический остеомиелит, выставился диагноз вторичный амилоидоз.

При лечении ХСН у больных с амилоидозом мы сталкиваемся с резистентностью, так как чаще имеем дело с диастолической недостаточностью, не позволяющей использовать терапию при «классической» систолической недостаточности. В патогенетическом лечении диастолической сердечной недостаточности основной акцент делается на ИАПФ, блокаторы рецепторов АТ II и антагонисты альдостерона, которые снижая активность РААС через АТ II и альдостерон замедляют процесс ремоделирования миокарда. Ухудшение расслабления левого желудочка ведет к уменьшению ударного объема и сердечного выброса и следовательно к артериальной гипотонии, что затрудняет использование ИАПФ, особенно в целевых дозах, тем более, что при первичном амилоидозе часто поражается вегетативная нервная система с развитием синдрома ортостаза. В-адреноблокаторы так же не могут быть применены, так как не вызывают расслабления миокарда левого желудочка и по причине наличия АВ-блокад или СССУ.

Блокаторы кальциевых каналов, из-за своего отрицательного инотронного действия и артериальной гипотензии могут только усугубить резистентность ХСН. Мочегонные препараты с учетом артериальной гипотензии не могут использоваться в адекватных дозах.

Таким образом, лечение сердечной недостаточности, обусловленной амилоидозом является трудной задачей.

По аутопсийным данным амилоидоз в сердце выявляется у лиц старше 60 лет в 49,6%, чаще у женщин), в возрасте 75–98 лет до 85–90%. В связи с постарением населения с этой проблемой мы будем встречаться чаще.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РОСТОВСКОМ ГОСПИТАЛЕ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ДР. ЗАБОЛЕВАНИЙ

*И. В. Галеев, Л. Ю. Балека, Л. О. Цулейскири, Е. В. Юношева,
Т. Г. Карацуба, В. Н. Петрова
ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Ростов-на-Дону*

Физические факторы все прочнее утверждаются как высоко эффективные методы профилактики, лечения и реабилитации больных с самыми различными заболеваниями. Они успешно применяются в госпитале у геронтологического контингента больных для купирования состояний, обусловленных 8–14 заболеваниями, патогенетически связанными между собой, и благоприятно влияют на процессы компенсации сердечнососудистой, дыхательной, иммунной, эндокринной и других систем.

Уникальное оборудование — магнитотерапевтическая установка «МАГНИТОТУРБОТРОН», над созданием которого трудились лучшие умы России — «золотой» стандарт физиотерапии — совершенно новый подход к лечению, воздействующий **одновременно на целый спектр** заболеваний. Общесистемное воздействие магнитным полем достигается за счет размещения пациента внутри индуктора большого диаметра, что позволяет влиять на все системы организма (эндокринную, сердечно-сосудистую, нервную, лимфатическую, а также обмен веществ и окислительно — восстановительные процессы). «Магнитотурботрон» успешно применяется при наличии сопутствующих интеркуррентных заболеваний, когда обычная практика предполагает назначение нескольких физиотерапевтических процедур. Лечебный эффект ощущается, как правило, даже после первых двух процедур: уменьшаются головные боли, боли в позвоночнике, суставах, снижается артериальное давление у гипертоников, нормализуется сон, поднимается настроение. Процедура проходит в два этапа. Первый этап, более кратковременный, может быть определен как период выброса эндорфинов. Второй — тормозной, когда более выражен седативный эффект, сопровождающийся сонливостью. Процедура длится от 10 до 20 минут, в зависимости от назначенного количества циклов. После процедуры отмечается прилив сил, бодрости. Индукция, используемая в установке, от 1,5 до 3 мТл (в обычных терапевтических аппаратах она равна 10–25 мТл) более физиологична, но здесь больше площадь воздействия. Создается вращающееся магнитное поле (как и на нашей Земле). Индукция нарастает постепенно в течении цикла (как выбрасывается квантами свет на планете или работает наше сердце систола — диастола). Частота магнитного поля 100 Гц приближается к биоритмам клеток. Такая техническая характеристика делает аппарат более физиологичным, отсюда — практически отсутствие побочных эффектов. В течение года на «Магнитотурботроне» было пролечено 222 больных, что составило 8,6% от больных получивших физиотерапевтическое лечение в госпитале. Исходы лечения выглядел и следующим образом: улучшение отмечалось у 90,5% пациентов, без перемен выписано 1,9% индивидуальная непереносимость отмечалась у 7,6%.

Индивидуальная непереносимость проявлялась у больных в виде усиления головокружений, головных болей, слабости, появления тошноты. Некоторым больным лечение было прекращено в связи с усилением головокружения; через 2–3 дня возобновлен прерванный курс общесистемной магнитотерапии и благополучно завершен

с результатом «улучшение». Т.о. к группе больных с индивидуальной непереносимостью надо подходить более дифференцированно.

Оптимальные результаты были достигнуты в лечении больных с последствиями ОНМК, ЧМТ и травмами позвоночника. Улучшение отмечалось в 100 % случаев. Наиболее чувствительна к проведению магнитотерапии нервная система. При этом изменяется условно — рефлекторная деятельность мозга с преимущественным развитием тормозных процессов в ЦНС. У больных развивается уменьшение эмоционального напряжения, улучшается сон, повышается устойчивость мозга к гипоксии. Легкая черепно-мозговая травма вызывает структурно-функциональные расстройства в ЦНС и приводит к развитию нейро-висцеральной патологии. Часто отмечающиеся у таких больных синдром позвоночной артерии и цервикалгии уменьшаются за счет уменьшения импульсации из болевого очага при расположении больного в магнитном поле аппарата (восстановления эфферентных проводников болевой чувствительности). Умеренно выраженные когнитивные расстройства, обусловленные ДЭП I и II степени, успешно корректируются сосудистым компонентом действия МП — значимым снижением тонуса сосудов малого калибра и повышением объемного кровенаполнения в бассейне позвоночных артерий. На втором месте по результатам лечения находились больные с остеохондрозом, ИБС, ГБ, ДГПЖ — 90 %-94 %.

Создаваемое в установке «Магнитотурботрон» МП оказывает гипотензивное действие, обусловленное расслаблением гладкомышечной мускулатуры стенок сосудов, и снятием спазма в результате нормализации показателей нейро-гуморальной регуляции. Улучшение кровотока происходит благодаря и другому патогенетическому звену — улучшению реологических свойств крови, его дезагрегационному и гипокоагуляционному эффекту. Клетки крови (эритроциты, тромбоциты) имеют отрицательный заряд. В результате различных заболеваний клетки приобретают шероховатость, теряют свой электрический потенциал, изменяется магнитное поле вокруг них. Появляется тенденция к склеиванию эритроцитов, тромбоцитов — образованию монетных столбиков, что весьма часто проявляется у пожилых (склонность к тромбообразованию). Под воздействием МП в крови возникают слабые токи, увеличивая скорость движения крови по сосудам. Из-за увеличения скорости кровотока, питательные вещества и O₂, растворенные в крови, быстрее достигают органов и тканей, а токсические продукты быстрее удаляются, что приводит к улучшению обмена веществ целого организма. Это видно уже буквально через 2–3 дня, когда больной

приходит на повторный прием к физиотерапевту — сразу меняется цвет кожных покровов — клетки начали работать.

МП — положительно влияет на работу сердца, уменьшает потребность миокарда в О₂ и увеличивает коронарный кровоток МП — благотворно влияет на механизмы возникновения различных заболеваний с учетом его седативного, гипотензивного и дезагрегационного воздействий.

Наименее результативным явилось лечение больных с деформирующими остеоартрозами — положительный эффект отмечался в 80 % случаев. Клинический эффект наступал у этих больных в более поздние сроки, обычно после 4-й процедуры и выражался в регрессе болезненности, увеличении объема движения в суставах, уменьшению спазма прилежащих мышц и отечности тканей. Следует отметить стойкий эффект последствия физиотерапевтического фактора, в зависимости от возраста, сопутствующей патологии, который продолжается от 6 мес. до 3–4 лет.

Лечение на «МАГНИТОТУРБОТРОНЕ» проводится у большой группы больных как при опухолевых (в том числе послеоперационных периодах, для предотвращения побочных эффектов при лучевой терапии и т. д.), так и неопухолевых заболеваниях. Противопоказаний мало: индивидуальная непереносимость, острые инфекции, недостаточность кровообращения II Б — III ст., заболевания крови, повышенная кровоточивость.

Общесистемная магнитотерапия дает ощутимый экономический результат за счет снижения медикаментозной нагрузки, сокращения сроков лечения, не использования комбинированной физиотерапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Глова С. Е., Педенко И. В., Накорнеева А. А., Мемарнишвили А. И.
МЛПУ ГБСМП № 2, РостГМУ Росздрава, г. Ростов-на-Дону.*

Увеличивающееся в современном обществе число лиц пожилого и старческого возраста ставит приоритетной задачей решение проблем здоровья данной когорты населения. Известно, что распространенность ИБС имеет положительную корреляционную связь с возрастом. По ряду данных существует прямая связь между постарением контингента больных и возра-

стающей обширностью поражения миокарда: в 2–2,5 раза стало больше случаев развития осложненного течения заболевания.

Целью нашей работы являлось выявление клинических особенностей течения ОИМ у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Основная группа исследования представлена 42 больными с установленным диагнозом ОИМ, госпитализированными в 1-е кардиологическое отделение МЛПУ ГБСМП№ 2 в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст $73,63 \pm 2,36$ года). В исследование включались пациенты, поступившие в первые сутки заболевания. Диагноз ОИМ ставился в соответствии с критериями ВОЗ на основании клинической картины, данных ЭКГ и методов лабораторной диагностики. Согласно классификации возрастов ВОЗ, данная группа была разделена на две возрастные подгруппы: пожилого и старческого возраста. Пожилых пациентов (от 60 до 74 лет) было 25 человек. Средний возраст данной подгруппы составил $67,32 \pm 1,06$ года, и в нее вошли 20 мужчин и 5 женщин. Больных старше 75 лет (старческий возраст) было 17 человек (средний возраст $79,36 \pm 1,42$ года, 9 мужчин и 8 женщин). Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel — 2007, программы для обработки статистических материалов «Биостат».

Результаты. Анализ жалоб пациентов при поступлении в стационар свидетельствует о том, что у большинства пациентов пожилого возраста (57%) преимущественной жалобой была интенсивная давящая боль за грудиной, значительно реже наблюдалась пекущая боль (16,6%). Чувство дискомфорта в области груди было у 4-х больных. У 66,6% пациентов боль сопровождалась различными симптомами: резкой слабостью, холодным потом, головокружением, удушьем. Обращали на себя внимание клинические проявления ОИМ у пациентов старше 75 лет. В этой подгруппе пациентов симптомокомплекс несколько изменяется: достоверно увеличивается ($p < 0,05$) число больных с отсутствием боли в груди, наличием легочных осложнений, по сравнению с пациентами пожилого возраста. Так, безболевая форма ОИМ отмечена у 5 больных старческого возраста, у 2-х отмечался астматический дебют болезни. Кроме того, у 5 пациентов развитие ОИМ происходило по аритмическому типу, у 2-х по абдоминальному типу и у 1-го по цереброваскулярному. Таким образом, из 17 больных старческого возраста у 15 (88,2%) начало ОИМ было атипичным.

Выводы. У пациентов старческого возраста, в отличие от пожилых, достоверно чаще наблюдается атипичное клиническое течение ОИМ, что необходимо учитывать при диагностике ОИМ в данной возрастной группе.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

*Глова С. Е., Тирацуйан С. М., Дейникина Т. Н., Мосинцева М. И.,
Хаишева Л. А., Шлык С. В.
РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия.*

В настоящее время проблема ожирения становится все более актуальной для врачей практически всех специальностей, так как выражена тенденция к увеличению числа лиц с избыточной массой тела. Согласно данным ВОЗ примерно 30% жителей Земли имеют избыточную массу тела. Поэтому в ближайшее время ожирение может стать ведущим фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. У значительной части пациентов ожирение является предиктором развития метаболического синдрома, а кардиометаболические эффекты адипоцитов могут ускорять развитие сердечно-сосудистого континуума на всех его этапах.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин в зависимости от индекса массы тела.

Материалы и методы. Нами была обследовано 632 женщины (средний возраст $55,44 \pm 18,37$ года), принявших участие во Всероссийской акции «Здоровые сердца», по выявлению факторов риска ССЗ. Оценивались уровень систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), общий холестерин (ОХС), глюкоза, окружность талии (ОТ), величина индекса массы тела (ИМТ). В зависимости от величины ИМТ обследуемые были разделены на три группы: I группа — с нормальным ИМТ (18,5–24,9) — 183 человека, II группа — обследуемые, с избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9) — 263 человек, III группа — обследуемые с ожирением (ИМТ 30 и более) — 185 человека. Процедура статистической обработки полученных данных проводилась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0, Biostat и электронных таблиц Excel, 2007.

Результаты. Распространенность гиперхолестеринемии, гипергликемии, систолической артериальной гипертензии (САГ), в группе обследуемых с избыточной массой тела и ожирением была достоверно выше по сравнению с группой женщин с нормальным ИМТ ($p < 0,05$). При сравнении распространенности гиперхолестеринемии, гипергликемии, САГ в группах с ожирением и избыточной массой тела достоверных отличий найдено не было ($p > 0,05$). Распространенность диастолической артериаль-

ной гипертонии (ДАГ), увеличенного ОТ в группе с избыточной массой тела была достоверно выше по сравнению с группой женщин с нормальным ИМТ ($p < 0,001$). При этом, распространенность диастолической артериальной гипертонии (ДАГ), увеличенного ОТ в группе с ожирением была достоверно выше по сравнению с женщинами с избыточной массой тела ($p < 0,001$). Установлено, что средний уровень общего холестерина у обследуемых с избыточной массой тела ($5,41 \pm 1,26$) и ожирением ($5,52 \pm 1,1$) был достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с обследуемыми с нормальной массой тела ($4,9 \pm 1,41$). При сравнении средних значений общего холестерина в группах с избыточной массой тела и ожирением достоверных различий найдено не было ($p > 0,05$). Средние значения уровня глюкозы у обследуемых с избыточной массой тела ($5,97 \pm 1,72$) и ожирением ($6,28 \pm 2,29$) были достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с обследуемыми с нормальной массой тела ($5,49 \pm 0,79$). При сравнении средних значений глюкозы крови в группах с избыточной массой тела и ожирением достоверных различий найдено не было ($p > 0,05$). Средний уровень САД у респондентов с избыточной массой тела ($87,05 \pm 9,62$) и ожирением ($99,63 \pm 10,16$) по сравнению с группой респондентов с нормальной массой тела ($74,25 \pm 8,83$) достоверно выше ($p < 0,001$). При этом, средние значения ОТ в группе с ожирением достоверно выше, по сравнению с группой с избыточной массой тела ($p < 0,001$). Средний уровень ДАД у респондентов с избыточной массой тела ($83,73 \pm 13,12$) и ожирением ($88,27 \pm 11,62$) по сравнению с группой респондентов с ИМТ в норме ($76,74 \pm 13,08$) был достоверно выше ($p < 0,001$). При этом, средний уровень ДАД в группе с ожирением достоверно выше, по сравнению с группой с избыточной массой тела ($p < 0,001$). Достоверно более высокие средние значения ОТ были установлены у респондентов с избыточной массой тела ($87,05 \pm 9,62$) и ожирением ($99,63 \pm 10,16$) по сравнению с группой респондентов с нормальной массой тела ($74,25 \pm 8,83$) ($p < 0,001$). При этом, средние значения ОТ в группе с ожирением были достоверно выше, по сравнению с группой с избыточной массой тела ($p < 0,001$). При корреляционном анализе выявлена связь средней силы между ИМТ и уровнем ОХС ($r=0,56$), ИМТ и уровнем САД ($r=0,45$), ИМТ и уровнем ДАД ($r=0,46$), слабой силы между ИМТ и уровнем глюкозы ($r=0,38$) ($p < 0,05$), а также сильная связь между ИМТ и ОТ ($r=0,78$) ($p < 0,05$).

Выводы. Наличие избыточной массы тела и ожирения достоверно способствует увеличению распространенности гиперхолестеринемии, гипергликемии, САГ и ДАГ. У респондентов с избыточной массой тела и ожирением по сравнению с обследуемыми с нормальной массой тела регистрировались достоверно более высокие средние значения уровня общего холестерина, глюкозы, САД и ДАД, ОТ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ

*Глова С. Е., Бучужури Л. В., Чернова Е. А., Мокина Л. Г., Шлык С. В.
Ростовский Государственный Медицинский Университет,
Ростовский дом-интернат № 2 для престарелых и инвалидов,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Цель исследования. Оценить эффективность проведения реабилитационных мероприятий у пациентов, проживающих в геронтологическом медико-социальном отделении дома-интерната для престарелых и инвалидов

Материалы и методы. Проведена оценка соматического, социально-го и психологического статуса 30 пациентов в возрасте от 60 до 89 лет, проживающих в геронтологическом социально-медицинском отделении Ростовского дома-интерната № 2 для престарелых и инвалидов. На основе проведенных исследований для всех пациентов с участием специалистов (гериатр, терапевт, физиотерапевт) разработана программа реабилитации с учетом особенностей каждого пациента, которая помимо медикаментозной терапии, включает лечебную физкультуру и занятия в тренажерном зале, физиотерапевтические (лазерное лечение, магнитотерапия, ультразвуковая терапия, кислородотерапия, электролечение) и психологические методы лечения (коррекция когнитивных функций и мыслительных процессов, коррекция эмоциональной сферы и стимулирование сенсорной чувствительности, символдрама, обучение коррекции и самостоятельной стабилизации психического и соматического состояния). Процедура статистической обработки полученных данных проводилась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0, Biostat и электронных таблиц Excel, 2007.

Результаты исследования. Среди проживающих в отделении преобладают пациенты пожилой возрастной группы (60–74 года) — 81%, по сравнению со старческой возрастной группой (75–89 лет) — 19% и женщины — 73% по сравнению с мужчинами — 28%. Снижение или полная потеря трудоспособности выявлены у 19% проживающих, из них 1 группа инвалидности у 1 человек, 2 группа — у 5 человек. При оценке субъективных жалоб пациентов в ходе реабилитационного процесса установлена тенденция к уменьшению частоты головной боли, болей в области сердца, перебоев в работе сердца, утомляемости, а также достоверное уменьшение частоты нарушений сна и эмоциональной лабильности ($p < 0,05$). При

оценке качества жизни, связанного со здоровьем с помощью Европейского опросника качества жизни EQ-5 D, установлено достоверное увеличение качества жизни пациентов по показателю визуальной аналоговой шкалы EQ-5 D ($p < 0,05$). Оценка эмоционального статуса пациентов в ходе реабилитации с помощью шкалы самооценки Спилбергера показала уменьшение показателей реактивной тревожности ($p < 0,05$), определяющей наличие напряжения, беспокойства, нервозности.

Выводы.

Проведение реабилитационных мероприятий у пациентов, проживающих в геронтологическом медико-социальном отделении дома-интерната для престарелых и инвалидов в течение 6 месяцев позволяет улучшить качество жизни, уменьшить количество субъективных жалоб и показатели реактивной тревожности, что способствует лучшей адаптации пациента к условиям дома-интерната.

Разработанную программу реабилитации пожилых пациентов можно рекомендовать для использования в клинической практике работы геронтологических отделений.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Городецкая Е. В., Скибицкий В. В.

*Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар, Россия*

Цель исследования. Сравнить влияние блокаторов ренин-ангиотензиновой системы (РАС) на диастолическую функцию у больных артериальной гипертонией, сочетанной со стабильной ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. Обследовано 60 больных (средний возраст $55,2 \pm 5,9$ лет) артериальной гипертонией в сочетании с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения II ФК), рандомизированных на две группы. Пациенты первой группы ($n=30$), получали комбинацию ингибитора АПФ (зофеноприл 30 мг/сут) и бета-блокатора (метопролол сукцинат 50 мг/сутки), второй группы ($n=30$) — антагониста рецепторов к ангиотензину II (вальсартан 80 мг/сут) и бета-блокатора (метопролол сукцинат 50 мг/сутки) в течение 6 месяцев. Дополнительно все

обследованные получали статины и аспирин. Эхокардиографическое исследование проводилось с помощью аппарата «Sonolain G 50» датчиком с частотой колебания 3,5–5 мГц. Диастолическая функция левого желудочка (ЛЖ) оценивалась в импульсном режиме доплер-ЭХОКГ. Анализировались следующие параметры трансмитрального кровотока: пиковая скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (пик Е), пиковая скорость предсердного диастолического наполнения ЛЖ (пик А), коэффициент Е/А. Активная релаксация ЛЖ оценивалась по продолжительности времени изоволюметрического расслабления (ВИР).

Результаты. Через 6 месяцев лечения количественные характеристики показателей диастолической функции претерпели изменения: в первой группе выявлено достоверное увеличение скорости пика Е на 15% (с 0,58 до 0,68; $p < 0,05$), уменьшение скорости пика А на 5% (с 0,75 до 0,71; $p < 0,05$) и увеличение Е/А на 12% (с 0,8 до 0,91; $p < 0,05$). Во второй группе изменения показателей диастолической функции ЛЖ были достоверно более выраженными ($p < 0,05$), чем у пациентов первой группы, что проявлялось увеличением скорости пика Е на 14% (с 0,61 до 0,71; $p < 0,05$), уменьшением скорости пика А на 12% (с 0,69 до 0,61; $p < 0,05$) и увеличением Е/А на 28% (с 0,86 до 1,2; $p < 0,05$). Достоверной разницы динамики показателей ВИР между группами не установлено. В обеих группах преобладал «ригидный» тип нарушения диастолической функции ЛЖ.

Заключение: Назначение комбинированной антигипертензивной терапии, включающей блокаторы РАС, при сочетанной патологии сопровождалось однонаправленной положительной динамикой параметров диастолической функции ЛЖ, однако выраженность этих изменений преобладала у пациентов, получавших антагонист рецепторов к ангиотензину II.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРОВ РЕНИН- АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Городецкая Е. В., Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Спирулуос Н. А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Цель исследования — оценить эффективность комбинированной антигипертензивной терапии, основанной на ингибиторе АПФ (иАПФ) или антагонисте рецепторов к ангиотензину II (АРА) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной со стабильной ИБС.

Материал и методы исследования. В исследование включено 100 пациентов обоего пола с АГ 2 степени, сочетанной со стабильной ИБС (стенокардия напряжения II–III ФК). Исключались больные с нестабильной стенокардией, снижением фракции выброса <50%, перенесенным инфарктом миокарда, нарушениями ритма сердца, сахарным диабетом, вторичной АГ. Средний возраст больных: $55,2 \pm 5,9$ лет. Длительность течения АГ — $6,7 \pm 4,6$ лет, длительность ИБС — $5,5 \pm 3,2$ лет.

Пациенты были рандомизированы на две группы: группа 1 (n=50) получала иАПФ зофеноприл 30 мг/сут (Зокардис, Берлин Хеми) и кардиоселективный р-адреноблокатор метопролол сукцинат 50 мг/сут (Беталок ЗОК, Astra Zeneka); группа 2 (n=50) — пациенты, получавшие АРА вальсартан 80 мг (Диован, Novartis) и ме-топролол сукцинат 50 мг/сут (Беталок ЗОК, Astra Zeneka). Дополнительно все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту 125 мг/сутки и розувастатин 20 мг/сутки (Крестор, Astra Zeneka). Исходно и через 6 месяцев соответствующей терапии проводились общеклиническое обследование, биохимическое исследование крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) по стандартному протоколу.

Результаты. Исходно среднесуточные показатели АД не различались между группами 1 и 2— $159,9 \pm 1,2/96,2 \pm 1,1$ и $161,4 \pm 0,9/97,5 \pm 0,7$ мм рт.ст. соответственно. Через 6 месяцев лечения указанные показатели достоверно снизились в обеих группах до $127,3 \pm 1,1/78,1 \pm 0,83$ и $129,4 \pm 0,8/79,2 \pm 0,5$ мм рт.ст. соответственно. У 84,7% пациентов группы 1 и у 93,5% группы 2 АД достигло целевого уровня. Динамика частоты сердечных сокращений (ЧСС) различалась между группами — дневная и ночная ЧСС в группе 1 в процессе лечения достоверно не изменилась, напротив в группе 2 наблюдалось снижение ЧСС на 9,3% ($p < 0,05$) и на 7,7% ($p < 0,05$) соответственно.

Индекс времени (ИВ) систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления исходно превышал нормальные значения, но через 6 месяцев терапии среднесуточные показатели ИВ САД и ИВ ДАД более выражено снизились во второй группе ($-60,5\%$ vs $-38,2\%$, $p < 0,05$) и ($-59,6\%$ vs $-42,3\%$, $p < 0,05$) соответственно.

Изменение variability среднесуточного САД и ДАД имело однонаправленный характер — показатель достоверно снизился в обеих группах. Положительная динамика суточных профилей АД во второй группе проявлялась увеличением с 40% до 80% количества пациентов с типом dipper, устранением варианта night-peaker и уменьшением числа больных с типом non-dipper с 27 до 10%. У пациентов первой группы положительная динамика суточного профиля АД была менее выражена.

Заключение. Таким образом, у больных артериальной гипертонией, сочетанной со стабильной ИБС комбинированная антигипертензивная терапия с использованием блокаторов ренин-ангиотензиновой системы является высоко эффективной. Однако антигипертензивный эффект и позитивная динамика среднесуточных показателей АД были более выраженными при терапии, включающей вальсартан по сравнению с лечением, основанным на зофеноприле.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

*Горюнич С. Д., Чубарян В. Т., Тальникова О. Е.
ГУЗ «Специализированная туберкулёзная больница» РО,
г. Ростов-на-Дону.*

Цель исследования: выявление, профилактика и медикаментозная коррекция патологических проявлений в сердечной деятельности при проведении комбинированной противотуберкулёзной химиотерапии у больных с различными формами туберкулёза лёгких (инфильтративной, диссеминированной, фиброзно-кавернозной) с учётом высокой нагрузки ХТ.

Методы исследования: физикально-соматические, лабораторно-инструментальные, ЭКГ-динамический контроль и рентгенологический. Исследование проводилось у 144 больных с впервые выявленными формами туберкулеза лёгких и начиналось при поступлении в стационар. В группу обследуемых включены лица без сопутствующих хронических соматических заболеваний, не употребляющие наркотики и алкоголь, не курящие совсем или более 1 года. **Больные получали ХТ по основным 4-м режимам лечения. Режим I.** Впервые выявленный туберкулёз лёгких: МБТ (+) в микроскопии мокроты. I этап — интенсивная фаза (2 мес.): **HRZS/E**. II этап — фаза продолжения (4–6 мес.): **4 HR; 4 H3 R3; 6 HE**. **Режим IIА.** При (+) результате микроскопии мокроты, получавшие ранее ХТ, но имеющие невысокий риск ЛУ МБТ, рецидивы, отсутствие признаков прогрессирования. I этап — (3 мес.): **2 HRZES+1 HRZE**. II этап — (5 мес.): **5 HRE; 5 H3 R3 E3**; интермитирующий курс 3 раза/нед. **Режим II Б.** С (+) результатом микроскопии мокроты; высокий риск ЛУ МБТ; рентгенологический прогресс процесса на фоне ХТ. I этап — (3 мес.): **2 HRZE+Pt+Cap/K/A+Fq**. II этап — (6–9 мес.). **Режим III.** Впервые выявленный туберкулёз лёгких с (-) результатом микроскопии мокроты. I

этап — (2 мес.): **2 HRZE**. II этап — (46 мес.): **4 HR; 4 H3 R3; 6 HE. Режим VI**. Больные с МБТ (+) с МЛУ (5 мес.); min. 5 препаратов; сохранена чувствительность МБТ. **6 ZEPtCap/AFq (Rb), (Cs), (PAS)**. II этап — (тремья ПТП — зависит от ЛУ — min 12 мес.): **12 EPtFq; 12 RbCsPAS**. У 62 больных, начавших принимать ПТП ХМТ амбулаторно, при поступлении отмечалась ортостатическая гипотония (**Et** или **Pt**), ноющие боли в области сердца, тахикардия, повышение АД у 45 больных (**K**), снижение АД и повышение показателей вязкости крови у 56 больных **®**, подъём системного АД и ЛАГ у 27 больных (**H**), у 5 больных на фоне в/венного введения (**ПАСК**) была купирована прогрессирующая **ССН**. 23 из общего числа пациентов получали препараты резервной группы (**Fq**), у всех отмечалось удлинение интервала **Q — T** на ЭКГ, у 21 — усиление тахикардии, у всех отмечалась транзиторная артериальная гипотензия, у одного — миграция предсердного водителя ритма с политопной желудочковой экстрасистолой. Негативные эпизоды сердечной деятельности превалировали при режимах **HRZS** — у 25 и **HRZE** — у 26 больных. При поступлении в стационар все 144 начали получать с целью подавления возможных побочных действий ХТ: пиридоксин 50 мг — 1 мл в/венно ежедневно до N 10 суток, далее по 10 мг в табл. 1 р/день в течение всего курса ХТ, мексидол 5%-2 мл в/венно 1 р/день медленно струйно, 113 — милдронат — в капсулах по 500 мг 2 р/сутки в течении 2-х месяцев; Предуктал MB 35 мг 1 раз утром в течение всего курса ХТ. ГКМПС получили 64 в начале лечения курсом до 2-х недель; повторно через 2–2.5 мес. 45 больных с АГ I-Пст. получили «Стамло М» 5 мг 1 раз утром, у 34-х больных целевые средне-суточные САД и ДАД (120–110/75–65) достигнуты на 8–11-е сутки; у 11-ти больных — на 15-е-18-е сутки. 86 больных получали Афобазол 10 мг 3 раза/сутки в течение 4-х недель, 34 пациента — Верошипирон 25 — 50 мг 3 раза/сутки.

Результаты: нормализация СР: 65–80/минуту у 48 больных, 81–90 — у 62-х и 91–96 у 34-х больных; нормализация Q-T-интервала через 1 месяц — у 84-х, через 2 месяца — у 136 больных, у 8 больных Q-T-интервал близок к N. Транзиторная артериальная гипотензия наблюдалась редко: у 7 больных — 9 коротких эпизодов (у 2-х — дважды) за 2 месяца.

Заключение: при курсах ХТ необходима постоянная поддерживающая кардиотерапия препаратами с антиоксидантной, аннтигипосической, мембраностабилизирующей, анксиолитической, ангиопротективной, кардиометаболической активностью; по показаниям — курсы дезинтоксикационной терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

Горюнич С. Д., Саенко Г. И., Чубарян В. Т.
ГУЗ «Специализированная туберкулёзная больница» РО,
г. Ростов-на-Дону.

Цель исследования: определение особенностей лечения легочно-сердечной недостаточности на фоне длительно проводимой комбинированной противотуберкулёзной терапии у больных с хроническим деструктивным туберкулёзом лёгких.

Методы исследования. Данные физикально-соматического, лабораторно-инструментального, ЭКГ-динамического контроля, рентгенологического обследования с применением кардиотропной и терапии. Обследовано 105 больных ФКТ (фиброзно-кавернозным туберкулёзом) лёгких с признаками ЛС различной степени тяжести: мужчин — 76 (72,38%), женщин — 29 (27,62%). Процент ЛС с «сухой декомпенсацией» составил: у мужчин 96,71%, у женщин 93,62% дефицит массы тела: у 12 мужчин до 10%, у 36 до 20%, у 11 более 20% у 7 женщин до 10%, у 22 до 20%, у 11 более 20%. У больных туберкулезом с ЛС комплексная терапия включала ряд основных позиций: 1) лечение основной патологии — хронического деструктивного туберкулёза; 2) улучшение гемодинамики в МКК; 3) улучшение функции бронхиального дерева; 4) коррекция реологических свойства крови; 5) профилактика гипоксической дистрофии миокарда. Адекватная ПТТ проводилась 4-мя — 6-ю препаратами: изониазидом, пиперазидом, этамбутолом, рифампицином, стрептомицином, ПАСК. Т. К. указанные препараты отрицательно влияют на измененную мышечную ткань сердца и создают дополнительный токсический фактор, усугубляющий имеющееся у больных туберкулезом напряжение в свертывающей системе крови, химиотерапия подбиралась строго индивидуально, рационально. Профилактика гипоксической дистрофии миокарда: 250,0–500,0 мл 5%-р-ра глюкозы с 5–6 ЕД инсулина в/венно с 500 мг аскорбиновой к-ты, длительность инфузий до 20 дней пантотенат кальция, токоферол, кокарбоксилаза 100–150 мг в инфузионной смеси в/венно, АТФ 1% р-р в/мышечно, препараты калия (калия хлорид 4% 20–30 мл в инфузионной смеси в/венно), далее —таблетированно аспаркам, панангин, вит. «С», Вiон 3 в поддерживающих дозах до 3 месяцев; сульфокамфокаин 10% —2,0 мл в/мышечно до20 дней, метаболические антиишемические ср-ва: милдронат 500 мг инфузионно до 20 дней, далее — в капсулах

по 500 мг 2 раза/день до 3 месяцев, рибоксина р-р 2% 20 мл, инфузионно до 20 дней, далее — таблетированно в поддерживающих дозах, по 2–3 месяца. Лечение декомпенсированного ЛС начинали с в/венного введения сердечных гликозидов (коргликон 0,06% — 1,0 мл — 0,5 мл/сутки) затем переходили на небольшие дозы таблетированных препаратов (дигоксин) — 1–1/2 таблетки в сутки. Т. к. терапевтическая доза сердечных гликозидов у больных ЛС близка к токсической, выполнялась ЭКГ для динамического контроля. Больные туберкулезом легких с ЛС хорошо переносили небольшие дозы гликозидов в/венно, хороший эффект отмечен при использовании гликозидов в каплях (дозы — индивидуальные). Диуретические препараты назначали при ЛС только при отсутствии «сухой декомпенсации». Для улучшения реологических свойств крови назначали фроксипарин, гепарин 5000–2500 ЕД 4 р/сутки, пентоксифиллин под динамическим контролем системы свёртывания крови.

Полученные результаты. При фиброзно-кавернозной форме: у 81 больного (77,14%) процесс развития ЛС с «сухой декомпенсацией» стабилизировался длительно на определённом уровне.

Заключение. При лечении больных ФКТ лёгких в комплексную терапию обязательно нужно включать кардиотропный комплекс для лечения легочно-сердечной недостаточности (ЛС).

КАРДИОСОСУДИСТАЯ ПРОТЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Горюнчик С. Д., Чубарян В. Т., Тальникова О. Е.

*ГУЗ «Специализированная туберкулёзная больница» РО,
г. Ростов-на-Дону.*

Цель исследования: верифицирование, профилактика и коррекция кардиотоксического действия противотуберкулезных препаратов (изониазид, пиразинамид, этамбутол, рифампицин, аминогликозиды, протионамид, фторхинолоны и др.), проявляющегося в изменении ритма и проводимости, функций сосудистого эндотелия, тонуса гладкой и поп/полосатой мускулатуры ССС.

Методы исследования: физикально-соматические, лабораторно-инструментальные, ЭКГ-динамический и рентгенологический. Обследование проводилось у 288 больных с впервые выявленными формами туберкулеза лёгких и начиналось при поступлении в стационар. Больные получали ХТ по основ-

ным 4-м режимам лечения. У 124 больных, начавших принимать ПТП ХТ амбулаторно, при поступлении: ортостатическая гипотония (**Et** или **Pt**), ноющие боли в области сердца, тахикардия, повышение АД у 90 больных (**K**), снижение АД и повышение показателей вязкости крови у 112 больных **@**, подъём системного АД и ЛАГ у 54 больных (**H**), у 10 больных на фоне в/венного введения (**ПАСК**) была купирована прогрессирующая **ССН**. 46 пациентов получали препараты резервной группы (**Fq**), у всех отмечалось удлинение интервала **QT** на ЭКГ, у 42 — усиление тахикардии, у всех отмечалась транзиторная артериальная гипотензия, у одного — миграция предсердного водителя ритма с политропной желудочковой экстрасистолией. Негативные эпизоды сердечной деятельности превалировали при режимах **HRZS** — у 50 и **HRZE** — у 52 больных. При поступлении все 288 с целью подавления возможных побочных действий ХТ получали: Предуктал МВ 35 мг 2 р/утром в течении всего курса ХТ ПТП, пиридоксин 50 мг-1 мл в/венно ежедневно до N 10, далее по 10 мг в табл. 1 р/день в течении всего курса ХТ, мексидол 5%-2 мл в/венно 1 р/день медленно струйно, далее — мексикор 125 мг 3 р/сутки (капс., табл.) № 10–20; милдронат-226 больных-в капсулах по 500 мг 2 р/сутки в течении 2-х месяцев; 172 больных получали Афобазол 10 мг 3 раза/сутки в течении 4-х недель, с повторными курсами через 1–3 месяца; ГКМПС получило 128 человека в начале лечения курсом до 2-х недель с глюкозоконтролем, повторно через 2–2.5 мес. 90 больных с АГ I-Пст. получили Стамло М 5 мг 1 р/утром, у 68-х больных целевые среднесуточные САД и ДАД (120–110/75–65) достигнуты на 8–11-е сутки; у 22-ти больных-на 15-е-18-е сутки. 34 пациента — Верошпирон 25 — 50 мг 3 р/сутки (42-до3-х недель, 24-до25 мг 2 р/день постоянно).

Результаты: нормализация СР: 65–80/минуту у 96 больных, 81–90-у 124-х и 91–96 у 68-х больных; нормализация QT-интервала через 1 месяца-у 168-х, через 2 месяца-у 272 больных, у 16 больных QT-интервал близок к N. Транзиторная артериальная гипотензия наблюдалась редко: у 14 больных-9 коротких эпизодов (в т. ч. у 4-х-дважды) за 2 месяца. ИМТ достиг средней N у 196, нижних границ — у 62-х, положительный набор веса, на 5–7 кг у 30 пациентов.

Заключение: с целью профилактики наиболее часто возникающих симптомов со стороны сердечнососудистой системы с **начальных этапов** и в течение всего основного курса ХТ ПТП предлагаем ввести в стандарты режимы лечения больных ТЛ **препараты кардиососудистой протекции:** Триметазидин 35 мг в качестве постоянной базовой терапии; мексикор 125 мг 3 р/сутки № 10–20; милдронат 500 мг 2 р/сутки до 2-х месяцев. В качестве дополнительной усиленной и симптоматической терапии кардио- и органотоксических общих проявлений — тиоктацид 600 мг/сутки

до одного месяца; гептрал 400 мг/сутки № 10–30; кардиометаболические препараты: рибоксин 2%, дофамин 0,5%, кокарбоксилаза 100–200 мг/сутки. При возникновении НСР рекомендуется симптоматическая терапия: применение α -Р-блокаторов, калийсодержащие препараты.

Вывод: Для полноценного курса ХТ ПТП необходимо ввести в стандарт лечения больных легочными формами туберкулёза постоянную терапию препаратами с антиоксидантной, антигипосической, мембраностабилизирующей, анксиолитической, ангиопротективной, кардиометаболической активностью.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ

*Горюнчик С. Д., Саенко Г. И., Чубарян В. Т.
ГУЗ «Специализированная туберкулёзная больница» РО,
г. Ростов-на-Дону.*

Цель исследования: определение особенностей клинического течения легочного сердца (ЛС) на фоне проводимой комбинированной противотуберкулёзной терапии у больных с различными формами туберкулёза лёгких: (инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный).

Методы исследования. Данные получены при физикально-соматическом, лабораторно-инструментальном, ЭКГ-динамическом контроле и рентгенологических методах исследования. Обследование проводилось у 288 больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких, признаками ЛС различной степени тяжести, из них 175 мужчин (средний возраст 47,9 года, от 16 лет до 76 лет), 113 женщин (средний возраст 42,4 года, от 20 лет до 72 лет). Обследованные по формам туберкулёза лёгких распределялись следующим образом: инфильтративный туберкулёз лёгких: 197 больных (68,28%), диссеминированный туберкулёз лёгких — 72 больных (24,95%), фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких — 19 больных (6,59%). Начиналось обследование с момента поступления больных в стационар. Использовались физикально-соматические, лабораторно-инструментальные и рентгенологические методы, ЭКГ-динамический контроль. В обследуемую группу вошли пациенты, имеющие следующую сопутствующую патологию: ИБС, стенокардия напряжения и покоя (2,46%), постинфарктный (4,72%), атеросклеротический и постмиокардитический кардиосклероз (20,23%), ревматическая болезнь сердца с пороками митрального, аортального, трикуспидального клапа-

нов сочетанные и с недостаточностью различной степени (1,51%), неревматические пороки сердца и миокардиодистрофии (38,15%), диабетическая КМП (3,99%), гипертоническая болезнь I, II, III ст. и артериальная гипертензия различного генеза (20,25%), СССУ (0,76%), прочие нарушения сердечного ритма и мерцательные аритмии, этиопатогенетически не связанные с развитием ЛС (7,93%).

Полученные результаты: у 288 пациентов с впервые выявленным туберкулёзом лёгких ранние и более развитые формы ЛС, в т.ч. с «сухой декомпенсацией» выявлены в следующих соотношениях: при инфильтративной форме туберкулёза лёгких — у 135 больных (68,75%), при диссеминированной форме туберкулёза лёгких — у 60 больных (56,07%), при фиброзно-кавернозной форме туберкулёза лёгких — у 15 больных (77,14%).

Заключение. У первично выявленных больных туберкулёзом лёгких процент ЛС с «сухой декомпенсацией» составляет: при инфильтративной форме туберкулёза лёгких у мужчин 29,56%, у женщин 35,81%, при диссеминированной — у мужчин 74,81%, у женщин 61,85%, при фиброзно-кавернозной — у мужчин 96,71%, у женщин 93,62%. Объясняется это двумя основными моментами:

прямой зависимостью ЛС от степени тяжести формы туберкулёза лёгких и связанным с ней усилением выведения почками ионов натрия;

вследствие нарастания гипоксемии, изменений белковых фракций сыворотки крови, нарушением проницаемости клеточных мембран под действием эндотоксина микобактерии туберкулёза. Следовательно, характерная для течения активного туберкулёза лёгких «сухая декомпенсация» при ЛС является клинически неблагоприятным фактором, требующим немедленной кардиотропной терапии в комплексном лечении туберкулёза лёгких.

РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Горюнчик С. Д., Чубарян В. Т., Тальникова О. Е.

ГВЗ «Специализированная туберкулёзная больница» РО,

г. Ростов-на-Дону.

Цель исследования: профилактика и коррекция кардиотоксического действия противотуберкулезных препаратов (ПТТ: изониазид, пиперазин, этиамбутол, рифампицин, аминогликозиды, протионамид, фторхино-

лоны, ПАСК; химиотерапия — ХТ ПТТ — подбиралась строго индивидуально, рационально), проявляющегося в ранних изменениях ЭКГ.

Методы исследования. ЭКГ-динамического контроль на протяжении всего курса лечения с кратностью — 1 раз в месяц на фоне химиотерапии ПТТ у 288 больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких, из них 175 мужчин (средний возраст 47,9 года, от 16 лет до 76 лет), 113 женщин (средний возраст 42,4 года, от 20 лет до 72 лет). В обследуемую группу на момент поступления в стационар вошли лица с сегментом ST в норме: на изолинии в стандартных (у всех), в отведениях от конечностей: депрессия до 0,5 мм, (у 74-х женщин и 113 мужчин), подъем до 1 мм (у 39 женщин и 62-х мужчин) в первые 2 недели лечения ХТ ПТТ.

В начале 3-й — 4-й недель ХТ ПТТ отмечались ранние изменения ЭКГ: повышение парасимпатического тонуса, отмечено в виде синусовой брадикардии у 77 больных (24 женщины, 43 мужчины); миграция водителя ритма у 2-х женщин, манифестированный ортодромный с-м WPW выявлен у 1 женщины 37 лет, подъем сегмента ST выпуклостью вниз с переходом в конкордантный зубец Т (синдром ранней реполяризации желудочков) у 194 (у 92 женщин и у 102 мужчин), у 81 (37 женщины и 52 мужчины) — горизонтальная или косонисходящая депрессия ST. Косонисходящая депрессия сегмента ST выпуклостью вверх в отведениях V5, V6, I, aVL зафиксированы у 2-х женщин и 8 мужчин.

Всем больным с целью профилактики гипоксической дистрофии миокарда проводилось лечение: 250,0500,0 мл 5%-р-ра глюкозы с 5–6 ЕД инсулина в/венно с 500 мг аскорбиновой к-ты, длительность инфузий до 20 дней; препараты калия (калия хлорид 4% 20–30 мл), рибоксина р-р 2% 20 мл, в инфузионной смеси в/венно), далее — таблетированно аспаркам, панангин, вит. «С», «Вion 3» в поддерживающих дозах до 3 месяцев; сульфокамфокаин 10% — 2,0 мл в/мышечно до 20 дней, Далее — триметазидин 0,70 г/сутки на весь курс ХТ ПТТ, амлодипин, иАПФ.

Полученные результаты. Прогрессирующая положительная динамика ЭКГ на фоне кардиотропной терапии наблюдалась с 7–8 недели курсового приёма препаратов кардиопротекции у 98 женщин и 148 мужчин и в дальнейшем была подтверждена стабилизацией ЭКГ.

Заключение. 1. При проведении курса ХТ ПТТ у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулёзом лёгких ранние изменения ЭКГ имеют положительную динамику на фоне своевременно назначенного кардиоремодулирующего лечения. 2. Патогномичным ранним признакам является преходящее изменение ЭКГ: синдром ранней реполяризации желудочков — 67,36% случаев.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.

Деревянченко М. В.

Волгоградский Государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель: изучить кардиоренальные взаимоотношения при артериальной гипертензии у больных вторичным ХП.

Методика исследования: в исследование включено 110 пациентов с АГ I–II степени тяжести по классификации ВНОК 2008 г. в возрасте от 45 до 65 лет: 55 больных АГ и вторичным ХП, перенесших оперативное вмешательство на ВМП составили 1-ую (основную) группу (средний возраст $54,5 \pm 1,2$ года) и 55 больных эссенциальной АГ — 2-ую (контрольную) группу (средний возраст $55,2 \pm 1,2$ года). Пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию, определение относительной плотности мочи в утренней порции, экскреции альбумина с мочой (микроальбуминурию — МАУ) по соотношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи, креатинина крови (КК) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD.

Результаты исследования: при анализе результатов СМАД выявлено, что индекс времени систолического АД (ИВ САД_{день}) и диастолического АД днем (ИВ ДАД_{день}) достоверно выше у больных АГ в сочетании с ХП, чем при эссенциальной АГ ($69,0 \pm 3,1$ vs $53,2 \pm 3,2$ и $63,8 \pm 3,6$ vs $51,1 \pm 3,8$ % соответственно). Обнаружена обратная связь между ИВ ДАД ночь и относительной плотностью мочи в утренней порции ($r = -0,23$, $p < 0,05$), ИВ ДАД ночь и СКФ ($r = -0,2$, $p < 0,05$). При анализе распределения больных по суточному индексу САД (СИ САД) выявлено, что количество пациентов с кривой non-dipper и night-peaker выше в основной группе, чем в контрольной ($48,8$ vs $25,4$ % соответственно, $p < 0,05$). Установлено, что число пациентов с СИ ДАД < 10 также достоверно выше среди больных АГ в сочетании с ХП ($34,1$ vs $18,2$ % соответственно). Выявлены тесные взаимоотношения между показателями суточного профиля АД и функциональным состоянием почек: прямые корреляции между СИ САД, СИ ДАД и удельным весом мочи ($r = 0,22$, $r = 0,21$ соответственно, $p < 0,05$), СИ ДАД и СКФ ($r = 0,26$, $p < 0,05$). В нашем исследовании частота встречаемости ГЛЖ среди больных АГ и ХП составила $71,2$ % против 19 % пациентов эссенциальной АГ ($p < 0,05$). Диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ достоверно чаще отмечалась у больных основной группы (60 vs

43,6% соответственно). При этом у всех пациентов обеих групп была обнаружена I стадия ДД (замедленная релаксация). Частота встречаемости МАУ в основной группе составила 100%, в то время как в контрольной — 77% ($p < 0,05$). Установлены прямые корреляции между МАУ и длительностью АГ ($r = 0,24$, $p < 0,05$), МАУ и СУП САД ($r = 0,21$, $p < 0,05$), МАУ и КСР ($r = 0,27$, $p < 0,05$), МАУ и КДР ($r = 0,2$, $p < 0,05$), что подтверждает существование кардиоренального континуума у больных АГ и ХП. Выявлена обратная связь между СКФ и МЖП ($r = -0,2$, $p < 0,05$), СКФ и ДТ ($r = -0,32$, $p < 0,05$). Уровень мочевой кислоты в 1-й группе был достоверно выше, чем во 2-й ($0,43 \pm 0,02$ vs $0,28 \pm 0,02$ ммоль/л). Частота встречаемости гиперурикемии в основной группе была выше и составила 43,6% vs 12,7% среди больных контрольной группы ($p < 0,05$). Отмечены достоверно более высокие значения триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХ) и его фракций: ЛПНП, ЛПОНП крови, а также индекса атерогенности среди больных АГ и ХП по сравнению с больными эссенциальной АГ ($1,6 \pm 0,09$ vs $1,4 \pm 0,04$, $5,7 \pm 0,1$ vs $4,5 \pm 0,1$ ммоль/л, $3,38 \pm 0,1$ vs $2,75 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно).

Заключение: установленные нами взаимоотношения показателей точного профиля АД, метаболизма, морфофункциональных параметров сердца и функционального состояния почек отражают параллельное ухудшение состояния органов-мишеней при АГ у больных вторичным ХП, перенесших оперативное вмешательство на ВМП.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Джериева И. С., Волкова Н. И., Славный П. П., Комурадзянц М. С.,
Долгопятова Е. В.*

ГОУ ВПО «Рост ГМУ», г. Ростов на Дону, Россия

Цель работы. Выявление особенностей сегмента ST при холтеровском мониторинговании ЭКГ и определение взаимосвязи между степенью инсулинорезистентности и величиной депрессии сегмента ST у лиц с метаболическим синдромом

Материалы и методы. С целью определения уровня инсулина и глюкозы в плазме крови была исследована натощак венозная кровь 25 мужчин, средний возраст 44 ± 6 лет, с верифицированным метаболическим синдромом согласно критериям International Diabetes Federation (2005). Уровень инсулина плазмы крови определялся методом иммунофермен-

тного анализа с использованием DRG Insulin Enzyme Immunoassay Kit натошак в венозной крови. Концентрация глюкозы в плазме крови была измерена с помощью набора реагентов для определения глюкозы в крови, сыворотке и плазме крови энзиматическим калориметрическим методом, производство «ОЛЬВЕКС ДИАГНОСТИКУМ». Для оценки инсулинорезистентности был использован индекс HOMA. Регистрация сегмента ST осуществлялась с помощью холтеровской системы ЭКГ «CARDIOSPY». Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6,0 с расчетом коэффициента корреляции Пирсона, после доказательства нормального распределения изучаемых показателей, и проверкой уровня его статистической значимости.

Результаты. У 86% больных с метаболическим синдромом была выявлена депрессия сегмента ST. Среднее значение депрессии сегмента ST было равно $1,05 \pm 1,02$ мм. Среднее значение индекса HOMA в исследованной группе оказалось выше нормы ($< 2,77$) и составило $3,0 \pm 1,3$. При проведении корреляционного анализа выявлена обратная линейная зависимость умеренной силы между инсулинорезистентностью и величиной депрессии сегмента ST у пациентов с метаболическим синдромом ($|r| = 0,5$).

Выводы. У лиц с метаболическими нарушениями наряду с закономерной выявленной инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией наблюдается фоновая депрессия сегмента ST при холтеровском мониторингировании ЭКГ. Найденная обратная корреляционная зависимость умеренной силы между данными вариационными рядами позволяет предположить влияние компенсаторной гиперинсулинемии на процессы реполяризации в миокарде.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*Джериева И. С., Волкова Н. И., Славный П. П., Медникова А. А.
ГОУ ВПО «Рост ГМУ Росздрава», кафедра внутренних болезней № 3,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Цель работы: изучение окислительного стресса при гипертонической болезни с разной степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы: Обследовано 49 мужчин, средний возраст $52,3 \pm 2,3$ года с гипертонической болезнью 1–2 степени. Длительность заболевания составляла $10,5 \pm 0,5$ лет. Критериями исключения были перенесенный

инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, почечная и сердечная недостаточности. Пациенты были разделены на 2 группы. В группу 1 (умеренный риск) вошли пациенты с ожирением или дислипидемией, в группу 2 (очень высокий риск) — с ожирением, дислипидемией и сахарным диабетом. Выраженность окислительного стресса определяли по супероксиддисмутазе (СОД), внеэритроцитарному гемоглобину (ВЭГ), каталазе плазмы и эритроцитов, суммарной пероксидазной активности, хемолюминисценции плазмы и эритроцитов, малоному диальдегиду (МДА)

Результаты: Уровень МДА эритроцитов у пациентов 1 группы составил $2,51 \pm 0,12$ нмоль/мг гемоглобина, а уровень МДА плазмы равнялся $32,71 \pm 0,25$ нмоль/мл. У пациентов, входящих в группу очень высокого риска уровень окислительного стресса был статистически значимо выше ($p < 0,01$), так как МДА эритроцитов составил $5,09 (\pm 0,11)$ нмоль/мг гемоглобина, а МДА плазмы — $56,52 (\pm 1,24)$ нмоль/мл. В этой же группе больных показатели антиоксидантной защиты (каталаза эритроцитов, каталаза плазмы и супероксиддисмутазы) были более низкими ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами 1 группы. Так каталаза эритроцитов в 2,5 раза ниже, каталаза плазмы в 5,4 раза меньше, СОД 1,9 раза ниже, чем у пациентов группы 1.

Выводы: Таким образом, у больных гипертонической болезнью с сахарным диабетом происходит максимальное накопление активных метаболитов кислорода, что приводит к активации окислительных процессов с параллельным ослаблением антиоксидантной защиты. Полученные данные необходимо учитывать в планировании комплексной антигипертензивной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЕЕ ЭКВИВАЛЕНТАМИ

*Дроботя Н. В., Гусейнова Э. Ш., Долтмурзиева Н. С., Калтыкова В. В.,
Дроботя А. А.*

Ростовский медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), традиционно ассоциирующаяся с атеросклеротическим поражением коронарного русла, по-прежнему остается одной из основных причин заболеваемости и смертности населения, а больные с гиперлипидемией закономерно относятся к группе высокого и очень высокого риска. Исследования последних лет установили

тесную взаимосвязь между частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений и показателями жесткости магистральных сосудов у больных с кардиальной патологией (Негода С. В. с соавт., 2006). Параметры механических свойств артериального русла рассматриваются не только как факторы риска кардиоваскулярных осложнений, но и в качестве мишеней для фармакокоррекции. С этих позиций перспективным представляется изучение показателей упруго-эластических свойств сосудистого русла у больных ИБС и ее эквивалентами.

Цель исследования состояла в оценке характера изменений жесткости сосудистой стенки у больных ИБС и ее эквивалентами.

Методы исследования. В исследование включено 25 больных ИБС и 22 больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей, мужского и женского пола, средний возраст которых составлял $56 \pm 5,5$ лет. Контрольной являлась группа лиц сопоставимого возраста без сердечно-сосудистой патологии (20 человек). Для оценки состояния сосудистой стенки использовали прибор «Система массового обследования сосудов VaSera VS-1000» (Fucuda Denshi, Япония). Жесткость сосудистой стенки оценивали по следующим параметрам: сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (аналог скорости пульсовой волны), характеризующий истинную жесткость артерий, не зависящую от уровня АД и отраженной волны в сосуде (CAVI); лодыжечно-плечевой индекс (ABI) и биологический возраст артерий.

Полученные **результаты.** Значения исследуемых показателей у больных ИБС составляли: индекс CAVI — $11,5 \pm 0,6$ м/с, ABI — $1,11 \pm 0,06$, биологический возраст артерий — $67,3 \pm 3,6$ лет. У лиц с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей значения индекса CAVI были равны $10,2 \pm 0,4$ м/с, ABI — $0,72 \pm 0,06$, биологического возраста артерий — $71,5 \pm 2,7$ лет. В контрольной группе индекс CAVI соответствовал $8,7 \pm 0,3$ м/с, ABI — $1,15 \pm 0,04$, а биологический возраст артерий совпадал со средним фактическим возрастом обследованных. Сопоставление показателей жесткости сосудистой стенки в исследованных группах свидетельствовало о достоверном ($p < 0,05$) повышении индекса CAVI у больных ИБС и ее эквивалентами по сравнению с контрольной группой и несоответствии биологического возраста артерий истинному возрасту пациентов. Обращает внимание, что для больных ИБС были характерны более высокие значения индекса CAVI, а для обследованных больных с эквивалентами ИБС — статистически значимое снижение показателя ABI и значительное возрастание биологического возраста артерий.

Выводы. У больных ИБС и ее эквивалентами изменение механических свойств артерий отражается в повышении их жесткости и закономерном

возрастании биологического возраста сосудов. Характерной особенностью ремоделирования сосудистой стенки у больных с эквивалентами ИБС является отчетливое снижение лодыжечно-плечевого индекса, свидетельствующее о высокой вероятности окклюзий у данного контингента больных.

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ: ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, ВОЗМОЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

*Дюжигов А. А., Румбеит В. В., Кислицкий А. И., Можжев И. В.,
Козикин В. Н., Маркина В. В.,
Беспалова О. Ф., Феоктистова Т. Н.*

*Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ
РОКБ. г. Ростов-на-Дону, Россия.*

Цель работы: оценить роль дислиппротеидемии (ДЛП) в генезе аортального стеноза (АС) и возможности профилактики и своевременной терапии.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное изучение случаев АС по данным медицинских карт ЦКССХ за 2005–2009 гг. Больные обследовались согласно стандартам ведения больных с пороками сердца.

Результаты: Проанализированы 93 случая АС, составившие 16% всех случаев поражений клапанного аппарата за анализируемый период. Преобладали пациенты мужского пола (71%). Средний возраст больных составил $56,5 \pm 19,6$ лет (от 22 до 73 лет). 95% пациентов подверглись хирургической коррекции. Анализ генеза АС выявил преобладание случаев дегенеративных поражений клапанов (34,4%) над инфекционным эндокардитом (ИЭ) и хронической ревматической болезнью сердца — 23,6% и 22,5% соответственно. На долю врожденных аномалий пришлось 12%, другие поражения клапанов составили 7,5%. Особенности АС инфекционной природы являлись стертость клинической картины (вплоть до отсутствия указаний в анамнезе), выявление абсцессов корня аорты за кальцинозом при ревизии аортального клапана и уточнения генеза интраоперационно или при аутопсии. При анализе липидного спектра крови в общей группе больных с АС выявлена ДЛП с повышением индекса атерогенности (ИА) ($4,3 \pm 2,2$) и уровня липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП+ЛПОНП) $4,7 \pm 2,1$ ммоль/л. При анализе по подгруппам отмечено менее выраженные изменения в липидном спектре у пациентов

с врожденными аномалиями (ИА=3,1±1,02) в сравнении с ИА в подгруппе дегенеративных поражений (ИА =4,7±3,8), тогда как в подгруппе ИЭ он составил 4,4±3,1. Полученные данные могут свидетельствовать о едином патогенезе формирования аортального стеноза при дегенеративном и воспалительном вариантах. Целесообразно применение статинов в группе больных с формирующимся АС, учитывая их плеотропные эффекты. Нами назначался аторвастатин в средней дозе 20–40 мг в сутки.

Выводы. АС остается самым «хирургическим» пороком сердца. Выявленные изменения липидного спектра крови могут носить патогенетический характер в формировании АС. Своевременная коррекция нарушений липидного обмена может служить средством профилактики развития АС, а также средством медикаментозной терапии при начальных проявлениях АС.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*А. А. Дюжиков, А. В. Поддубный, А. А. Карташов, М. Ю. Кострыкин,
А. Г. Старовойтенко, А. В. Сумин, Е. А. Кудряшова, В. О. Вовк
Ростовский областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой
хирургии, Ростов-на-Дону.*

Цель исследования: проанализировать особенности клинического течения, поражения коронарного русла, а также результатов хирургического лечения ИБС у пациентов моложе 45 лет.

Материал и методы: за период с 2006 по 2009 гг. выполнено 583 операции коронарного шунтирования (КШ). В 36 (6,2%) случаях возраст пациентов был не старше 45 лет. Для сравнения были отобраны 36 больных, возраст которых составлял от 50 до 60 лет. Всем пациентам выполнялось КШ в условиях искусственного кровообращения. Для шунтирования передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) использовалась левая внутренняя грудная артерия, артерии огибающей ветви (ОВ) левой коронарной артерии и система правой коронарной артерии (ПКА) шунтирована аутовенозными трансплантатами. Соблюдался принцип полноты реваскуляризации. По показаниям выполнялась пластика левого желудочка по поводу его аневризмы.

Сравнение проводилось по основным клинико-демографическим, коронарокардиографическим, эхокардиоскопическим, функциональным показателям.

Результаты: число операций пациентам молодого возраста за исследуемый период выглядит следующим образом: 2006 г. — 3, 2007 г. — 9, 2008 г. — 11, 2009 г. — 13. В нижеприведенной таблице сравниваются две возрастные группы больных.

Таблица

Показатель	Пациенты моложе 45 лет	Пациенты от 50 до 60 лет
Больные с ФКШ, п.	33 (91,7%)	29 (80,6%)
Больные с ФКГУ, п.	—	7 (17,4%)
Длительность анамнеза, мес.	9+3	38+16
Больные с ХСН2 А, п.	22 (61,1%)	32 (88,9%)
Больные с ХСН2 Б, п.	3 (8,3%)	3 (8,3%)
«Стволовое» поражение, п.	—	6 (16,7%)
Поражение ПМЖА, п.	36 (100%)	36 (100%)
Поражение ОВ, п.	5 (13,9%)	33 (91,7%)
Поражение ПКА, п.	8 (22,2%)	34 (94,4%)
Среднее число дистальных анастомозов, п.	1,4	3,3
Летальность, n (%).	0	1 (2,8%)
Возврат стенокардии, п.	0	1 (2,8%)

Выводы: ИБС у пациентов моложе 45 лет представляется актуальной проблемой современной кардиологии и кардиохирургии.

Поражение коронарного русла, патоморфологические изменения левого желудочка при ИБС в этой категории больных имеют определенные особенности, что определяет клинические проявления заболевания.

Хирургическое лечение в виде полной реваскуляризации миокарда и адекватной коррекции изменений полости левого желудочка позволяет получить удовлетворительные результаты в ближайшем и отдаленном периодах наблюдения.

СТЕНТИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ И ОСТРЫХ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

*Дюжиков А. А., Орлов А. Е., Костенко В. Л., Понятовский И. М.,
Собин С. В., Мищенко И. Д.*

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Ростов-на-Дону.

Цель работы: Обобщение опыта, оценка эффективности эндоваскулярного лечения окклюзированных коронарных артерий.

Материалы и методы: С 2005 года по февраль 2010 года были осуществлены попытки механической реканализации коронарных артерий у 153 больных с ИБС на 256 окклюзированных коронарных артериях. Основную группу пациентов 122 (79,7%) составили мужчины в возрасте 31–72 года, 31 (20,3%) женщин в возрасте 51–79 лет. Эндоваскулярное вмешательство проводилось как при хронических — 117 (76,5%) пациентов, так и при острых — 36 (23,5%) пациентов (в сроки до 3 месяцев), окклюзиях коронарных артерий. Антеградный кровоток в окклюзированной артерии был сохранен в 62 (40,5%) случаях, в 73 (47,7%) случаях окклюзированная артерия контрастировалась ретроградно, в 18 (11,7%) случаях острой окклюзии контрастирования периферии не определялось. У 117 (76,4%) больного отмечалась стабильная формой стенокардии II–IV ФК, из них у 39 (33,3%) пациентов отмечалась стенокардия IV ФК, у 73 (62,1%) пациентов — III ФК и у 5 (4,2%) пациентов — II ФК. В 36 (23,5%) случаях ангиопластика была выполнена при остром нарушении коронарного кровообращения. Фракция выброса ЛЖ колебалась в пределах от 31% до 63%, в среднем составила 43,6%. В 9 случаях одновременно выполнялось восстановление коронарного кровотока и стентирование внутренней сонной артерии (2), почечных артерий (5), общей подвздошной артерии (2).

Результаты: Эффективная реканализация осуществлена в 142 (92,8%) случаях. При этом в случае острой окклюзии успешная реканализация выполнена на 34 (94,4%) артериях, при хронических окклюзиях — на 192 (87,3%) артериях. Поддержка коронарного проводника баллонным катетером использовалась в 78 случаях. В 9 случаях потребовалась обтурация боковой ветви малого диаметра баллонным катетером. Фракция выброса левого желудочка достоверно выросла в среднем с 43,6% до 49%. Госпитальная летальность — 1,2% (умерло двое больных).

Выводы: Рентгенэндоваскулярная реканализация коронарных артерий является эффективным и безопасным методом лечения. Использование вспомогательных методик реканализации коронарных артерий улучшает ангиографический успех эндоваскулярных процедур.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО И КАРОТИДНОГО БАССЕЙНОВ

*Дюжиков А. А., Шлык С. В., Поддубный А. В., Кострыкин М. Ю.,
Сафонов Д. В., Карташов А. А., Сумин А. В., Кудряшова Е. А.,
Кондратьева Е. С., Вовк В. О.*

*Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. ГУЗ
РОКБ. Ростов-на-Дону. Россия.*

Инсульт и инфаркт миокарда являются ведущей причиной заболеваемости и смертности во всём мире. Клинический интерес представляют случаи одновременного хирургического лечения коронарного и каротидного атеросклероза

Цель: проанализировать опыт использования одномоментных и этапных хирургических вмешательств по поводу сочетанного поражения коронарного и каротидного бассейнов. **Материал и методы:** за период с 2005 по 2009 гг. обследовано 52 пациента: 41 муж. (79%) и 11 жен. (21%) с атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий. Средний возраст больных 65+6,2 лет. Все пациенты оперированы: 38 — этапное оперативное лечение (каротидная эндартерэктомия и через 7–10 дней АКШ), 14 — одноэтапная (одновременная) операция — аортокоронарное шунтирование и каротидная эндартерэктомия. Показаниями для одномоментного хирургического лечения были критические поражения каротидного и коронарного бассейнов с клиническими проявлениями нестабильной стенокардии или стенокардии напряжения IV ФК. Во всех случаях прямая реваскуляризация миокарда выполнялась в условиях искусственного кровообращения.

Результаты: острые сосудистые нарушения отмечены в обеих группах: развитие нестабильной стенокардии у 1 пациента в первой группе, что потребовало сокращения межоперационных сроков (после каротидной эндартерэктомии) и проведению АКШ в неотложном порядке; и ОИМ в ближайшем послеоперационном периоде во второй группе с летальным исходом.

Выводы:

Стенозирующее сочетанное поражение сонных и коронарных артерий чаще выявляется у мужчин, чем у женщин.

Сосудистые осложнения в исследуемых группах были связаны с коронарной патологией. 3. Удовлетворительные результаты хирургического лечения сочетанной патологии коронарных и каротидных бассейнов могут быть достигнуты при индивидуальном решении вопроса о тактике хирургического лечения.

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

*Дюжиков А. А., Кислицкий А. И., Румбешт В. В., Маркина В. В.,
Беспалова О. Ф., Кондратьева Е. С., Можжаев И. В., Козикин В. Н.
Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ
г. Ростов-на-Дону, Россия.*

Цель исследования: оценить реальную частоту встречаемости кардиоэмболических инсультов (КЭИ) у пациентов с пороками митрального клапана (МК), требовавших проведения реконструктивных операций; выявить значимость скринингового осмотра всех пациентов с пороками МК неврологом.

Методы: проведено проспективное изучение 278 пациентов с пороками МК, находившихся на лечении в ЦКССХ ГУЗ РОКБ г. Ростова-на-Дону за 2005–2008 гг. В случае выявления неврологической симптоматики, либо с указанием в анамнезе на перенесенные КЭИ, пациенты осматривались на предоперационном этапе неврологом с последующим проведением спиральной компьютерной томографии (СКТ) головного мозга по показаниям.

Результаты: в анализируемой группе преобладали женщины, средний возраст составил $35,2 \pm 11,26$ лет. Нарушения ритма сердца (НРС) по типу фибрилляции и трепетания предсердий регистрировались у 68% больных, преимущественно постоянного, в 20% случаев — персистирующего характера. При уточнении анамнеза КЭИ были отмечены у 30% больных, тогда как в ходе проведенного дообследования по назначению невролога в связи с выявленной неврологической симптоматикой по данным СКТ головного мозга были выявлены очаги перенесенных КЭИ еще у 25% пациентов. Суммарно более 50% больных перенесли КЭИ. Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции в условиях искусственного кровообращения. В 10% случаев у больных, не имевших неврологических дефицитов на предоперационном этапе, в послеоперационном периоде отмечались транзиторные ишемические атаки, при которых по данным СКТ головного мозга не выявлялись очаги поражения.

Заключение: С учетом анализа результатов повседневной практики выявлена целесообразность скринингового осмотра неврологом, при наличии показаний проведение СКТ головного мозга на предоперационном этапе при обследовании пациентов с пороками МК и НРС по типу фибрилляции и трепетания предсердий.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дюжиков А. А., Можяева Н. Н., Кобзева Т. С., Василихина Д. В.

Цель работы — оценить функцию желудочков сердца у больных с ХСН.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ историй 24 пациентов на разных стадиях ХСН в возрасте от 43 до 65 лет. Всем больным проводились трансторакальное эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ), коронарокардиография. Стадии ХСН оценивались по классификации Стражеско-Василенко

Результаты: По результатам коронарокардиографического исследования все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — 19 (79%) пациентов, имеющие гемодинамически значимое поражение только ветвей левой коронарной артерии (ЛКА); 2 группа — 5 человек (в 21% случаев) с гемодинамически значимыми стенозами ветвей ЛКА и правой коронарной артерии (ПКА). У всех больных были выявлены клинические критерии ХСН. У пациентов 1 группы наблюдались клинические признаки ХСН II А, II Б стадии. Пациенты 2 группы имели клинические проявления ХСН, характерные для III стадии, более тяжелой. При проведении трансторакального ЭХОКГ мы оценивали следующие параметры: определение сократительной способности миокарда ЛЖ, ПЖ, определение диастолической функции миокарда ЛЖ, ПЖ, функцию клапанного аппарата сердца, размеры полостей сердца, взаимодействие желудочков. В 1 группе показатели были в пределах нормы и несколько ниже нормы. Во 2 группе по сравнению с первой наблюдалось значительное снижение фракции выброса как левого, так и правого желудочков, отмечалась дилатация полости левого желудочка, а у 5 пациентов дилатировался и правый желудочек. В обеих группах были выявлены признаки нарушения диастолической функции обоих желудочков. Также мы оценивали такие показатели механической диссинхронии, как задержка пиков амплитуды сокращения межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки ЛЖ (SPWMD)- у 6 пациентов (25%) она была больше нормы; период предизгнания в аорту (A-PEP)- в 25% случаев превышал нормативные показатели; межжелудочковая задержка наблюдалась в 16% случаев

Выводы: В ходе нашего исследования было установлено, что при сочетанном поражении ветвей ЛКА и ПКА возникает нарушение и диасто-

лической и систолической функций правого и левого желудочков. У данной группы больных также выявляются признаки механической внутри и межжелудочковой диссинхронии, что в свою очередь отражает взаимодействие желудочков между собой. Такая категория пациентов имеет более тяжелые клинические проявления хронической сердечной недостаточности.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ СТАТУС ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Евсевьева М. Е., Мартынов М. Ю., Кветковская А. А., Ростовцева М. В.
Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь
Российский государственный медицинский университет, г. Москва*

Актуальность: инсульт — серьезная медико-социальная проблема, решение которой в значительной степени определяется своевременным выявлением факторов риска, к которым многие авторы относят ассоциированную кардиальную патологию. Однако указанные взаимосвязи изучены недостаточно

Цель: клинично-инструментальная оценка сердечно-сосудистой статуса больных, угрожаемых по возникновению острой цереброваскулярной патологии.

Материал и методы обследовано 134 больных неврологического профиля в возрасте от 40 до 65 лет (Ж 85, М 49), из которых 33 перенесли в течение последних 3–4 месяцев инсульт (1-я гр.), 101 страдали ДЭ на фоне АГ или высокого нормального АД, из которых у 26 диагностирована ИБС (2-я гр). Обследование включало анкетирование для выявления факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР), антропометрию, липидо- и коагулограмму, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также дуплексное сканирование ЭКА. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета анализа BIOSTATICA. Для предоставления исследования типа «случай-контроль» используется логистическая регрессионная модель — отношение шансов. **Результаты:** В основной группе пациентов, уже перенесших инсульт, АГ встречалась у всех 33 человек (100%), сочетание с ИБС у 18 (54%). Стенокардия напряжения — у 15 (45%), сочетание с постинфарктным кардиосклерозом у 3 (9%), постинфарктный кардиосклероз — у 1 человека (3%). Среди осложнений АГ и ИБС выявлена сердечная недостаточность в основной группе у 22 человек (66%), в группе

сравнения у 25 человек (25 %); также экстрасистолия желудочковая в 1 группе у 6 пациентов (18 %), во 2 группе у 14 (14 %) В группе сравнения у 45 человек (47%) наблюдалось поражение различных органов-мишеней, из них сочетание с ИБС отмечено у 26 пациентов (26 %). Стенокардия напряжения выявлена у 18 человек (19%), постинфарктный кардиосклероз и стенокардия напряжения у 4 (4%), изолированный постинфарктный кардиосклероз у 1 (1%), ИБС: аритмический вариант у 2 больных (2%).

Выводы: Обнаружен достаточно чёткий параллелизм в клинике сосудистых проявлений со стороны сердца и головного мозга у больных АГ. Формирование диагностической и лечебной тактики при АГ необходимо проводить с учётом необходимости своевременного выявления нарушений не только кардиального, но и церебрального профиля. Прогноз в группе риска по развитию инсульта должен строиться с учётом результатов комплексного лабораторно-инструментального обследования сердечно-сосудистой системы.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Евтерева Е. Д., Стаценко М. Е.
Волгоградский Государственный Медицинский
Университет. г. Волгоград*

Цель — выявление влияния сопутствующего метаболического синдрома на ремоделирование левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования — Обследовано 106 пациентов в возрасте 45–65 лет, ХСН II–III функционального класса по классификации ОССН (2002) в раннем постинфарктном периоде (3–4 неделя от развития инфаркта миокарда). 76 человек имели клинику — лабораторные проявления метаболического синдрома (МС). Контрольная группа (30 человек) — пациенты без МС. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания, характеру проводимой базисной терапии. Изучение морфофункционального состояния сердца проводили методом эхокардиографии на аппарате SONOLINE G 50 (Германия).

Полученные результаты.

	Метаболический синдром (n=76)		Контрольная группа (n=30)	
	n	%	n	%
Нормальная геометрия ЛЖ	23	30,3*	18	63
ГЛЖ	53	69*	7	24
КГЛЖ	8	10,5	1	3
ЭГЛЖ	41	54*	3	10
КР	4	5,2	1	3

— достоверность различий между группами ($p < 0,05$)

Среди пациентов с МС достоверно выше процент больных с гипертрофией левого желудочка (ЛЖ) ($p < 0,05$). Различия между группами по количеству больных с концентрическим ремоделированием и концентрической гипертрофией ЛЖ были недостоверны. Процент больных с ЭГЛЖ выше в группе пациентов с МС ($p < 0,05$).

Заключение — в случае сочетания ХСН с МСВ достоверно чаще выявляются патологические типы ремоделирования ЛЖ, что имеет доказанное неблагоприятное влияние на течение и прогноз для данной категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Женило В. М., Куртасов А. А., Домашенко Н. Н., Бобрикова Е. В.,
Лебедева Е. А., Внуков В. В., Швецов В. А.*

*Ростовский государственный медицинский университет ГУЗ Областная
больница № 2 г. Ростов-на-Дону*

Гипербарическая оксигенация (ГБО) использовалась нами в терапии 27 больных (9 женщин и 18 мужчин в возрасте от 56 до 68 лет) с ХИБС, как постинфарктной, так и на фоне стенокардии покоя и напряжения, резистентной к стандартной медикаментозной терапии в одноместном лечебном бароаппарате « Ока — МТ» с учетом индивидуальной чувствительности больных к кислородотерапии под повышенным давлением, в режиме 1,3–1,6 ата со временем изопрессии 60–80 минут курсом 8–10–12 сеансов. В качестве критериев оценки терапевтического эффекта ГБО оценивались помимо «традиционных» клинико-лабораторных дан-

ных и ЭКГ, уровень pO_2 и активность ПОЛ. Исследования проводились в исходе, после 3, 5 и 10 сеансов ГБО.

В результате проводимой терапии отмечена благоприятная для больных клиничко-лабораторная динамика течения патологического процесса: уменьшились интенсивность и частота болевых приступов, повысилась толерантность к физической нагрузке, стабилизировались гемодинамические показатели (уже к 7 сеансу ГБО). Уменьшились одышка, периферические отеки, застойные явления в почках (эритроцигурия) к 10 сеансу ГБО у всех больных. На ЭКГ: урежение ЧСС, подъем к изолинии интервала ST, увеличение зубца T, уменьшение выраженности аритмии (у всех больных к 10-му сеансу ГБО). Повышение уровня pO_2 к 5 сеансу ГБО $113,25 \pm 3,05$ мм рт ст (в исходе $72,215 \pm 14,263$ мм рт ст) с тенденцией к стабилизации $132,5 \pm 0,5$ мм рт ст к 10 сеансу ГБО. Наряду с этим показатели ПОЛ на фоне ГБО терапии характеризовались содержанием в сыворотке крови ДК — $3,55 \pm 0,25$ ммоль/мг и ШО — $5,41 \pm 0,49$ ед акт/мг с повышением активности данных показателей на 15–20% к 3 сеансу ГБО и последующей их стабилизацией на этом уровне к 10 сеансу. Исходные показатели СОД $224,5 \pm 9,3$ ед акт/мг имели тенденцию к снижению $212,3 \pm 12,5$ ед акт/мг к 5 сеансу ГБО и оставались на этом уровне к 10 сеансу. Полученные результаты применения ГБО терапии в комплексном лечении ХИС позволяют высказать предположение о том, что благоприятное воздействие на больных достигается за счет повышения напряжения кислорода в плазме тканевых капилляров, стабилизации уровня pO_2 крови, повышения активности ферментов тканевого обмена, уменьшая тем самым т.н. «кислородную задолженность» и рекомендовать использование ГБО терапии в предложенных режимах для лечения данной категории больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

*Заболотских Т. Б., Ремизова А. И., Запевина В. В., Звягинцева Ю. Г.
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар*

Цель работы: выявить современные особенности течения инфекционного эндокардита и возможности ранней диагностики этого заболевания.

Нами проанализировано течение инфекционного эндокардита (ИЭ) у 100 больных, наблюдавшихся за последние 10 лет. Возраст больных составлял от 22 до 74 лет. При поступлении в стационар диагноз ИЭ был выставлен только трем пациентам. Чаще всего больные госпитализировались

с диагнозом: гломерулонефрит, инфаркт миокарда, миокардиодистрофия, пневмония, нарушение мозгового кровообращения, геморрагический васкулит. Чаще всего встречался вторичный ИЭ: в 65% случаев развивался на фоне ревматической болезни сердца, в 7% — на фоне врожденных пороков сердца, в 4% — на фоне атеросклеротического поражения клапанов. Наркоманы со стажем заболевания более 10 лет составили 24%.

У всех больных самым ранним и постоянным симптомом была лихорадка, что послужило обращением больных к врачу. У 35% больных температура тела была фебрильной, у части пациентов оставалась нормальной и повышалась только в определенное время суток. Спленомегалия, считающаяся важным проявлением ИЭ, отмечена нами только у 23% больных. Тромбоэмболический синдром имел место у 20 больных; причем с развитием инфаркта миокарда — у 8 человек, у 3 из них — с летальным исходом. В 6 случаях развивался ишемический инсульт, у 7 пациентов ИЭ осложнялся инфарктом легкого с летальным исходом у 2 больных. Поражение почек при ИЭ отмечалось у 73% пациентов в виде протеинурии и гематурии. Часто поражалась центральная нервная система, что заставляло госпитализировать больных в неврологическое отделение. У всех наблюдавшихся нами больных СОЭ была повышена и достигала 40–65 мм/час; анемический синдром отмечен в 65% случаев; лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом — в 44% случаев. Гемокультура оказалась положительной только у 35% больных.

Накопленный клиницистами опыт трансторакальной эхокардиографии подтвердил важное значение метода, но, в то же время показал его ограниченные возможности. Вегетации на створках клапана были зарегистрированы у 58 больных, с разрушением клапанов и хорд — у 2 пациентов. Митральный клапан поражался в 22% случаев, а аортальный — в 10%. Сочетанное поражение этих клапанов отмечалось в 36% случаев. У большинства инъекционных наркоманов поражался трехстворчатый клапан; причем в 60% случаев с дополнительным поражением митрального клапана и в 10% случаев — аортального клапана. Для этой категории больных характерно развитие первичного ИЭ, острое и подострое тяжелое течение. Все эти пациенты до поступления в стационар и после госпитализации получали лечение антибиотиками по поводу рецидивирующей пневмонии, которая плохо поддавалась антибактериальной терапии. Причем у 5 больных пневмония осложнялась гнойным плевритом. У 35% больных были обнаружены маркеры вирусного гепатита С. Поражение правых отделов сердца, обнаруженное в 40% случаев, не сопровождалось шумами. Отмечалась высокая летальность — 40%, причем у половины больных диагноз был верифицирован только на аутопсии.

Следует отметить, что постановка диагноза ИЭ, особенно на ранних стадиях, в настоящее время вызывает определенные затруднения, в связи с чем необходимо тщательно оценивать клинико-лабораторные синдромы и инструментальные данные полученные в динамике; своевременно назначать адекватную антимикробную терапию.

ВЛИЯНИЕ ФОЗИНОПРИЛА НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АЗОТЕМИЕЙ

*Запелина В. В., Олейник Н. И., Пащенко Л. С., Заболотских Т. Б.,
Ремизова А. И.*

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель исследования: изучить влияние терапии ингибитором АПФ фозиноприлом на азотовыделительную функцию почек и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и азотемией на фоне гипертонической болезни и ИБС.

Материал и методы: в исследование были включены 48 пациентов (возраст $66,2 \pm 2,9$ года, женщин — 14) с ХСН II–III стадии и умеренной азотемией (креатинин крови — $135–210$ мкмоль/л), не страдающих хроническими заболеваниями почек и сахарным диабетом. В начале исследования и через 6 месяцев проводилось клинико-лабораторное обследование (креатинин и мочевины крови, определение СКФ и канальцевой реабсорбции (КР) с помощью пробы Реберга). Пациенты первой группы (30 человек) в составе комплексной терапии получали фозиноприл, начиная с 5 мг в сутки и последующим титрованием до $10–20$ мг/сут. Средняя доза фозиноприла составила $14,7$ мг/сутки. Вторую группу составили 18 пациентов, у которых в комплексном лечении ингибиторы АПФ не использовались. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности заболевания и тяжести клинических проявлений.

Результаты: на фоне лечения фозиноприлом отмечено снижение уровня креатинина и мочевины (с $177,3 \pm 18,7$ до $133,2 \pm 19,3$ мкмоль/л и с $15,3 \pm 1,9$ до $9,2 \pm 1,7$ мкмоль/л соответственно, $p < 0,05$), повышение СКФ (с $45,6 \pm 4,3$ до $69,7 \pm 5,4$ мл/мин и повышение КР с $87,3 \pm 1,9$ до $95,2 \pm 3,2$ %, $p < 0,05$). У 72 % пациентов отмечалось улучшение клинического состояния (уменьшение функционального класса ХСН, повышение толерантности к физической нагрузке). У больных 2-й группы достоверной динамики показателей почечной функции не выяв-

лено ($p > 0,05$), клинический эффект был достигнут лишь у 35,2% пациентов.

Выводы: ингибитор АПФ фозиноприл может безопасно применяться в комплексном лечении больных с хронической сердечной недостаточностью и азотемией. У данных пациентов на фоне лечения фозиноприлом наряду с улучшением клинического состояния отмечена положительная динамика показателей функции почек. Лабораторные показатели (креатинин и мочевины), а также СКФ и КР могут быть критерием оценки изменений почечной функции на фоне лечения.

КАРДИО-ПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Иванова Д. А., Стаценко М. Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель: Оценить кардио-пульмональные взаимоотношения у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). **Методы исследования:** обследовано 30 пациентов с ХОБЛ на 25–30 сутки после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося развитием ХСН. Для оценки морфофункционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) выполняли эхокардиографическое исследование на аппарате «VOLUSON 530-D». Определяли следующие показатели: (конечно- систолический и конечно-диастолический размеры ЛЖ — КСР и КДР ЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) размеры правого предсердия (ПП), оценивали фракцию выброса (ФВ) по Simpson, определяли давление легочной артерии (ДЛА), проводили оценку времени замедления трансмитрального кровотока (ДТ) и времени изоволюмического расслабления (IVRT). По формуле R. V. Devereux была рассчитана масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ). Обработку результатов исследования проводили методами параметрической и непараметрической статистики.

Полученные результаты: в изучаемой группе больных отмечается достоверная положительная взаимосвязь между объемом форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) и КСР, КДР ЛЖ, ММЛЖ ($r=0,68$, $r=0,64$ и $r=0,64$ соответственно), форсированной жизненной емкостью легких (ФЖЕЛ) и МЖП, ММЛЖ ($r=0,67$, $r=0,62$), отношением ОФВ1/ФЖЕЛ

и КСР, КДР, ММЛЖ, ДЛА ($r=0,64, 0,63, r=0,65, r=0,74$ соответственно), максимальной объемной скоростью выдоха на уровне 25% ФЖЕЛ (МОС 25) и КСР, КДР, МЖП, ММЛЖ, ПП ($r=0,64, r=0,64, r=0,64, r=0,6, r=0,6$ соответственно), МОС на уровне 50% ФЖЕЛ (МОС 50) и КСР, КДР ($r=0,6, r=0,6$), МОС на уровне 75% ФЖЕЛ (МОС 75) и КСР, КДР ($r=0,69, r=0,62$). Достоверные отрицательные взаимоотношения выявлены между ОФВ1 и ФВ ЛЖ ($r=-0,62$), отношением ОВФ1/ФЖЕЛ и ФВ ЛЖ, МЖП, IVRT, ДТ ($r=-0,61, r=-0,77, r=-0,72, r=-0,6$ соответственно), МОС 25, 50 и 75 и ФВ ЛЖ ($r=-0,6, r=-0,65, r=-0,75$ соответственно), а также МОС 50 и ДЛА ($r=-0,65$) и МОС 75 и IVRT ($r=-0,6$).

Заключение: таким образом, в группе больных ХСН с ХОБЛ выявлены взаимосвязи между полостными размерами, показателями диастолической, насосной функции сердца и скоростными показателями легочной вентиляции при форсированном выдохе, что говорит о тесных кардиопульмональных взаимоотношениях у данной категории пациентов.

РОЛЬ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ g-ИНФАРКТ МИОКАРДА

*Исламова У. А., Абдуллаев А. А., Гафурова Р. М., Муталипов Х. М.,
Бабатова С. И., Гайдарова З. А.*

*ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия
МЗ СР РФ», Махачкала*

Цель: определить эффективность использования препарата омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в сочетании со стандартной терапией в раннем постинфарктном периоде в предупреждении развития электрической нестабильности сердца и обусловленных этим аритмий сердца.

Методы исследования: В данное открытое, рандомизированное исследование включили 94 пациента в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин — 83, женщин — 11), выписанных из клиники после <2>-инфаркта миокарда (<2>-ИМ). Суточное мониторирование ЭКГ проводили с помощью компьютерной программы DiaCard (ЗАО «Медиком», г. Москва) в день их выписки из стационара и через три месяца. У каждого из них оценивали число и продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии, динамику ЧСС, нарушения ритма и проводимости. Горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST амплитудой более 1 мм от исход-

ного уровня и продолжительностью 0,1 с расценивали как эпизод снижения этого сегмента. Пациенты были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1-я группа (контрольная) из 45 пациентов, получала стандартную терапию (аспирин, метопролол — эгилок фирмы «Egis», Венгрия, в дозе 50–100 мг/сут, эналаприл — эднит фирмы Gedeon Richter, Венгрия, в дозе 5–10 мг/сут нитраты и другие средства — по показаниям), 2-я группа (основная) из 49 больных, адекватная для сравнения с контрольной группой по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, — омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (Омакор фирмы Solvay Pharmaceuticals, Германия) в дозе 2 г/сут в сочетании со стандартной терапией. Лечение в обеих группах проводили в течение трех месяцев сразу после стационарного этапа.

Результаты: После проведенного лечения в основной группе число ишемических эпизодов за сутки уменьшилось на 28%, средняя их продолжительность — на 19%, в контрольной группе — на 25% и 17% соответственно ($p < 0,05$). В основной группе регистрировались нарушения ритма сердца — у 33,6% пациентов, в контрольной — у 30,3%. Угрожаемые для жизни аритмии (желудочковые экстрасистолы высоких градаций, пароксизмы желудочковой тахикардии) зарегистрированы у 19,6% пациентов контрольной и у 16,2% основной групп наблюдения, пароксизмы наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий — у 14,7% и 11,4% — соответственно ($p > 0,05$).

Выводы: Применение омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в сочетании со стандартной терапией в раннем постинфарктном периоде способно препятствовать развитию электрической нестабильности и нарушений ритма сердца, что благоприятствует улучшению прогноза жизни пациентов, перенесших <2-ИМ.

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА И ФЛУВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Исхаков Н. Н., Рязанова Е. И., Галушков С. В.
ОАО «Санаторий им. В. П. Чкалова», Самара, Россия*

Цель: сравнить влияние терапии аторвастатином и флувастатином на показатели липидного спектра у больных инфарктом миокарда.

Методы: в исследовании участвовали 50 больных инфарктом миокарда. Из них 17 женщин и 43 мужчины. Средний возраст 53 ± 6 лет. 25 человек

получали в терапии аторвастатин в дозе 40 мг/сут. в течение двух месяцев, остальные 25 человек — флувастатин в дозе 80 мг/сут. Уровень общего холестерина у всех больных был более 5,2 ммоль/л. В начале исследования и через два месяца каждый пациент был осмотрен. Проводились контроль ЭКГ, липидного спектра, АЛТ, АСТ, билирубина.

Результаты: на фоне лечения аторвастатином и флувастатином отмечен положительный эффект на показатели липидного спектра. Уровень общего холестерина снизился на 21 % (исходно $6,7 \pm 0,89$ ммоль/л, после — $5,4 \pm 0,73$ ммоль/л) $p < 0,0001$ и соответственно на 33 % (исходно $6,9 \pm 0,91$ ммоль/л, после — $4,6 \pm 0,95$ ммоль/л) $p < 0,001$. ХС ЛНП снизился на 26 % (исходно $4,78 \pm 0,68$ ммоль/л, после — $3,53 \pm 0,79$ ммоль/л) $p < 0,001$ и на 45 % соответственно ($4,22 \pm 0,75$ ммоль/л, после $2,33 \pm 0,81$ ммоль/л) $p < 0,0001$. Триглицериды снижались на 19 % ($2,41 \pm 0,46$ ммоль/л, после $1,9 \pm 0,59$ ммоль/л) и 34 % соответственно ($2,59 \pm 0,97$ ммоль/л, после $1,7 \pm 0,82$ ммоль/л) $p < 0,001$. Повышение уровня ХС ЛВП наблюдали на 7,6 % ($1,19 \pm 0,18$ ммоль/л, после $1,28 \pm 0,21$ ммоль/л) $p < 0,001$ и соответственно на 7,5 % ($1,21 \pm 0,27$ ммоль/л, после $1,30 \pm 0,24$ ммоль/л) $p < 0,0001$. У 68 % больных уровень ХС ЛНП достигнут на фоне терапии флувастатином и 32 % при терапии аторвастатином.

Изменений показателей АЛТ, АСТ, билирубина не наблюдалось.

Выводы: флувастатин в дозе 80 мг/сут. оказывает более выраженный эффект на липидный спектр, чем аторвастатин в дозе 40 мг/сут. у больных инфарктом миокарда.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Ишмакова Р. А., Кастанаян А. А., Недоруба Е. А., Дударев И. В.,
Сидоров Р. В., Гребенюк С. В.*

РостГМУ кафедра внутренних болезней № 2, Ростов-на-Дону, Россия

Хронотропный ответ — показатель увеличения ЧСС в ответ на физическую нагрузку. По литературным данным низкий хронотропный ответ является независимым прогностически значимым фактором сердечно-сосудистых осложнений.

Цель работы: определить возможность использования показателя хронотропного ответа при ишемической болезни сердца (ИБС),

а также установить наличие корреляции между ним и другими прогностическими показателями (индекс Дюка, «двойное произведение», толерантность к физической нагрузке; степень поражения коронарных артерий).

Методы исследования: ретроспективный анализ 44 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении РостГМУ, которым выполнялся тредмил-тест. **Полученные результаты:**

У пациентов с положительной пробой на стресс-ЭКГ-тесте преобладал (в 57% случаях) низкий хронотропный ответ ($< 0,8$), а у пациентов с отрицательной — в 100% случаях наблюдался нормальный хронотропный ответ ($>0,8$). Прогностическая значимость исследуемого нами показателя совпадала с результатами оценки по другим показателям. Так, при расчете индекса Дюка при положительной пробе преобладал средний риск сердечно-сосудистых осложнений — 72%, при отрицательной — низкий риск — 75% соответственно. По «двойному произведению» у пациентов с положительной пробой преобладал IV функциональный класс (43%), с отрицательной пробой — II ФК (50%). У пациентов с положительной пробой в 50% случаях отмечалась средняя толерантность к физической нагрузке, 29% составили пациенты с высокой толерантностью к физической нагрузке и 21% — с низкой. В группе пациентов с отрицательной пробой наблюдалась средняя и высокая толерантность к физической нагрузке (75% и 25% соответственно). По данным коронароангиографии у пациентов с положительной пробой преобладало многососудистое и двухсосудистое поражение коронарных артерий (42,9% и 50% соответственно). У пациентов же с отрицательной пробой преобладало однососудистое (62,5%) и незначимое (12,5%) поражение коронарных артерий.

Выводы: Таким образом, хронотропный ответ может использоваться для оценки прогноза и тяжести течения ИБС наравне с индексом Дюка, «двойным произведением», показателем толерантности к физической нагрузке и степенью поражения коронарных артерий.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В СИСТЕМЕ ГЛУБОКИХ ВЕН.

*Кательницкий И. И., Кательницкий Иг. И., Кательницкая О. В.,
Ливадная Е. С.*

*КБ№ 1 «ЮОМЦ ФМБА России»,
кафедра хирургических болезней № 1 РостГМУ, городской сосудистый
центр МЛПУЗ ГП № 1 Ростов-на-Дону, Россия*

Цель нашей работы-выяснить необходимость коррекции несостоятельного клапанного аппарата глубоких вен у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей

Для этого нами проведен анализ комплексного клинического и ультразвукового обследования 62 больных с варикозной болезнью в возрасте от 21 до 69 лет. Из них мужчин было 19 (31%), женщин — 43 (69%). При распределении пациентов по выраженности хронической венозной недостаточности 45 (72%) больных имели 3–4 функциональные классы (1-ая группа), 17 (28%) — 5–6 функциональные классы (2-ая группа) по классификации SEAP. При этом у всех пациентов при проведении УЗДИ помимо несостоятельности клапанов поверхностных вен и их варикозной трансформации выявлен рефлюкс по глубоким венам.

Для количественной оценки венозного рефлюкса использовали пробу с пневматической манжеткой. Средняя скорость ретроградной волны в первой группе составила 21,37 см/сек, во второй — 29,24 см/сек.

В оценке состояния глубоких вен использовали также индекс эластичности венозной стенки, который является соотношением диаметра бедренной вены в ортостазе и положении лежа. В первой группе ИЭ составил 1,69, во второй — 1,12.

При С5–6 происходит выравнивание диаметра бедренной вены в ортостазе и горизонтальном положении тела, т. е. уменьшение ИЭ, увеличение скорости ретроградной волны из-за увеличения объема застойной крови

Всем пациентам проведено оперативное лечение — флебэктомия с перевязкой несостоятельных перфорантных вен.

После флебэктомии через 7 дней ретроградный сброс в первой группе сохранился у 3 больных (5%), во второй — 13 (21%).

Количественные характеристики хронической венозной недостаточности снизились: средняя скорость ретроградной волны составила в первой группе — 20,98 см/сек, во второй — 24,13 см/сек.

ИЭ венозной стенки в первой группе равнялся 1,77, во второй — 1,35.

Анализируя полученные данные, мы пришли к следующим выводам: лечение пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей с выявленным рефлюксом по глубоким венам бедренно-подколенного сегмента должно состоять в первоначальном устранении рефлюкса по подкожным венам в независимости от функционального класса, что в 74 % таких случаев приводит к компенсации рефлюкса по глубокой венозной системе. При сохранении рефлюкса в отдаленном периоде больные нуждаются в дальнейшем активном лечении, где приоритет должен быть отдан качественному компрессионному трикотажу, медикаментозной поддержке и хирургической коррекции клапанной несостоятельности.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА

*Кательницкий И. И., Кательницкий Иг. И, Кательницкая О. В.
КБ№ 1 «ЮОМЦ ФМБА России»,
кафедра хирургических болезней № 1 РостГМУ, городской сосудистый
центр МЛПУЗ ГП № 1 Ростов-на-Дону, Россия*

Целью нашего исследования было оценить результаты хирургического и медикаментозного лечения 108 больного с бедренно-подколенными флеботромбозами, которые находились в нашей клинике на лечении за 4 года, из которых 70 были оперированы.

Методы оценки результатов включали: клинические данные, ультразвуковое дуплексное сканирование. При определении показаний учитывали также возраст, прогрессирование тромбоза, длительность процесса, общее состояние пациента.

В результате проведенных исследований выяснили, что абсолютным показанием к операции являлось наличие флотирующего тромба, отмеченные у 44 пациентов.

Флеботомию, при проходимой глубокой вене бедра, выполняли сразу дистальной слияния бедренных вен. После тромбэктомии и ушивания флеботомического отверстия операцию заканчивали пликацией поверхностной бедренной вены. Повторные тромбозы оперированной зоны отмечены в ближайшем периоде у 10 больных, еще у 13 пациентов наступили тромбозы в течении 6 месяцев после операции. У остальных пациентов вены остаются проходимыми в сроки от 6 до 24 месяцев.

Анализируя полученные наблюдения выяснили, что значительно более быстрый регресс клинических симптомов острой венозной недостаточ-

ности отмечался у оперированных больных. В группе пациентов, лечившихся консервативно отек и боли были более стойкими и у большинства пациентов отмечены выраженные проявления ХВН.

Кроме того, следует отметить, что у пациентов с ретромбозами проксимальный уровень тромбов не превышал зоны пликации.

Таким образом, у большинства больных активная тактика при дистальных флеботромбозах приводит к ликвидации проявлений острой венозной недостаточности и профилактике ХВН.

Консервативная тактика ведения таких пациентов заканчивается выраженными проявлениями ХВН. Кроме того, выполнение пликация поверхностной бедренной вены, а не ее перевязку считаем необходимым при лечении больных с острым флеботромбозом.

КОМПЛЕКСНОЕ ДЕЙСТВИЕ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА

*Козлова Е. С., Попова А. С., Немчук Ф. А., Лопатин Ю. М.
Волгоградский Областной Клинический Кардиологический Центр,
Волгоград*

Цель: оптимизация лечения больных с нарушениями ритма сердца (НРС) путем включения в комплексную терапию аторвастатина.

Методы исследования: обследовано 60 пациентов с частыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности с сохранной систолической функцией сердца, не получавших ранее регулярную гиполипидемическую терапию. Средний возраст пациентов составил $56,4 \pm 7,3$ года. Всем пациентам проведено базовое обследование: липидный спектр крови, ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, ЭХО КГ- исследование, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА) и исследование variability ритма сердца (ВРС). Обследование проводилось исходно, через 3 и через 6 месяцев наблюдения. Все пациенты принимали антиаритмические препараты 3-го класса — амиодарон 200 мг\сутки, 5 дней в неделю после насыщения или соталол — 120–240 мг\сутки, периндоприл — 4–8 мг\сутки, аспирин — 100 мг\сутки, допускался прием диуретиков и бисопролола 2,5–5 мг\сутки). Пациенты были рандомизированы на 2 группы, численностью по 30 пациентов каждая. Первая группа дополнительно принимала аторвастатин (Липтонорм, «Фармстандарт»,

Россия) в начальной дозе 10 мг\сутки, с увеличением дозы до обеспечивающей достижение целевого уровня холестерина ЛПНП <2,5 ммоль\л. Вторая группа (без приема статинов) составила группу сравнения.

Полученные результаты: в группе аторвастатина при сопоставлении с результатами группы сравнения получены достоверно ($p<0,05$) лучшие результаты: снижение количества пароксизмов ФП (-69% vs -43%), уменьшение длительности пароксизмов ФП (-88% vs -64%), снижение количества пароксизмов СВТ (-78% vs -53%), числа СВЭ (-41% vs -21%) и ЖЭ (-63% vs -35%), уменьшение количества ишемических депрессий сегмента ST (-87% vs -54%). При этом получены изменения показателей ЭХО КГ ($p<0,05$) — увеличение КДО ЛЖ (26,7% vs 12,9%); возрастание УО (67,4% vs 33,25%); уменьшение ИММЛЖ (-19,9% vs -10,4%) и снижение ОЛП (-11,2% vs -5,65%); а также в показателях диастолической функции миокарда — отношения E/A (46,2% vs 21,6%); IVRT (-20,2% vs -10,8%) и отношения S/D (-45,6% vs -18,6%). В показателях УЗДГ БЦА в группе аторвастатина против группы сравнения получено достоверное ($p<0,05$) уменьшение среднего процента стеноза ОСА слева (-3,9% vs +2,8%) и ВСА справа (-2,7% vs +3,4%). В остальных сосудах в группе аторвастатина также не зарегистрировано нарастания объема атеромы. Анализ ВРС продемонстрировал достоверное ($p<0,05$) отличие групп аторвастатина и сравнения в показателях: RMSSD (63,5% vs 18,7%); HF (62% vs 19%); TP (6,6% vs 2,1%), LF (-9,5% vs -3,2%) и LF/HF (-28% vs -7,5%). Осложнений, требующих отмены лечения аторвастатином выявлено не было.

Заключение: аторвастатин останавливает прогрессирование атерогенеза, стимулирует нормализацию морфо-функционального состояния и вегетативного баланса миокарда, что приводит к снижению электрической нестабильности сердца и уменьшению количества предсердных и желудочковых НРС у пациентов с ИБС.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Комолова Е. С., Глова С. Е.

МЛПУ ГБСМП № 2, РостГМУ Росздрава, г. Ростов-на-Дону.

В настоящее время в оценке состояния пациента, а также в качестве одного из критериев эффективности терапии все чаще используется понятие качества жизни (КЖ) индивидуума. Целью данного исследования явилось изучение особенностей КЖ в группе больных острым инфарктом

миокарда (ОИМ), по сравнению с группой лиц, сопоставимых по возрасту и полу, без ОИМ.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных с установленным диагнозом ОИМ, госпитализированными в 1-е кардиологическое отделение МЛПУ ГБСМП № 2 (8 мужчин и 22 женщины). Средний возраст больных составил $72,68 \pm 8,49$ лет. Диагноз ОИМ ставился в соответствии с критериями ВОЗ на основании клинической картины, данных ЭКГ и методов лабораторной диагностики. При проведении сравнительного анализа контрольную группу составили 20 человек без ОИМ (5 мужчин и 15 женщин, средний возраст — $73,64 \pm 9,05$ лет). Качество жизни оценивали при помощи русской версии опросника Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36). Статистическая обработка материала проводилась с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel — 2007, программы для обработки статистических материалов «Биостат».

Результаты исследования. По данным сравнительного анализа уровня качества жизни у больных ОИМ отмечался существенно более высокий уровень качества жизни, чем в группе лиц, не страдавших ОИМ. У больных ОИМ особенно страдала физическая составляющая качества жизни: шкалы физического (группа больных ОИМ — $62,50 \pm 17,66$, контрольная группа — $92,50 \pm 15,33$), ролевого физического функционирования (группа больных ОИМ

— $27,50 \pm 29,13$, контрольная группа — $88,50 \pm 27,78$) и боли (группа больных ОИМ

— $40,00 \pm 21,28$, контрольная группа — $68,50 \pm 18,64$). Также отмечалось значительное снижение показателя социального функционирования в группе больных ОИМ ($48,50 \pm 14,06$, в контрольной группе — $86,50 \pm 15,24$) и ролевого эмоционального функционирования ($43,31 \pm 37,61$, в контрольной группе $61,27 \pm 35,22$). Различия по шкалам общего здоровья ($58,50 \pm 8,90$ против $64,50 \pm 7,86$), жизнеспособности ($63,00 \pm 7,85$ против $68,50 \pm 8,03$) и психологического здоровья ($60,60 \pm 9,65$ против $64,30 \pm 7,53$) в группах оказались недостоверны. Учитывая данные о различиях в КЖ у лиц разного пола, нами проведено сравнительное исследование КЖ у мужчин и женщин. При анализе данных не получено достоверных различий в показателях КЖ мужчин и женщин, отмечается тенденция к более высокому уровню физической работоспособности у мужчин, болевой синдром выражен в меньшей степени у женщин.

Выводы. Таким образом, уровень КЖ у больных ОИМ достоверно ниже, чем в группе лиц без ОИМ. В большей степени снижается физическая составляющая КЖ, а также социальное функционирование.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОЙ БИОПСИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

*Космачева Е. Д., Круберг Л. К., Позднякова О. А., Терман Е. А.,
Федорченко А. Н., Кижватова Н. В.*

*Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского,
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар*

Целью работы явилось изучение возможностей эндомикардиальной биопсии (ЭМБ) в установлении этиологического диагноза при поражении миокарда, что всегда является крайне сложной задачей, даже при использовании современных методов визуализации.

В отделении кардиологии Краевой Клинической больницы № 1 с мая 2009 г. по март 2010 г. выполнена ЭМБ у 15 пациентов в возрасте от 21 до 57 лет (средний возраст — 40,5 года), мужчин было 14, женщин — 1.

Показания к проведению ЭМБ основывались на Согласованном мнении экспертов о роли эндомикардиальной биопсии в диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (2007 г.): клиническая картина у 5 пациентов соответствовала 2-й клинической ситуации (сердечная недостаточность (СН) длительностью до 3-х месяцев), у 6–3-й (СН более 3-х месяцев), у 1–4-й (дилатационная кардиомиопатия в сочетании с эозинофилией), у 1–6-й (СН, связанная с рестриктивной кардиомиопатией), у 2-х — 10-й (СН более 3-х месяцев при дилатации левого желудочка и наличием ответной реакции на стандартное лечение). Была также выполнена ЭМБ пациенту с трансплантированным сердцем для исключения реакции острого отторжения.

ЭМБ проводилась чрезкожным доступом, использовался как феморальный, так и югулярный доступ под рентгеноскопическим контролем с использованием одноразовых биопсийных щипцов. Забор материала осуществлялся из правого желудочка в районе межжелудочковой перегородки. Было зарегистрировано одно осложнение — перфорация с развитием гемоперикарда, успешно купированное дренированием перикарда. В ходе каждого вмешательства было получено от 4 до 10 образцов (в среднем — 6,7). Все образцы были фиксированы в 10 % нейтральном буферном растворе формалина с дальнейшей окраской серийных срезов гематоксин-эозином, методом Ван-Гизон, конго-красным на амилоид. Оценка материала производилась с учетом разработанных Далласских критериев.

По результатам гистологического исследования у 6 пациентов был установлен диагноз миокардита — в биоптатах имел место отек различной

степени выраженности, лимфоцитарная, лимфо-лейкоцитарная инфильтрация, признаки миоцитонекроза. У двух пациентов имела место эозинофильная инфильтрация, что в совокупности с клинико-лабораторными данными позволило установить диагнозы эозинофильного некротизирующего миокардита и синдрома Чарг-Стросса и назначить патогенетическое лечение с хорошим клиническим эффектом.

У 5-х больных в биоптатах были выявлены нарушения гистоархитектоники, участки некроза, неравномерной гипертрофии, зернистой дистрофии миоцитов, все вышеперечисленные признаки соответствовали диагнозу дилатационной кардиомиопатии. У пациента с трансплантированным сердцем были выявлены морфологические признаки острого отторжения по классификации Стенфордского центра. У 3 больных не было выявлено значимых признаков воспаления, фиброза или нарушения гистоархитектоники в полученных образцах.

Заключение. Первый опыт использования эндомикардиальной биопсии в кардиологической клинике позволяет оценить этот метод как высокоинформативный, безопасный. Однако обязательным условием проведения данной процедуры является соблюдение современных показаний (14 клинических ситуаций), выполнение ее опытными, высококвалифицированными рентгенэндоваскулярными хирургами и оценка подготовленными специалистами-морфологами.

РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ

*Е. Д. Космачева, К. О. Барбухатти, Н. В. Кижватова, И. А. Белан
Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского, кафедра
кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС КГМУ, г. Краснодар*

В 2008 г в Краснодарском крае стартовал регистр пациентов с ОКС, результаты которого были проанализированы, учтены выявленные недостатки и с июля 2009 г внедрен регистр ОКС в режиме реального времени.

Цель исследования: оценить динамику в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС в 2008 и 2009 гг; выявить возможности регистра ОКС в режиме реального времени в Краснодарском крае для выработки тактики лечения с использованием инвазивных методов лечения.

Материалы и методы: за первые 3 мес. исследования в краевой регистр были включены 288 пациентов с ОКС, зарегистрированных на территории Краснодарского края. Данные о пациентах в режиме реального времени заносились в электронную базу данных Краевой клинической больницы (ККБ) № 1 им. проф. С. В. Очаповского, специалисты которой проводили оценку состояния и определяли тактику дальнейшего лечения, включая возможное проведение инвазивных методов лечения.

Результаты и обсуждение: В первые 6 часов от начала заболевания в стационары края госпитализированы 45% пациентов, в течение 6–24 часов — 22%, более 24 часов — 27% исследуемых. В 55,5% случаев были выявлены изменения на ЭКГ с локализацией в передней стенке левого желудочка. При этом подъем сегмента ST регистрировался в 44,8% случаев, ЭКГ без подъема сегмента ST — у 27,8% пациентов. Повышение тропонина в крови зафиксировано в 32% случаев, у 54% пациентов он оставался в пределах допустимых значений, у 14% — тропонин не определялся. Тромболитическая терапия проводилась у 13,5% госпитализированных больных (преимущественно стрептокиназой). Антикоагулянтная терапия (АКТ) в стационаре в 75,3% случаев проводилась нефракционированным гепарином, в 9,3% — клексаном, в 4,5% — другими антикоагулянтами, 10,8% пациентов АКТ не получали. 45,8% больных получили клопидогрель во время госпитализации. Госпитальная летальность от ОКС составила 12 человек (4,2%). 6 пациентов были госпитализированы в первые 6 часов от начала заболевания в ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского для проведения инвазивных методов лечения. 22,3% госпитализированы на плановую коронароангиографию, всем проведено хирургическое лечение.

Заключение: В сравнении с регистром ОКС от 2008 г увеличилось число пациентов, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания (45% в 2009 г, 27,6% в 2008 г). Значимых изменений в частоте использования тромболитической терапии в Краснодарском крае не выявлено — 13,5% случаев в 2009 г 5% в 2008 г) Существенно чаще в диагностике ОКС стали использоваться маркеры некроза миокарда. В 2009 г его определяли в 86% случаев (37% в 2008 г) Регистр ОКС в режиме реального времени предоставляет жителям Краснодарского края уникальную возможность своевременного получения современных методов лечения острого коронарного синдрома.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ЛИЦ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ

*Куманцова И. Е., Дроботя Н. В., Бобкова Е. А., Ижогоина Е. Н.
Ростовский медицинский университет, г. Ростов-на-Дону*

У высоко тренированных лиц интенсивные физические нагрузки могут сопровождаться пограничными изменениями в сердечно-сосудистой системе (ССС), которые расцениваются как перенапряжение механизмов адаптации (Иорданская Ф. А., Юдинцева М. С., 2006), что, в свою очередь, порождает необходимость их коррекции, в том числе, и с профилактической точки зрения.

Цель исследования: оценить частоту выявления гипертензивных состояний кровообращения у высоко тренированных лиц и возможность их медикаментозной коррекции.

Методы исследования. В исследование было включено 68 высоко тренированных мужчин (средний возраст $23,5 \pm 3,4$ года), регулярно испытывающих интенсивные физические нагрузки динамического характера. Всем спортсменам проводилось комплексное инструментальное обследование ССС: ЭКГ покоя, велоэргометрический (ВЭМ)-тест PWC₁₇₀, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ). Тем обследованным, у которых были выявлены гипертензивные состояния ССС, назначали агонист I₁ имидазолиновых рецепторов моксонидин (Физиотенз, «Solvay Pharmaceuticals», Германия), в дозе 0,2 мг в сутки (однократный, утренний прием) на протяжении 2-х месяцев.

Полученные результаты. При проведении ВЭМ-теста у 40 % высоко тренированных лиц регистрировалась гипертоническая реакция на физическую нагрузку, а по данным СМАД отмечалось отсутствие адекватного снижения систолического АД (САД) в ночные часы, что проявлялось регистрацией суточного профиля САД по типу «Non-dipper». Показатели ЭхоКГ у подавляющего большинства обследованных находились в пределах верхней границы нормы. Коррекция гипертензивных состояний у высоко тренированных лиц с помощью моксонидина обусловила положительную динамику показателей суточного профиля АД, в частности, переход подавляющего большинства обследованных из прогностически неблагоприятной категории «Non-dipper» в категорию «Dipper», а также нормализацию реакции АД на физическую нагрузку.

Выводы. У лиц, испытывающих регулярные интенсивные физические нагрузки, в значительном проценте случаев выявляются гипертензивные

состояния кровообращения, которые успешно нивелируются курсовым приемом моксонидина.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВСД У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (СТУДЕНТОВ) В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

К. Н. Ляшенко, Л. В. Гладкова, Л. В. Жигалова

*МЛПУЗ «Городская поликлиника студенческая г. Ростова-на-Дону»,
г. Ростов-на-Дону*

В последнее время, с учетом стрессовых ситуаций, у лиц молодого возраста возрастает риск развития ВСД (в большинстве случаев по кардиальному типу). Нельзя не отметить, что учеба наших пациентов связана с дополнительными специфическими стрессовыми ситуациями, психологические перегрузками, моральным перенапряжением, неправильным питанием и т. д., что оказывает такое же воздействие на организм, как и хронический стресс, являясь независимым, специфичным фактором риска развития ВСД.

Цель исследования: Оптимизация профилактики и лечения ВСД в амбулаторно-поликлинических условиях у лиц молодого возраста (студентов).

Материалы и методы: При обследовании 1000 студентов проблема ВСД возникла в 80% случаев в основном за счет психоэмоциональных и психосоциальных факторов. При выборе препаратов лечения в условиях поликлиники значительную роль отводили препаратам K^+ и Mg^{2+} (магнеВ6), т. к. магний нормализует работу нервной системы, оказывает благоприятное воздействие на сердце, участвует в протекании важнейших биохимических и физиологических процессов в организме, принимает участие в электрических и электростатических обменах, а его недостаток приводит к нарушению функции практически всех органов и систем организма. Клинически это проявляется тахикардиями, аритмиями, на ЭКГ увеличением интервала QT. С возрастом при недостатке Mg в организме развивается гипертоническая болезнь, ИБС. При назначении лечения ВСД уделяется большое значение физической активности у студентов, занятиям спортом. Среди рекомендуемых седативных препаратов широко распространены натуральные успокоительные средства, что играет немаловажную роль в лечении ВСД у студентов. Кроме того, некоторые препараты уменьшают состояния психической напряженности и страха, связанные с предстоящими неприятными событиями, например экзаменами.

Помимо медикаментозной терапии, при лечении ВСД применяются психофизиологические тренинги, включающие обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям.

Препаратами выбора среди БАБ являются метопролол, коронал, дозировки, назначения которых зависят от многих факторов, в том числе от цифр АД и ЧСС.

Профилактика ВСД заключается в диспансерном наблюдении, создании групп риска, контроле режимов труда и отдыха, особенно у иноадресных студентов, решении стрессовых проблем, возникающих в процессе учебы и в быту, ведении здорового образа жизни (отказ от вредных привычек, правильное питание), профилактике и лечению сопутствующих заболеваний.

Выводы:

Учитывая вышеизложенное, мы пришли к следующим выводам:

Для лечения ВСД необходимо проводить медикаментозную и немедикаментозную терапию.

При лечении ВСД предпочтение отдавать препаратам магния.

В случае выявления при первичном медицинском осмотре у потенциально здоровых молодых людей признаков ВСД, необходимо проводить диспансерное наблюдение данного пациента с учетом современных методов обследования.

СЛУЧАЙ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА

Мазнева Е. В., Маркелова Ю. Ю.

*Ростов-на-Дону, МЛПУЗ «ГБ № 1 им. Н. А. Семашко», НУЗ ДКБ на ст.
Ростов-главный*

Больная Б., 64 лет, поступила в приемное отделение ГБ№ 1 в плановом порядке с диагнозом: ЖДА, средней степени тяжести. Хронический бронхит, ремиссия. Первичный ДОА с выраженным болевым синдромом. Хронический гастрит.

На момент осмотра предъявляла жалобы на слабость, боли в плечевых, локтевых суставах, позвоночнике, снижение массы тела на 10 кг за три месяца, субфебрильную температуру в течение трех недель. В **анамнезе** у больной ИБС: нарушение ритма по типу предсердной экстрасистолии, хр. гастродуоденит.

Данные осмотра:

Сознание сохранено. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Акроцианоз отсутствует. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отёков в области лодыжек и голеностопных суставов обеих нижних конечностей нет. ЧДД 22 в минуту. Аускультативно — дыхание ослаблено, хрипов нет, перкуторно притупление в нижних отделах с обеих сторон, больше справа. Пульс симметричен на обеих аа. radiates, умеренного наполнения, ритмичен, около 85 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС — около 85 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Менингеальных симптомов нет. Болезненность при пальпации коленных, голеностопных суставов, ограничение подвижности в них.

Предварительный диагноз: Реактивный полиартрит. Суставной синдром как проявление паранеопластического синдрома. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести, осложненная правосторонним экссудативным плевритом.

В стационаре больной проводились:

Рентгенограмма ОГК. В прямой проекции обнаружены слева — понижение прозрачности легочной ткани до 4 ребра, сливающееся с левым куполом диафрагмы, справа — понижение прозрачности до 7 ребра. Оба реберно-диафрагмальные синуса затемнены. В динамике изменений на рентгенограмме не было.

Эхокардиография. Выявлены гипертрофия левых желудочка и предсердия, нарушение диастолической и систолической функции левого желудочка, атеросклероз, легочная гипертензия (Р л. а. 37 мм.рт.ст.), выпот в полость перикарда, ФВ-54%.

УЗИ щитовидной железы (закл.: диффузные изменения паренхимы), УЗИ органов малого таза (закл.: явных патологических образований в малом тазу нет, гепатоспленомегалия, диффузные изменения в печени, поджелудочной железе, хр. холецистит, неполное удвоение левой почки, расширение селезеночных вен, свободная жидкость в брюшной области, 2-х сторонний гидроторакс).

ЭФГДС. Обнаружен катаральный гастродуоденит, язва антрального отдела желудка, рубцовая деформация луковицы 12 п.к. Гистологическое исследование кусочка язвы выявило папилломатоз слизистой, базальный склероз и нейтрофильную инфильтрацию.

ЭКГ: синусовая тахикардия, суправентрикулярная экстрасистолия, отчетливые диффузные изменения миокарда левого желудочка.

Клинический анализы крови — гемоглобин 80–115, лейкоциты 4,0–6,0, анизоцитоз, нормобласты, СОЭ — 8 мм.рт.ст. Биохимический анализ крови без изменений.

Посев крови — стерилен

Анализ плевральной жидкости-белок-3,3 г/л, лейкоциты в большом кол-ве, нейтрофилы 90%, значительное кол-во свежих эритроцитов, АК и БК не найдены.

Консультирована гинекологом, лор-врачом, стоматологом.

Во время нахождения в стационаре больная получала антибиотикотерапию (четыре комбинации), метаболическую терапию, детоксицирующую терапию, на фоне которой состояние не улучшалось, тяжесть состояния сохранялась. Проведя в отделении 42 койко-дня, больная умерла. **Заключительный диагноз:** Сепсис с поражением внутренних органов. Первичный подострый бактериальный (неизвестной этиологии) эндокардит, активность 2 степени. Нарушение ритма сердца: синусовая экстрасистолия. Полисерозит (плеврит, перикардит, асцит). Осл.: Анемия сложного генеза, средней степени тяжести. Соп.: Язвенная болезнь желудка, обострение. Рубцовая деформация луковицы 12 п. к.

На вскрытии были обнаружены вегетации на 3-х створчатом клапане.

Инфекционный эндокардит у лиц пожилого возраста имеет ряд клинических особенностей, знание которых чрезвычайно важно для врача: быстро наступающее похудание больных, меньшая выраженность иммунных проявлений, меньшая информативность эхокардиографии, более частая резистентность к проводимой антибиотикотерапии, более неблагоприятный прогноз.

СТАТЬЯ В ЖУРНАЛ: СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИАГНОЗОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ

Мартынова Н. А.

Поликлиническое отделение ЦГБ МУЗ Каменская

Больной Г. диагноз: НАА был поставлен в возрасте 29 лет в 1987 году, когда была проведена эндоваскулярная дилатация правой почечной артерии по поводу сегментарного стеноза, через 3 недели был отмечен рецидив артериальной гипертензии.

При поступлении во Всесоюзный центр хирургии АМН СССР в 1988 году на обеих сонных и брюшной артериях выслушивался систолический шум.

Произведена аортография, был выявлен субтотальный стеноз обоих внутренних сонных артерий, стеноз устья левой подключичной артерии, стеноз устья левой позвоночной артерии, выраженный сегментарный стеноз правой почечной артерии, изгиб левой почечной артерии.

По данным ультразвуковой доплерографии было выявлено резкое снижение кровотока по обеим сонным артериям, отмечаются выраженные перетоки из ветвей наружной сонной артерии во внутреннюю сонную артерию с обеих сторон.

11.06.1988 г. проведена каротидная эндартерэктомия из левой внутренней и наружной сонной артерии, рекомендована повторная консультация в ноябре 1988 г. для решения вопроса об операции на правой почечной артерии.

От повторной операции больная отказалась. Принимала лечение: Адельфан, Фурасемид, Раунатин. Ухудшение состояния в 1994 году: АД 280/120 мм.рт.ст., определена 2 группа инвалидности.

Следующее ухудшение состояния в 2008 году. Беспокоит повышение температуры до 37,5°, боли в мышцах, общая слабость. При обследовании выявлено: СОЭ-56 мм/час, палочкоядерный сдвиг в крови — 15, СРБ+4 мм, креатинин 96,6 мм/л, холестерин — 9,3 мм/л, на ЭКГ — выраженная ишемия миокарда, АД 260/60–260/40–230/70 мм.рт.ст. Было проведено лечение: Амлодипин, Тромбо АСС в обычных дозировках без выраженной динамики АД. Госпитализирована в кардиологическое отделение, где находилась 7 к/дней, после чего была консультирована кардиологом и кардиохирургом ОКБ.

При УЗИ сердца и аорты выявлены: склероз, кальциноз, стенозирующее сужение восходящего отдела аорты, гипертрофия миокарда левого желудочка циркулярного типа. Глобальная сократимость миокарда умеренно снижена. Систолическая функция миокарда не снижена. При ультразвуковом триплексном сканировании сосудов шеи: состояние после эндартерэктомии из ВАА слева, рестеноз ВСА слева до 60%, кинкинг ВСА справа. Стеноз в участке ВСА справа 40–50%. Стеноз устья НСА справа 50–60%. Стеноз устья правой почечной артерии до 90% в устье. Аневризматическое расширение левой почечной артерии со стенозом 5060%.

Больная госпитализирована в отделение сосудистой хирургии ОКБ в октябре 2008 г. с диагнозом: Генерализованный атеросклероз. АД — 240/0–210/0. Проведена операция стентирования почечных артерий справа и слева, при этом все анализы в пределах нормы: холестерин — 4,98 мг/л, индекс атерогенности — 2,41, дислипидемия не выявлена.

Больная выписана на амбулаторное лечение с АД 150/90 мм.рт.ст, рекомендована медикаментозная терапия: Амлодипин, Арифон, Эгилок, Кардиостатин, Тромбо АСС, Плавик в обычных дозировках.

В октябре — декабре 2008 г. АД сохраняется в пределах 140/80–160/90.

В апреле 2009 г. в плановом порядке пациентка консультирована сосудистым хирургом, АД 160/80–140/80 мм.рт.ст. Рекомендовано продолжить гипотензивную терапию Амлодипином.

Пациентка работает воспитателем центра социального развития, имеет общий стаж работы — 25 лет, отмечает значительное улучшение состояния после последнего оперативного лечения.

Случай приводится как иллюстрация возможностей женского организма в сочетании с возможностями современной оперативной медицины.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТИНОВ И КОМПЛЕКСА ОМЕГА-3,6,9 ПНЖК И ПОЛИКОЗАНОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Мищенко М. А.¹, Мищенко Н. Г.², Кононова С. В.¹

*¹ Нижегородская государственная медицинская академия,
г. Нижний Новгород, Россия*

² МЛПУ «Городская больница № 28», г. Нижний Новгород, Россия

Цель: Фармакоэкономическая оценка перспектив применения в коррекции нарушений липидного обмена коллоидного фитопрепарата «АнгиОмега Комплекс», содержащего комплекс омега-3,6,9 ПНЖК (475 мг х 2 раза/сут) и поликозанола (10 мг х 2 раза/сут), в сравнении со статинами.

Методы: Использованы методы фармакоэкономического («минимизации затрат», «затраты-эффективность») и статистического (критерий Стьюдента, Z-критерий множественных сравнений, критерий хи-квадрат, критерий Манна-Уитни, критерий Уилкоксона) анализов.

Результаты: Объем выборки составил 396 пациентов, которые были разделены на пять групп в зависимости от назначенного препарата: АнгиОмега Комплекс (АОК) — 114 человек, симвастатин — зокор, 10 мг/сут (СС10) — 76 и зокор, 20 мг/сут (СС20) — 74; аторвастатин — липримар, 10 мг/сут (АС10) — 69 и липримар, 20 мг/сут (АС20) — 63. Группы исходно статистически значимо не отличались по уровню показателей липидного спектра крови, клиническим и демографическим данным. Проведена оценка клинической эффективности через 1 и 3 месяца приема исследуемых препаратов (процент снижения уровней общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ), процент увеличения уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП)). По влиянию на уровни ОХС, ЛПНП и ТГ через 3 месяца приема показано сравнительно одинаковое действие: снижение ОХС в группах АОК, СС20 и АС20 составило 26,1–29,7% ($p>0,23$), снижение ЛПНП в группах АОК, СС10 и СС20—32,634,6% ($p=1,00$), снижение ТГ

в группах АОК, СС20 и АС20–23,4–323,2% ($p>0,66$). По влиянию на уровень ЛПВП показано существенное преимущество применения коллоидной фитоформулы «АнгиОмега Комплекс»: увеличение уровня ЛПВП в группе АОК почти в 3 раза превосходит эффект в группе АС20 —25,7% против 9,3% ($p=0,04$). Анализ экономических затрат на применение исследуемых препаратов показал, что стоимость 3-месячного курса приема варьируется от 2119 руб. в группе СС10 до 5284 руб. в группе АОК.

Выводы: Применение коллоидной фитоформулы «АнгиОмега Комплекс» в течение 3 месяцев обеспечивает высокий гиполипидемический эффект, не уступающий действию статинов, а по влиянию на уровень ЛПВП даже превосходящий его. Применение коллоидной фитоформулы «АнгиОмега Комплекс» является более дорогостоящим подходом к коррекции нарушений липидного обмена и, как результат, фармакоэкономический анализ, проведенный методом «затраты-эффективность», не показал фармакоэкономических преимуществ использования коллоидной фитоформулы «АнгиОмега Комплекс» при сравнительной со статинами клинической эффективности. Однако, учитывая результаты проведенных нами ранее исследований, согласно которым 72,8% пациентов воздерживаются от приема статинов из-за опасений возникновения побочных эффектов, а для 70,4% стоимость гиполипидемической терапии не является определяющим фактором, является очевидным, что с позиции «затраты-полезность» с учетом субъективных предпочтений пациентов можно считать коллоидную фитоформулу «АнгиОмега Комплекс» высокоэффективной адекватной заменой синтетическим лекарственным препаратам.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ I ρ -ИНГИБИТОРОВ И 0-БЛОКАТОРОВ НА ПРОЦЕССЫ РЕЛАКСАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Недоруба Е. А., Кастанаян А. А., Дударев И. В., Ишмакова Р. А.,
Моргунов М. Н., Карташова Е. А.*

РостГМУ Кафедра внутренних болезней № 2, Ростов-на-Дону, Россия

Под нормальной диастолической функцией понимают адекватное наполнение желудочков сердца в покое и при нагрузке без избыточного повышения диастолического давления. Диастолическая дисфункция левого желудочка — такое состояние, при котором для адекватного заполнения левого желудочка требуется повышенное давление в легочных венах и левом предсердии.

Цель работы: оценка динамики показателей характеризующих параметры диастолической дисфункции левого желудочка у больных с ишемической болезнью сердца в условиях применения в-блокатора и If-ингибитора.

Методы исследования: В исследование было включено 60 пациентов со стабильной стенокардией функционального класса, с обязательным наличием устойчивого синусового ритма, в возрасте от 45 до 74 лет. Все больные были разделены на 2 равные группы. Первая группа получала стандартную терапию ИБС, включающую применение дезагрегантов, нитратов, статинов, иАПФ, с добавлением в-адреноблокатора (бисопролола) в средней дозе 5 мг/сутки; во второй группе дополнительно к основному лечению добавляли If-ингибитор ивабрадин, в средней дозе 5 мг/сутки. Исследование продолжалось 3 месяца. Пациентам производили эхокардиографическое на аппарате Aspen (Sitmens Akyson), тканевым доплером, до и после лечения.

Полученные результаты:

Отмечены следующие достоверные изменения показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка после лечения в первой исследуемой группе: изоволюметрическое расслабление левого желудочка (IVRT) уменьшилось на 10%, соотношение скорости раннего наполнения левого желудочка в диастолу (E) к скорости позднего наполнения в момент систолы (A) возросло на 12,1%, скоростной показатель волны (e) движения латерального края кольца митрального клапана уменьшился на 4,19%, соотношение E/e увеличилось на 3,54%, площадь левого предсердия (^лп) уменьшилась на 14,75%, соотношение E к S лп уменьшилось на 6,47%. Во второй исследуемой группе отмечены следующие достоверные изменения: изоволюметрическое расслабление левого желудочка (IVRT) уменьшилось на 20%, соотношение скорости раннего наполнения левого желудочка (E) к скорости позднего наполнения в момент систолы (A) возросло на 45%, скоростной показатель волны (e) движения латерального края кольца митрального клапана уменьшился на 4,72%, соотношение E/e увеличилось на 3,8%, площадь левого предсердия (^лп) уменьшилась на 17,03%, соотношение E к Sлп уменьшилось на 9,6%.

Выводы:

Таким образом в группе пациентов получавших ивабрадин отмечено достоверное и более выраженное, по сравнению с группой в-блокаторов, улучшение показателей характеризующих диастолическую функцию левого желудочка, что еще раз подтверждает возможность применения его в комплексной терапии ишеми-ческой болезни сердца.

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ ДИСПАЗИИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Олейник Н. И., Запевина В. В., Пащенко Л. С.

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель работы — изучение частоты встречаемости соединительнотканых дисплазий сердца у беременных, определение удельного веса их разновидностей в популяции, изучение влияния дисплазий сердца на течение беременности, а также решение экспертных вопросов.

Методы исследования: проанализировано 8 922 архивных историй родов. Из них выявлены 274 женщины с врожденной патологией соединительнотканного каркаса сердца, что составило 3,1%.

Полученные результаты: у подавляющего большинства беременных выявлен пролапс одной или обеих створок митрального клапана (92,8%), аневризма межпредсердной перегородки (2,5%), бicuspidальная аорта сопровождающаяся аневризмой (2,5%), пролапс створок трехстворчатого клапана (1,1%), ложные хорды левого желудочка (1,1%). Сложная патология сердца у 14% беременных сопровождалась хронической сердечной недостаточностью (I–III ф. к. по NYHA), у 12% женщин имелось привычное невынашивание беременности.

Заключение: в работе подтверждена частая встречаемость у беременных синдрома соединительнотканной дисплазии сердца, зачастую являющегося в соответствии с приказом № 736 причиной прерывания беременности. Привычное невынашивание беременности у этой категории лиц, по —видимому, служит частным проявлением врожденной патологии соединительной ткани.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Осипов Е. В., Кастанаян А. А., Дударев И. В.

г. Ростов-на-Дону, РостГМУ

Цель работы: Нарушения вегетативной регуляции играют большую роль в патогенезе практически всех соматических заболеваний. Возможности выявления этих нарушений резко повысились с внедрением в широкую практику метода исследования вариабельности ритма сердца (ВРС).

При хронической сердечной недостаточности (ХСН) показатели ВРС могут быть использованы для прогноза выживаемости больных с тяжелой степенью ХСН, в ряде работ показана высокая специфичность и чувствительность этих показателей. Однако изменение показателей ВРС на ранних стадиях ХСН в доступной литературе освещено недостаточно. В то же время до настоящего времени не сформировано единого мнения по изменениям ВРС при ХСН, не созданы стандартные показатели оценки изменений состояния вегетативной нервной системы. Основываясь на вышеизложенном нами было предпринято изучение состояния ВНС у больных ХСН I и II а стадии посредством определения частотных характеристик ВРС, являющимся одним из ведущих при оценке стандартных записей.

Материалы и методы исследования:

Включенные в исследование были разделены на две группы: группа больных — 39 пациентов с ХСН I—II а стадии. 23 мужчины и 16 женщин. Средняя продолжительность заболевания $3,6 \pm 1,9$ года. Средний возраст $54 \pm 3,1$ года. Контрольная группа — 20 здоровых добровольцев. Для определения показателей ВРС был выбран метод 10 — минутного мониторирования. Исследование проводилось на приборе КАРМИН 16, с использованием программного обеспечения «Кардиоинтервалограф». Осуществлялась запись ритмограммы в покое в положении лежа. При анализе результатов исследования ВРС проводился обсчет показателей мощности высокочастотной составляющей спектра (HF), низкочастотной составляющих спектра (LF) и волн очень низкой частоты (VLF), соотношения между LF/HF. Математическая обработка результатов исследования проводилась на IBM совместимой персональной ЭВМ с помощью пакета программ Biostatics. Статистически значимым считали различия между значениями показателей при уровне $p < 0,05$. **Результаты:**

Проведенный анализ частотных показателей ВРС демонстрирует, что у обследуемых больных с ХСН по сравнению с добровольцами из контрольной группы отмечается высокодостоверное понижение показателя спектра высоких частот HF на 15,9% ($p < 0,01$), достоверное повышение показателей спектра низких частот LF и очень низких частот VLF соответственно на 9,6% и 10,4% ($p < 0,05$), отмечено и высокодостоверное повышение отношения LF/HF ($p < 0,01$). Такие изменения в спектральных характеристиках ВРС следует расценивать как свидетельство повышения тонуса симпатического отдела ВНС.

Выводы:

Применение спектрального анализа позволяет количественно оценить частотные составляющие колебаний сердечного ритма, отражающих активность определенных звеньев регуляторного механизма.

Изменения частотных характеристик ритмограмм у обследованных из группы больных с ХСН I–II а стадии по сравнению с обследованными из контрольной группы следует расценивать как проявление выраженного дисбаланса ВНС с преобладанием симпатических влияний.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУ-РЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И КАРДИОЦИТОПРОТЕКТОРОВ

Павлова И. А.

Курский государственный медицинский университет, город Курск

Цель исследования: определить изменение концентрации Nt-pro BNP и параметров суточного профиля артериального давления у больных артериальной гипертензией на фоне гипотензивной терапии и кардиоцитопротекторов.

Материалы и методы: выполнено открытое параллельное рандомизированное исследование 80 больных (55 женщин и 25 мужчин), страдающих гипертонической болезнью II стадии, 2–3 степени, в возрасте $44,8 \pm 3,2$ года в 4-х группах по 20 человек, каждая из которых получала терапию бета-блокатором (бетаксолол 20 мг/сут) и диуретиком (индапамид 1,5 мг/сут). Уровень артериального давления достиг целевого уровня. В первой группе лечение дополнялось триметазидином (70 мг/сут), во второй группе — мексикором* (300 мг/сут), третья — мексидолом (375 мг/сут). В четвертой — контрольной группе лечение осуществлялось бетаксололом 20 мг/сут и индапамидом 1,5 мг/сут. До включения в исследование больные систематической гипотензивной терапии не получали. Длительность терапии составляла 6 мес. До начала исследования и после его завершения пациентам определяли суточный профиль артериального давления и уровень мозгового натрийуретического пептида Nt-pro BNP в крови.

Результаты: исходно уровень Nt-pro BNP в крови больных артериальной гипертензией был выше, чем у здоровых лиц и составлял 170–186 пкг/мл. До включения в исследование все показатели суточного профиля САД и ДАД, у обследованных больных, были повышены. К шестому месяцу исследования у больных, получавших комбина-

рованную терапию с кардиоцитопротекторами, отмечалось снижение концентрации Nt-pro BNP в крови, что способствовало уменьшению риска прогрессирования сердечной недостаточности. Также за период наблюдения отмечалась нормализация показателей САД и ДАД по данным суточного профиля артериального давления. При этом наилучшие результаты были в группах, где традиционная терапия дополнялась кардиоцитопротекторами.

Выводы: применение кардиоцитопротекторов в дополнение к стандартной терапии артериальной гипертензии приводит к большему снижению концентрации Nt-pro BNP в крови и нормализации показателей суточного мониторирования артериального давления, чем в группе без кардиоцитопротекторов.

РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХСН

Папченко С. В., Чудинов Г. В., Корниенко А. А.

*Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ,
г. Ростов-на-Дону*

Цель работы: Оценка среднеотдаленных результатов клинического использования кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) в лечении ХСН.

Материалы и методы: За 2006–2010 гг. трехкамерные (бивентрикулярные) электрокардиостимуляторы (ЭКС) были имплантированы 38 пациентам (22 мужчинам и 16 женщинам) в возрасте от 42 до 74 лет. Этиология: первичная и вторичная ДКМП. У 22 пациентов отмечалась постоянная форма ФП, у 11 пациентов — пароксизмальная ФП, 5 пациентов были с синусовым ритмом и ПБЛНПГ. Все пациенты до имплантации устройства КРТ имели III–IV ф. к. ХСН по классификации NYHA, средняя фракция выброса левого желудочка (ФВ) по данным эхокардиоскопии (ЭхоКС) исходно составляла 28,4%, имелись выраженные явления межжелудочковой диссинхронии (по данным ЭхоКС), средняя длительность комплекса QRS исходно составляла 183,5 мс. Все пациенты до операции получали оптимальную медикаментозную терапию без существенного клинического эффекта. 18 пациентам с постоянной тахисистолической формой фибрилляции предсердий одномоментно выполнена радиочастотная абляция атриовентрикулярного соединения с созданием полной атриовентрикулярной блокады.

26 пациентам правожелудочковый электрод имплантирован в септальную позицию. Пациентам выполнена имплантация трехкамерных (бивентрикулярных) аппаратов InSyns III (Medtronic) и Stratos LV-T (Biotronik). До и после операции всем пациентам выполняли ЭКГ, ЭхоКС каждые 6–12 мес. и программирование бивентрикулярных ЭКС с подбором оптимальной межжелудочковой задержки каждые 6 мес. после имплантации аппаратов. Сроки наблюдения составили до 48 мес.

Результаты: У всех пациентов отмечено улучшение клинического состояния в виде уменьшения одышки при ходьбе, уменьшения отечности нижних конечностей, субъективного улучшения самочувствия и объективных показателей по данным ЭКГ и ЭхоКС. У 34 пациентов класс ХСН по классификации NYHA снизился до II ф.к. ФВ левого желудочка увеличилась в среднем до 36,3%. Длительность комплекса QRS при бивентрикулярной стимуляции уменьшилась в среднем на 22% по отношению к длительности комплекса QRS на собственном ритме и составила 143,2 мс. У большинства пациентов отмечено исчезновение или клинически значимое уменьшение степени межжелудочковой диссинхронии.

Выводы: 1. Кардиоресинхронизирующая терапия является высокоэффективным методом лечения пациентов с выраженной ХСН.

Оптимизация межжелудочковой ресинхронизации достигается при программировании оптимальной RV–LV задержки и позиционировании правожелудочкового электрода в септальную позицию.

Подбор оптимальных параметров бивентрикулярной стимуляции (программирование) обязательно должен проводиться регулярно и под ЭхоКС контролем.

АНТИАГРЕГАНТНЫЙ ЭФФЕКТ АДЕНОЗИНТРИФОСФАТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*В. М. Провоторов, Ю. А. Коневских, Е. Л. Дружинина
Воронежская Государственная Медицинская Академия
им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

Цель исследования: изучение антиагрегантных свойств аденозинтрифосфата (АТФ), а также его сочетания с дипиридамолом при кардиопульмональной патологии у пожилых пациентов.

Материалы и методы: обследовано 52 пациента в возрасте от 57 до 82 лет (средний возраст $65,8 \pm 11$ лет), поступивших в стационар в связи с ухудшением течения заболеваний сердечно — сосудистой и респираторной систем, у которых документально была подтверждена непереносимость ацетилсалициловой кислоты и высокий риск тромбообразования. Выраженность агрегации тромбоцитов оценивалась с помощью визуальных тестов (агрегация индуцированная ристомицином и АДФ). Во всех трех группах тесты визуальной оценки агрегации тромбоцитов до начала терапии достоверно не различались (при $p < 0,05$) между собой и составляли при: тест- агрегации, индуцированной ристомицином — 26 ± 7 сек.; при тест — агрегации, с помощью АДФ 20 ± 4 сек. Пациенты были разделены на три группы: получавших только АТФ (инфузия 1% раствора АТФ со скоростью 5 мг/кг в час в течение 20 мин), получавших АТФ и дипиридамола (к внутривенной инфузии добавлялся пероральный прием дипиридамола в дозе 75 мг/сут) и контрольная группа (осуществлялся прием плацебо). Эффект оценивался на третьи сутки и включал не только результаты лабораторной оценки агрегации тромбоцитов, но и обратное развитие симптомов заболевания.

Результаты: использование АТФ дало положительный эффект у 42 больных (84,3%), в том числе у 14 человек в первой группе (68,9%) и у 21 человека во второй группе (81,4%). В первой группе визуальный тест агрегации, индуцированной ристомицином, составил 17 ± 4 сек, тест — с АДФ — 14 ± 2 сек., во второй группе эти показатели составили 14 ± 1 сек. и 10 ± 2 сек соответственно. В третьей группе: тест с ристомицином 22 ± 3 сек., тест с АДФ 19 ± 2 сек. ($p < 0,05$) В третьей группе уменьшение времени агрегации тромбоцитов отмечалось лишь у 4 человек (8,3%), среднее измерение времени агрегации в группе 3 до и на третьи сутки лечения при $p < 0,05$ достоверно не различалось. Также в первых двух группах отмечалась положительная динамика течения заболевания, подтвержденная данными ЭКГ и спирографии, в том числе и самочувствия пациентов, оцениваемая с помощью опросников.

Выводы:

Аденозинтрифосфат обладает достаточным антиагрегационным эффектом как при назначении самостоятельно, так и в сочетании с дипиридамолом.

В случаях наличия у пациентов противопоказаний к назначению аспирина как дезагреганта возможно, учитывая его дезагрегационную активность, применение АТФ.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ СТАТУС ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Евсевьева М. Е., Мартынов М. Ю., Кветковская А. А., Ростовцева М. В.
Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь
Российский государственный медицинский университет, г. Москва*

Актуальность: инсульт — серьезная медико-социальная проблема, решение которой в значительной степени определяется своевременным выявлением факторов риска, к которым многие авторы относят ассоциированную кардиальную патологию. Однако указанные взаимосвязи изучены недостаточно

Цель: клинично-инструментальная оценка сердечно-сосудистой статуса больных, угрожаемых по возникновению острой цереброваскулярной патологии.

Материал и методы: обследовано 134 больных неврологического профиля в возрасте от 40 до 65 лет (Ж 85, М 49), из которых 33 перенесли в течение последних 3–4 месяцев инсульт (1-я гр.), 101 страдали ДЭ на фоне АГ или высокого нормального АД, из которых у 26 диагностирована ИБС (2-я гр). Обследование включало анкетирование для выявления факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР), антропометрию, липидо- и коагулограмму, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также дуплексное сканирование ЭКА. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета анализа BIOSTATICA. Для предоставления исследования типа «случай-контроль» используется логистическая регрессионная модель- отношение шансов. **Результаты:** В основной группе пациентов, уже перенесших инсульт, АГ встречалась у всех 33 человек (100%), сочетание с ИБС у 18 (54%). Стенокардия напряжения — у 15 (45%), сочетание с постинфарктным кардиосклерозом у 3 (9%), постинфарктный кардиосклероз- у 1 человека (3%). Среди осложнений АГ и ИБС выявлена сердечная недостаточность в основной группе у 22 человек (66%), в группе сравнения у 25 человек (25%); также экстрасистолия желудочковая в 1 группе у 6 пациентов (18%), во 2 группе у 14 (14%) В группе сравнения у 45 человек (47%) наблюдалось поражение различных органов-мишеней, из них сочетание с ИБС отмечено у 26 пациентов (26%). Стенокардия напряжения выявлена у 18 человек (19%), постинфарктный кардиосклероз и стенокардия напряжения у 4 (4%), изолированный постинфарктный кардиосклероз у 1 (1%), ИБС: аритмический вариант у 2 больных (2%).

Выводы: Обнаружен достаточно четкий параллелизм в клинике сосудистых проявлений со стороны сердца и головного мозга у больных

АГ. Формирование диагностической и лечебной тактики при АГ необходимо проводить с учётом необходимости своевременного выявления нарушений не только кардиального, но и церебрального профиля. Прогноз в группе риска по развитию инсульта должен строиться с учётом результатов комплексного лабораторно-инструментального обследования сердечно-сосудистой системы.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Цель: изучить особенности нейровегетативного статуса (методом оценки вариабельности ритма сердца (ВРС) и изменений микроциркуляции у женщин с хирургическим климаксом в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы: Обследованы 35 женщин (средний возраст $45 \pm 5,3$ года) в состоянии хирургической постменопаузы, имеющие клинические и лабораторные (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 20 МЕ/л) признаки дефицита эстрогенов. В группе контроля обследовано 15 здоровых женщин в возрасте 44 ± 5 лет с сохраненной менструальной функцией, не имеющих гинекологической и соматической патологии. Для оценки состояния микроциркуляторного русла нами использован неинвазивный метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). Для оценки ВРС проводилось мониторирование ЭКГ аппаратом «Кардиотехника 4000» на протяжении 24 часов. Суточное мониторирование АД (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «Сайк*еш-01» (фирма Meditech, Венгрия). Статистическая обработка проведена с помощью программы Biostat с использованием параметрических (критерий Стьюдента) и непараметрических (критерий Манна-Уитни и хи-квадрат χ^2) статистических методов.

Результаты: При проведении СМАД у 40% женщин с хирургическим климаксом выявлена артериальная гипертензия 1 степени (средние цифры АД $144,5 \pm 5$ мм рт.ст.). Оценку микроциркуляции и вариабельности ритма сердца проводили с учётом наличия артериальной гипертензии.

При этом 1-ю группу составили 21 женщина с хирургическим климаксом, без АГ; во 2-ю группу вошли 14 женщины после операции с повышенным АД, 3-я группа — 15 женщин из группы контроля с нормальным уровнем АД. В рамках временного анализа при оценке показателя SDNN (стандартного отклонения величин интервалов NN за весь рассматриваемый период) у женщин 2-й группы отмечалось снижение общей ВРС на 20,8% ($p < 0,05$), по сравнению с неоперированными женщинами. У женщин в хирургической постменопаузе также отмечалось уменьшение показателя rNN50, характеризующего тонус парасимпатической нервной системы, в 1,2 раза ($p < 0,05$), по сравнению с группой контроля. При спектральном анализе ВРС показатель общей мощности спектра (Tp) был снижен на 24% у женщин 2-й группы ($p < 0,05$), на 20% — во 1-й группе; показатели очень низкочастотных колебаний (VLF) снизились на 18,7% в обеих группах; значительное снижение отмечалось низкочастотных колебаний (LF) — на 60% у женщин 2-й группы и на 43% у женщин 1-й группы ($p < 0,05$), также уменьшились показатели и в высокочастотной области спектра (показатель HF) — в среднем на 19% в обеих группах ($p < 0,05$), по сравнению с группой контроля. Коэффициент, характеризующий вегетативный баланс (LF/HF) во 1-й группе был увеличен на 21,4%, а у женщин 2-й группы на 28,5%, по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$), и составил 3,6 при норме 2–3. При анализе ЛДФ-грамм у женщин 1-й группы отмечалось снижение показателя микроциркуляции в 1,2 раза, у женщин с АГ в 1,6 раза ($p < 0,001$). Наибольшее увеличение нейрогенного и миогенного сосудистого тонуса в 1,4 раза ($p < 0,001$) регистрировалось в 2-й группе. Отмечалось увеличение показателя шунтирования у женщин с хирургическим климаксом в 1,4 раза по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$). В группе женщин без АГ максимальная амплитуда эндотелиального диапазона колебаний (Аэ) уменьшалась в 1,2 раза ($p < 0,001$), а в группе с АГ — в 2 раза ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля. Максимальная амплитуда пульсовых колебаний снижалась относительно контроля у женщин 2-й группы в 1,6 раз ($p < 0,001$). Отмечалось увеличение амплитуды дыхательного диапазона колебаний (Ад) в 1,5 раза, статистически значимое в 2-й группе ($p < 0,001$).

Выводы: У женщин с хирургической менопаузой при наличии формирующейся артериальной гипертензии имеют место значительные нарушения микроциркуляции, возрастает миогенный и нейрогенный тонус сосудов, снижается вариабельность ритма сердца, при этом отмечается преобладание низкочастотной (симпатической) составляющей спектра и повышенное соотношение мощности низко- и высокочастотных колебаний.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖИТЕЛЕЙ РОСТОВА-НА-ДОНУ И ОБЛАСТИ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ

*Разумовский И. В., Алимхаджиев А. А., Хаишева Л. А., Шлык С. В.
МЛПУ ГБСМП № 2, РостГМУ, Ростов-на-Дону*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, кардиологические болезни ежегодно уносят более 17 миллионов жизней. А это 30% всех случаев преждевременной смерти. В последние годы наблюдается прекращение роста и даже некоторое снижение смертности населения России от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), однако, не смотря на это, смертность от ССЗ в нашей стране продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе. Особую тревогу вызывает рост преждевременной смертности среди населения трудоспособного возраста. Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности факторов риска (ФР) развития ССЗ у людей разных возрастных групп.

Материалы и методы: в обследовании после социальной рекламы в средствах массовой информации приняло участие 844 человека из них 631 женщина (74,8%) и 213 мужчин (25,2%), средний возраст которых $55,2 \pm 18,4$ и $48,5 \pm 14,8$ лет соответственно. Женщины достоверно старше мужчин. Респонденты были разделены по полу и возрасту согласно классификации ВОЗ. Первая группа от 0 до 29 лет (90 женщин, 14%; 24 мужчины, 11%), вторая — от 30 до 44 лет (59 женщин, 9%; 23 мужчины, 10%), третья — от 45 до 59 лет (143 женщины, 22%; 47 мужчин, 20%), от 60 до 74 лет (280 женщин, 44%; 87 мужчин, 40%), от 75 до 89 лет (59 женщин, 9%; 32 мужчины, 15%). Нами оценивались следующие ФР развития ССЗ: пол, возраст, уровень систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), уровень общего холестерина (ОХС), индекс массы тела (ИМТ). Все обследования были проведены в первой половине дня, натощак, без приема гипотензивных и гиполипидемических препаратов. Статистическая обработка данных была проведена с помощью программ Statistica 6.0 и Biostat, оценивались следующие показатели: критерий Стьюдента, критерий z, критерий хи-квадрат; достоверными считали различия между соответствующими показателями при $p < 0,05$. Нами получены следующие **результаты:** минимальные значения САД и ДАД наблюдаются в первой возрастной группе, как у мужчин, так и у женщин. Необходимо отметить, что в группе женщин 45–59 лет, где было достоверно большее

количество респонденток (143 человека), чем в предыдущих группах, что вероятно, можно расценить как впервые возникающие проблемы со здоровьем и поиск их решения, а так же указывает на большую приверженность к обследованию и диагностике, наблюдаются пограничные значения САД ($134,07 \pm 19,94$ мм рт. ст.) и ДАД ($85,77 \pm 12,55$ мм рт. ст.), которые достоверно больше чем в I-ой и II-ой группах. Действительно, именно в этом возрасте начинают происходить гормональные изменения в организме женщины, уменьшается защитная роль эстрогенов, начинается климактерический период. В старших возрастных группах наблюдаются максимальные значения САД для всех обследуемых, однако с ДАД ситуация иная, начиная с 60 лет значения ДАД прекращают повышаться. Известно, что пульсовое АД увеличивается с возрастом. Это расхождение приводит к формированию изолированной систолической гипертензии. С возрастом пульсовое артериальное давление становится все более значимым фактором риска. Установлено, что почти у 100 % людей среднего возраста разовьется артериальная гипертензия к 85 годам. Уже в первой возрастной группе женщин наблюдаются пограничные значения ОХС ($4,72 \pm 0,81$ ммоль/л), у мужчин этот показатель несколько ниже ($4,34 \pm 0,64$ ммоль/л). Причем в группе от 45 до 59 лет 60,84 % женщин и 88,9 % мужчин имеют уровень ОХС более 5,0 ммоль/л. Максимальные значения ОХС наблюдаются в возрастной группе старше 60 лет и составляют $5,48 \pm 0,87$ ммоль/л у женщин и $5,24 \pm 0,54$ у мужчин. Достоверного увеличения уровня ОХС с возрастом от 60 лет до 89 не выявлено. Почти половина (45,76 %) женщин и 34,7 % мужчин в возрасте старше 30 лет страдают избыточной массой тела или ожирением. Максимальные значения ИМТ наблюдаются в третьей возрастной группе и составляют $29,31 \pm 5,27$ кг/м² у женщин и $28,74 \pm 3,12$ кг/м² у мужчин. После 75 лет значения ИМТ несколько снижаются.

Выводы: женщины более привержены, чем мужчины, как к рекламной агитации, так и обследованию. Мужчины, начиная с 30 лет, имеют тенденцию к увеличению уровня САД, ДАД, уровня ОХС, ИМТ. В возрастной группе старше 45 лет, как у женщин, так и у мужчин достоверно чаще выявляются факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом первичная профилактика ССЗ, в основе которой лежит концепция ФР должна быть направлена именно на эту категорию населения.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Ремизова А. И., Заболотских Т. Б., Петрова И. Н., Медведева Ю. Н.,
Запеева В. В.*

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Цель работы: изучить особенности вегетативной регуляции при гипертонической болезни и метаболическом синдроме.

Обследовано 35 больных с гипертонической болезнью II и III стадии (ГБ) и 25 больных с метаболическим синдромом (МС). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, средний возраст которых был 38,6 лет. Средний возраст пациентов с ГБ — 45,5 лет; с МС — 46 лет.

Верификация МС осуществлялась в соответствии с Российскими рекомендациями (2007 г., 2009 г.) при наличии абдоминального ожирения и/или дислипидемии и нарушения углеводного обмена. Артериальная гипертензия отмечалась у всех обследованных с МС.

Вегетативный статус определяли методом вариационной пульсометрии с помощью компьютеризированного аппарата «Кардиоанализатор МТК-20» и ритмокардиомонитора «ЭЛОН-001». Определяли следующие показатели: амплитуду моды (АМО), вариационный размах (ВР), коэффициент вариации (КВ), уровень лабильности пульса (УЛП), индекс вегетативного равновесия (ИВР) и индекс напряжения регуляторных систем (ИН). Рассчитывали параметры ИВР и ИН, предложенные Р. М. Баевским.

У всех лиц с МС выявлено увеличение АМО, ИВР, ИН в 1,5–2 раза относительно контрольной группы, что указывало на преобладание симпатических влияний. Показатели ВР, КВ, УЛП, ассоциированные с вагусными воздействиями, имели у этих больных соответственно реципрокную направленность. При ГБ «симпатикотония» была выявлена лишь у 62% больных. У 4 больных с ГБ отмечалась «ваготония», так как показатели ВР, КВ, УЛП превышали контрольные значения при одновременном снижении «маркеров симпатических влияний» — АМО, ИВР, ИН. В 9 случаях АМО, ИВР, ИН не выходили за пределы контрольных величин и оценивались как состояние эутонии.

Таким образом, полученные результаты подтверждают симпатическую гиперактивность при метаболическом синдроме и указывают на ее важную роль в формировании метаболических нарушений при метаболическом синдроме. В связи с чем необходимо учитывать данный факт в подборе антигипертензивной терапии у больных с метаболическим синдромом.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР НЕИЗМЕНЕННОГО КОРНЯ АОРТЫ

*Россоха О. А., Шелестова И. А., Болдырев С. Ю., Барбухатти К. О.
Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар*

Цель работы — с помощью метода чрезпищеводной эхокардиографии (ТЭЕ) выявить и изучить взаимосвязь линейных размеров структур неизмененного корня аорты для оптимизации и успешного выполнения клапансохраняющих процедур с реконструкцией стереометрии нормального корня аорты у пациентов с патологией аортального клапана и восходящей аорты.

Материалы и методы — обследовано 32 пациента без регургитации и грубой патологии аортального клапана (без фиброза, кальциноза и аномалии развития створок). Транспищеводные эхокардиографические исследования проводились на ультразвуковых аппаратах экспертного класса iE 33 и Sonos 7500 фирмы «Philips», Acuson ASPEN фирмы Siemens мультиплановым датчиком по общепринятой методике с использованием всех возможных режимов визуализации. Из позиции по короткой оси аортального клапана (45°) проводилось измерение длины свободного края створки АК. Из позиции по длинной оси АК (5-тикамерная позиция 120°) измерялась высота коаптации створок (расстояние от уровня фиброзного кольца АК до верхнего края коаптирующих створок), высота синусов Вальсальвы (расстояние от уровня фиброзного кольца АК до уровня синотубулярного гребня) и диаметр фиброзного кольца (ФК АК). Все измерения проводились в диастолу.

Результаты — у обследуемой группы пациентов диаметр фиброзного кольца АК находился в пределах 18–27 мм. При измерении линейных параметров корня АО была установлена следующая закономерность — у пациентов с нормальным корнем аорты высота коаптации створок АК равна приблизительно половине высоты синусов Вальсальвы и половине длины свободного края аортальной створки. Длина свободного края створки АК приблизительно равна высоте синусов Вальсальвы (1:1). Средняя величина высоты коаптации створок составила 11,3 мм (± 2 мм) для всех диаметров ФК АК.

Размер фиброзного кольца АК, мм	Высота коаптации створок, мм	Высота синусов Вальсальвы, мм	Длина свободного края створки АК, мм
18 (n = 2)	8,7 (7,8–9,5)	18,3 (18,0–18,6)	18,4 (17,9–18,8)
19 (n = 3)	9,7 (9,0–10,1)	19,2 (18,8–19,4)	19,7 (19,3–20,1)
20 (n = 2)	10,1 (9,5–10,7)	20,8 (20,5–21,0)	20,7 (20,4–21,1)

21 (n = 7)	10,8 (10,1–11,3)	21,9 (21,6–22,2)	21,6 (21,3–22,0)
22 (n = 5)	11,2 (10,8–12,0)	22,3 (21,9–22,8)	22,2 (22,0–22,8)
23 (n = 8)	11,9 (11,0–12,8)	23,7 (23,3–23,9)	23,9 (22,6–24,3)
25 (n = 3)	12,7 (12,3–12,9)	25,1 (25,0–25,3)	25,3 (25,2–25,5)
27 (n = 2)	12,9 (12,7–13,1)	27,0 (26,8–27,2)	27,4 (27,2–27,6)

Выводы — учитывая выявленную взаимосвязь высоты коаптации створок, высоты синусов и длины свободного края створки, интраоперационная ТЕЕ может оказать быструю и эффективную помощь в измерении и расчете нормальной геометрии корня АО при выполнении клапансохраняющих операций у пациентов с аортальной недостаточностью (АН). Так, при выполнении процедуры Wolfe, зная длину свободного края створки, возможно рассчитать оптимальную высоту неосинуса; при реимплантации АК по David — высоту фиксации комиссур к синтетическому протезу, а после операции оценить высоту коаптации реимплантируемых створок как предиктора ранней АН.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ ST НА ЭКГ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МУЗ ГБСМП ИМ. В. И. ЛЕНИНА Г. ШАХТЫ

*А. А. Рябов, М. И. Петренко, Л. Н. Беликова, В. Б. Мартыненко
МУЗ ГБСМП им. В. И. Ленина г. Шахты*

Предпосылки для проведения исследования. Одним из важнейших компонентов в лечении острого инфаркта миокарда (ОКС с подъемом ST на ЭКГ) является системный тромболизис, который в нашем отделении активно применяется с 2008 г.

Цель исследования. Целью исследования было оценить эффективность системного тромболизиса у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), выявить наиболее частые осложнения тромболитической терапии, влияние на летальность у больных с ОКС.

Популяция пациентов. В исследование были включены 66 пациентов с ЭКГ-подтвержденным ОИМ, госпитализированные в первые 6 часов от начала заболевания в блок реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения МУЗ ГБСМП им. В. И. Ленина г. Шахты в 2009 г.

Вмешательство. Проведение системного тромболизиса препаратами актилизе и стрептокиназой на фоне базисной терапии.

Критерии оценки. Сердечно-сосудистые смерти на госпитальном этапе, сроки снижения сегмента ST до изолинии, формирование отрицатель-

ного зубца Т на ЭКГ, возникновение нарушений ритма, проводимости, развитие перикардитов, аневризмы желудочка.

Основные результаты. Все пациенты, включенные в исследование, получали базисную медикаментозную терапию (антикоагулянты, дезагреганты, анальгетики, Р — блокаторы, ИАПФ, нитраты). Тромболитический препарат стрептокиназа назначался 20 пациентам, актилизе — 46. Возраст пациентов — от 38 до 86 лет; женщины составляли 18,2% (12 человек), мужчины 81,8% (54 человека); крупноочаговые ОИМ отмечались в 87,8% (58 человек), мелкоочаговые ОИМ — в 12,2% (8 пациентов); первичные ОИМ регистрировались у 68,1% (45 пациентов), повторные ОИМ — у 31,8% (20 пациентов). Частота смертельных исходов составила 15,15%. Фатальные осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок отмечался в 7,69%, фибрилляция желудочков — в 9,85%; асистолия — в 8,74%; острая левожелудочковая недостаточность — 6,62%, перикардиты — 11,01%, фибрилляция предсердий — 8,84%. Положительная динамика ЭКГ отмечалась в следующие сроки: среднее значение времени снижения сегмента ST до изолинии — 5,33 суток, формирования отрицательного зубца Т — 3,04 суток. Осложнения тромболитической терапии регистрировались в виде подкожных гематом в местах инъекций (26,1%), значимых кровотечений не было. Летальность от ОИМ по отделению за последние годы составила: 2006—14,05%, 2007—13,38%, 2008—12,96%, 2009—11,2%. Выводы. Проведение тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST снижает смертность от ОИМ, ускоряет положительную динамику ЭКГ, снижает количество осложнений острого инфаркта миокарда.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРЕДИКТОРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ, НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ

Сабанова З. Х., Эльгарова Д. А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик

Цель: изучить распространенность предикторов атеросклероза (АС) у сельских школьников 7–17 лет.

Материал и методы: выполнено эпидемиологическое исследование 769 сельских школьников 7–17 лет: измерение артериального давления (АД), определение степени физической активности (НФА) и привычек курения (К), избыточной массы тела (ИМТ), биохимические ис-

следования обмена липидов в 15%-я выборке 10–17 летних учащихся; анкетирование для оценки питания школьников (10%-я выборка) стандартным методом суточного воспроизведения с помощью пищевых муляжей (Халтаев Н. Г., 1977).

Результаты: установлена достаточно высокая частота предикторов АС у 67,3% мальчиков (М) и 83,5% девочек (Д). Чаще наблюдалась гиподинамия у девочек (80,7%), чем у мальчиков (59,2%), реже — нарушения липидного обмена (24,6%), повышение АД (ПАД, 10,0%), ожирение (6,3%) и курение (К, 3,2%). Обнаружена также связь уровней систолического (САД) и диастолического (ДАД) с длиной тела (ДТ) и степенью полового созревания. В различных половозрастных группах степень корреляции с ДТ варьировала для САД от 0,13 до 0,47, для ДАД — от 0,17 до 0,42. Сила связи для массы тела колебалась в пределах 0,24–0,94 для САД и 0,18–0,40 — для ДАД. Достоверные положительные корреляции ($p < 0,001$) обнаружены между САД, ДАД и величиной индекса Кетле ($r = 0,18 + 0,35$ и $r = 0,10 + 0,25$ соответственно). Выявленная в большинстве групп значимая прямая связь уровней АД со степенью полового созревания ($r = 0,14 + 0,30$, $p < 0,05–0,001$) объясняет достоверно более высокие цифры САД (в среднем на 4–5 мм рт.ст.) у девочек с наступившим менструальным циклом по сравнению с неменструирующими школьницами ($p < 0,05$).

Изучение особенностей питания сельских школьников обнаружило несбалансированность суточных рационов, выражавшиеся в недостатке животного белка ($28,7 \pm 0,85$ г), сложных углеводов ($130,9 \pm 0,85$ г), полиненасыщенных жирных кислот ($9,6 \pm 0,28$ г), избыточном потреблении насыщенных жирных кислот ($28,9 \pm 0,9$ г), легкоусвояемых углеводов ($67,6 \pm 1,9$ г), выраженном дефиците ретинола, витаминов группы В, С и кальция. Энергетическая ценность рациона и уровень потребления основных пищевых веществ оказались достоверно ($p < 0,05$) выше у М ($1937,6 \pm 54,1$ ккал.), чем у Д ($1509,3 \pm 34,5$ ккал.).

Около трети (28,7%) школьников имели 2 и более ФР АС. Наиболее частыми комбинациями были липидные нарушения и гиподинамия (10,5%), а также гиподинамия и ПАД (6,4%), НФА и нерациональное питание (НП, 12,6%), НФА и ИМТ (11,7%), НФА и ПАД (8,9%), ДЛП и ПАД (3,7%). Комбинация 3-х ФР (чаще НФА с ИМТ и ДЛП, а также НФА, ИМТ и НП, реже НФА с ИМТ и ПАД) варьировала от 0,9 до 2,1%. В целом, среди сельских школьников чаще всего регистрировались НП (80,3%), НФА (71,1%) и ПЭН (62,6%), далее — К (27,3%), ДЛП (21,9%) и ПАД (9,1%).

Полученные данные свидетельствуют о зависимости частоты предикторов атеросклероза от образа жизни, возраста и пола сельских школь-

ников. Результаты исследования позволили сформировать комплексную систему медицинского просвещения учащихся («Уроки здоровья») и динамического контроля их психосоматического статуса, реализация которой установила изменения образа жизни детей, модификацию привычек поведения, движения и питания, тенденцию к восстановлению нейропсихологических характеристик (личностная и ситуационная тревожность).

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ.

*Сависько А. А., Тараканова Т. Д., Гончаров С. Г., Щербак Л. С.,
Глухова А. Ю., Лопуть Д. В.*

*ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Ростов-на-Дону.*

Целью настоящего исследования явилось изучение физического развития и особенностей сердечно-сосудистой системы подростков 11–17 лет.

Материалы и методы. В МЛПУЗ «Детская городская поликлиника № 45» обследовано 153 подростка в возрасте от 11 до 17 лет (мальчики — 62,75%, девочки — 37,25%). Учитывая состояние здоровья детей, сформировали две группы: 1-я — 110 подростков с 1-й и 2-й группой здоровья (мальчиков — 61,82%, девочек — 38,18%), 2-я — 43 подростка с 3-й и 4-й группой здоровья (мальчиков — 65,12%, девочек — 34,88%). Оценку уровня и гармоничности физического развития проводили по таблицам центильного типа. Соматотипирование (габаритный уровень варьирования) проводили по Дорохову Р. Н. (1994 г.). Всем подросткам было проведена эхокардиография. Рассчитывался сердечный индекс (СИ).

Результаты. Анализируя антропометрические параметры подростков, установили, что гармоничное физическое развитие (ГФР) чаще регистрировались у здоровых детей (56,36%), чем у подростков с хронической патологией (20,93%). Дети с дисгармоничным физическим развитием с дефицитом массы тела (ДМТ) и с избытком массы тела (ИМТ) преобладали у подростков с хронической патологией (44,19% и 34,88% соответственно), а у здоровых детей ДМТ и ИМТ выявлен в 16,36% и 27,27% случаях. У мальчиков с хронической патологией преобладал ИМТ (42,86%), а у девочек преобладал ДМТ (66,67%).

Проведенное соматотипирование выявило, что макросомный (МаС) соматотип (СТ) преобладал в группе здоровых (29,09%) и у детей с хрониче-

ской патологией (34,88%). Мезосомный (МеС) СТ в первой группе занимал второе место (25,45%), а у детей с хронической патологией на втором месте выявлен микромезосомный (МиМеС) СТ (30,23%). Третье место у здоровых занял МиМеС СТ (19,09%), а у больных — МеС (20,93%). У детей обеих групп по состоянию здоровья четвертое место занимает микросомный (МиС) СТ, а мезомакросомный (МеМаС) СТ пятое место. Мегалосомный (МеГС) СТ определен только у 2-х мальчиков обеих групп.

В ходе исследования выявлено, что у мальчиков (56,25%) преобладал гипокинетический тип гемодинамики (ГипоТГ), а у девочек (40,35%) эукинетический тип гемодинамики (ЭуТГ). У мальчиков ЭуТГ отмечался в 30,21% случаев, гиперкинетический (ГиперТГ) — 13,54%. У девочек ГипоТГ отмечался у 38,60% обследованных, ГиперТГ — у 21,05%. С 11 до 17 лет доля ГиперТГ уменьшается с 80% до 10,42%, а доля ЭуТГ и ГипоТГ увеличивается. Анализ распределения типов гемодинамики в зависимости от СТ, выявил следующие особенности: у детей с МеС СТ (51,35%), МаС СТ (63,83%), МеГС СТ (100%) встречался чаще ГипоТГ; у подростков с МеМаС СТ в одинаковом проценте случаев встречается эукинетический и гипокинетический тип гемодинамики, при полном отсутствии ГиперТГ; у детей с МиС СТ чаще встречался гиперкинетический тип гемодинамики (42,11%), а у 41,18% детей с МиМеС отмечался ЭуТГ.

У подростков с ДфрИМТ преобладал ГипоТГ (71,11%), а у детей с ГФР и ДфрДМТ гипокинетический и эукинетический тип гемодинамики выявлялся почти с одинаковой частотой.

Проведенное исследование показывает, что типы гемодинамики у подростков тесно связаны с возрастом и полом подростка, а также с особенностями физического развития.

ВЛИЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ

*Савицько А. А., Шестопалов А. В., Теплякова Е. Д., Шкильнюк Н. Е.
ГОУ ВПО Рост ГМУ, г. Ростов-на-Дону*

Цель. Исследование кардиотоксичности у пациентов с острым лимфобластным лейкозом в динамике полихимиотерапии в зависимости от перегрузки железом и процессов свободно-радикального окисления.

Методы исследования. Проведено обследование 47 детей с острым лимфобластным лейкозом, из них 26 девочек и 21 мальчиков. Средний

возраст 7,5 лет. Все пациенты были обследованы до начала полихимиотерапии, после индукции ремиссии и после окончания интенсивной полихимиотерапии. Группу сравнения составили 15 практически здоровых детей сопоставимых по возрасту и полу основной клинической группе.

Всем больным было проведено клинико-инструментальное обследование. Обязательными были следующие исследования: концентрация железа в сыворотке крови, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС), ферритина сыворотки крови, хемилюминесценция плазмы, электрокардиография, эхокардиография, доплерография. Оценку интенсивности свободнорадикального окисления проводили методом перекись-индуцированной люминозависимой хемилюминесценции плазмы крови. Определение окисленных липопротеидов (ЛП) сыворотки крови осуществляли по методу Yagi K. Резистентность β -ЛП к окислению оценивали методом Рагино Ю. И. и Душкина М. И.

Результаты. У всех пациентов была выявлена анемия 2–3 степени. Исследование показателей железа крови у детей больных острым лимфобластным лейкозом в динамике полихимиотерапии выявило повышение его уровня на 55,4% ($p < 0,05$) до начала полихимиотерапии, повышение уровня железа на 29,2% ($p < 0,05$) на втором сроке исследования, повышение на 45,2% ($p < 0,05$) на третьем сроке, что сопровождалось снижением ОЖСС на 9,4%, 7,8% и 6,9% соответственно по сравнению с контрольной группой. Концентрация ферритина сыворотки до начала терапии увеличена у всех больных, а на фоне терапии его содержание становится еще выше ($>1200+150$ мкг/л). Вероятно, эти изменения свидетельствуют о развитии независимой от содержания железа анемии и формировании перегрузки железом в результате неоднократных переливаний эритроцитарной массы. Хемилюминесцентный анализ показал, что в крови детей до начала химиотерапии регистрируется активация свободно-радикального окисления. Статистически значимых изменений в содержании окисленных липопротеидов выявлено не было. После проведения индукции ремиссии картина значительно не изменилась. У больных окончивших интенсивную полихимиотерапию со стороны показателей хемилюминесценции плазмы крови зарегистрировано увеличение спонтанного свечения на 32,7% ($p < 0,05$), светосуммы на 18,9% ($p < 0,05$) на фоне снижения спонтанной и индуцированной окисленности липопротеидов на 28% ($p < 0,05$) и на 55,5% ($p < 0,05$) соответственно. Последнее обстоятельство очевидно обусловлено переходом гидроперекисей из липидной фазы липопротеиновых частиц в водную среду вследствие длительной активации ПОЛ. Это свидетельствует о потенцировании проокислительных свойств химиотерапевтических препаратов избыточным содержанием железа. Вместе с тем у всех обследуемых детей регистрировалось нарушение

функции сердечно-сосудистой системы в виде перикардиального выпота — 11,5%, ишемия миокарда (изменения ST, инверсия зубца T) — 5,8%, аритмий — 54%, нарушение диастолической функции сердца — 46,2%.

Заключение. Результаты проведенного исследования выявили повышение в крови уровня железа и связанного с этим увеличение генерации свободных радикалов у детей с острым лимфобластным лейкозом в динамике полихимиотерапии. Перегрузка железом усиливает свободнорадикальные эффекты химиопрепаратов, активирует ПОЛ, следствием чего, по-видимому, и являются сердечно-сосудистые осложнения. Это диктует необходимость контроля уровня железа, а также проведение мероприятий предотвращающих развитие перегрузки железом.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ЭТАПАХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ.

Савицько А. А., Теплякова Е. Д.

ГОУ ВПО Рост ГМУ, г. Ростов-на-Дону

В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении острых лимфобластных лейкозов у детей. Проблема осложнений при проведении полихимиотерапии у детей со злокачественными заболеваниями крови весьма актуальна и обусловлена в первую очередь высокой токсичностью химиотерапевтических средств. Одной из наиболее актуальных является проблема снижения токсико-инфекционных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Основным патогенетическим механизмом кардиотоксичности является генерация свободных радикалов кислорода, повреждающих клеточные структуры.

Целью настоящего исследования явилась оценка диастолической функции миокарда левого желудочка до начала полихимиотерапии, после индукции ремиссии и после окончания интенсивной полихимиотерапии.

Методы исследования. Проведено обследование 51 ребенка с острым лимфобластным лейкозом, из них 26 девочек и 25 мальчиков. Средний возраст 7,3 лет. Все пациенты были обследованы до начала полихимиотерапии, после индукции ремиссии и после окончания интенсивной полихимиотерапии. Группу сравнения составили 15 практически здоровых детей сопоставимых по возрасту и полу основной клинической группе.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у пациентов с острым лимфобластным лейкозом исходно изменена диастолическая функция ле-

вого желудочка по сравнению с таковой у здоровых детей. Соотношение пиковых скоростей трансмитрального потока Е/А в группе детей с острым лейкозом составило $1,72 \pm 0,42$, у здоровых детей — $2,02 \pm 0,5$. До начала полихимиотерапии у 30 детей (58,8%) с острыми лейкозами были выявлены различные нарушения ритма. После проведения индукции ремиссии систолическая дисфункция миокарда желудочков регистрировалась у 12 пациентов, диастолическая дисфункция у 9 детей, а комбинация систолической и диастолической дисфункции миокарда у 4 обследуемых, что соответственно составило 23,5, 17,6 и 7,8% соответственно. При этом после проведения интенсивной полихимиотерапии систолическая дисфункция миокарда желудочков регистрировалась у 33 пациентов, диастолическая дисфункция у 11 детей, а комбинация систолической и диастолической дисфункции миокарда у 7 обследуемых, что соответственно составило 64,7, 21,6 и 13,7% соответственно. Вместе с тем при исследовании системы перикисного окисления липидов было установлено, что в крови детей до начала химиотерапии регистрируется активация свободно-радикального окисления. У больных окончивших интенсивную полихимиотерапию со стороны показателей хемилюминесценции плазмы крови зарегистрировано увеличение спонтанного свечения на 32,7% ($p < 0,05$), светосуммы на 18,9% ($p < 0,05$) на фоне снижения спонтанной и индуцированной окисленности липопротеидов на 28% ($p < 0,05$) и на 55,5% ($p < 0,05$) соответственно.

Таким образом, на всех этапах полихимотерапии у детей с острыми лимфобластными лейкозами регистрируется систолическая и диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка, развивающаяся в результате токсического воздействия химиотерапевтических препаратов на миокард желудочков при потенцировании прооксидантных свойств химиотерапевтических препаратов.

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА (Клинический случай)

Садовничая Н.А, Батюшин М. М. РостГМУ, Ростов-на-Дону

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта — представляет собой внезапно возникающую тахикардию (до 180–220 ударов в минуту) вследствие наличия врожденных дополнительных очагов возбуждения и проводящих путей в сердечной мышце (пучка Кента). Несмотря на относительно небольшую распространенность синдрома WPW (выявляется у 0,01–0,3% населения),

высокая частота встречаемости у таких пациентов тахикартим, в том числе жизнеугрожающих: более чем в 50% случаев возникают пароксизмальные тахикартимии — наджелудочковые реципрокные (60–80% всех тахикартимии), фибрилляция предсердий (10–40%), трепетание предсердий 5%). Синдром WPW может протекать скрыто (диагностируют с помощью ЭКГ исследования), что связано с неспособностью дополнительных проводящих путей проводить импульсы в антеградном направлении. Лечение направлено как на профилактику и лечение пароксизмов тахикартим, так и на возможность радикального излечения, что определяет актуальность обсуждения этого заболевания.

Клинический случай.

Пациент К., 69 лет обратился в ОКБ№ 2 г. Ростова-на-Дону с жалобами на приступы ритмичных и аритмичных сердцебиений, приступообразные боли за грудиной жгучего характера при подъеме на 1 этаж, иррадиирующие в левую руку, длящиеся 5–6 мин, купирующиеся нитратсодержащими препаратами. Повышение АД до 190/110 мм рт.ст. Одышку при ходьбе более 150 метров.

При расспросе больного выяснено, что более 20 лет назад на основании типичных изменений на ЭКГ (укорочение интервала PQ, расширение и деформация комплекса QRS за счет дельта-волны) ему установлен диагноз «Манифестирующий синдром WPW». В 2005 году перенес ОИМ, после которого стал отмечать приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью от нескольких секунд до 2–3 минут, купирующиеся самостоятельно. Кроме того в течение многих лет пациента беспокоит периодическое повышение АД до 190/100 мм рт.ст. Последние 5 лет появились боли ангинозного характера.

Объективно: АД 160/100 мм рт ст D=S ЧСС 100 уд в мин ЧДД 22 в мин

Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичны. Систолический шум над аортой. Акцент 2 тона над аортой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сонных артерий патологические шумы не прослушиваются.

На ЭКГ: эл.ось отклонена влево, синусовая тахикардия ЧСС 100 уд в 1. Укорочение интервала P-Q до 0,10 с, ^ волна в комплексе QRS в ряде отведений.

Заключение: признаки WPW синдрома, очаговые повреждения миокарда задне-боковой стенки левого желудочка. Единичные наджелудочковые экстрасистолы.

На ЭХОКГ: склероз аорты. Уплотнение аортального, митрального клапанов. Концентрическая гипертрофия левого желудочка. Умеренная дилатация камер сердца.

Липидограмма: умеренное увеличение ОХС 5,6 ммоль/л.

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения ФКЗ. Постинфарктный кардиосклероз (2005 г). Артериальная гипертензия 3 стадии, группа риска 4.

Осложнения- ХСН 2 А ФКЗ Нарушение проводимости по типу синдрома WPW.

Назначенное лечение: Квадрорил 1 таб/сут, Метокард 25 мг 2 раза/день, Аторвостатин 10 мг/сут, Кардиомагнил 75 мг/сут, Омакор 1000 мг/сут.

Состояние больного стабилизировалось, приступов тахиаритмии не наблюдалось, приступы стенокардии сократились по частоте и интенсивности, АД достигло целевых значений.

Выводы. Постоянный синдром WPW, особенно с приступами аритмии нарушает внутрисердечную гемодинамику, что ведет к расширению камер сердца и снижению сократительной способности миокарда. Внезапная коронарная смерть при синдроме WPW наступает в 4% случаев, обычно вследствие фатальных аритмий (ФП, трепетания предсердий, желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков), что требует постоянного применения антиаритмических средств класса I а или I с.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН

Сарбашева З. М., Эльгаров А. А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик

Цель: изучить частоту эпидемиологических вариантов ишемической болезни сердца населения (ИБС) — стенокардии напряжения (СКН) и инфаркта миокарда (ИМ), факторов риска (ФР) атеросклероза (АС) среди работающих женщин.

Материал и методы. В соответствии с проектом «Эпидемиология ИБС и атеросклероза в различных регионах страны» (ВОЗ, ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий) обследованы 567 женщины 20–79 лет. В связи с различиями в характере трудовой деятельности были сформированы 3 группы: I-я (физического труда) — 244 чел., II-я (умственного труда) — 182 чел., III-я (операторских профессий) — 141 чел. С учетом возраста сформированы три подгруппы: 20–39 лет — младшая, 40–59 — средняя и 60–79-старшая (более половины из них работали).

Результаты и их обсуждение. Частота ИБС и ФР АС в целом зависела как от возраста, так и от особенностей профессиональ-

ной деятельности женщин. Следует отметить достаточно высокую частоту ИБС (15,6%), АГ (37,0%), низкой физической активности (НФА, 76,1%), избыточной массы тела (ИМТ, 43,0%) и дислипопропротеидемий (ДЛП, 39,3%), а также низкую информированность о гипертензии (19,7%) среди всех женщин 20–79 лет. Сравнение результатов исследования с учетом характера трудового процесса обнаружило связь распространенности СКН и ИМ, ФР АС от разновидности последнего. Эпидемиологические варианты ИБС–СКН, ИМ, а также АГ наблюдались в 1-й группе у 10,6–33,6% соответственно, во 2-й — у 19,5–15,3–35,0% и в 3-й — 30,9–21,0 — 42,3%. Отмеченная также тенденция к росту уровней НФА (71,2–69,1–88,0%), ИМТ (41,3–39,8–47,9%), ДЛП (34,2–39,0–44,8%), психоэмоционального напряжения (ПЭН, — 75,3–77,8%) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ, 25,8–25,2–41,2%) подтверждает влияние производственных условий на частоту ИБС. При этом, курение (К) среди животноводов регистрировалось чаще (20,7%), чем среди лиц умственного труда (17,1%) и транспортных профессий (15,7%), а употребление алкоголя (А) чаще — у лиц 2 группы (76,4%), реже — 3-й (67,4%) и 1-й (63,7%). Как в целом, так и с учетом особенностей профессии в младшей возрастной группе (20–39 лет) СКН и ИМ, их ФР регистрировались достоверно реже ($p < 0,05$), чем в средней (40–59 лет) и старшей (60–79 лет). Особого внимания заслуживает наряду с частотой АГ, уровень осведомленности о гипертензии, а также процент леченных и с терапевтическим результатом. Среди женщин 1-й группы знали о гипертензии лишь 19,4%, из которых лечились только 13,9% и эффективно 20,0%; среди лиц умственного труда — 21,1–76,9–61,5% и, наконец, что настораживает, — среди водителей транспорта осведомлены о болезни менее четверти (22,2%), лечились 25,0% и с необходимым результатом 37,8%. В результате эпидемиологического исследования установлена реальная частота СКН и ИМ, АГ и ФР атеросклероза в женской популяции, которая в целом зависела как от возраста, так и особенностей профессиональной деятельности женщин, что свидетельствует о возможности формирования высокого сердечно-сосудистого риска и необходимости осуществления адекватной комплексной профилактической программы.

Полученные данные явились основанием для формирования банка данных «Здоровье работающих женщин».

ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ГИПОТЕНЗИВНОЙ И АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРВА)

Семизорова С. Ч.

МУЗ «Зерноградская ЦРБ», г. Зерноград

Анкилозирующий спондилоартрит — хроническое системное воспалительное заболевание осевого скелета, с преимущественным поражением крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника. Заболевание возникает в подростковом и молодом возрасте, у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин. Гистологическая картина изменений в синовиальной оболочке сходна с таковой при РА. Поражение сердечно-сосудистой системы наблюдается при длительном тяжелом течении заболевания: вовлечение в патологический процесс восходящего отдела аорты ведет к дилатации и недостаточности АК, нарушениям функции миокарда. Смертность приблизительно 5%, связана с поражением шейного отдела позвоночника, патологией сердца, амилоидной нефропатией.

Пациент К., 45 лет, в течение 15 лет страдает анкилозирующим спондилоартритом (периферическая форма), активность III ст. R- стадия IV, полиартрит ФКШ ФН2.

В 2001 г. диагностирован НЯК. В 2008 г. проведено эндопротезирование левого коленного сустава. Из сопутствующих заболеваний пациента К. — ЖКБ, МКБ, хр. панкреатит.

У пациента К. выявлено носительство HLA B27.

Резкое ухудшение самочувствия пациент отмечает в последние 2 года — приступы лихорадки с подъемом t до 39 С, боли и отсутствие подвижности в позвоночнике, артралгии, припухание, скованность движений в суставах в/к, н/к, СОЭ = 40–50 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, Fe сыворотки = 5,5 ммоль/л, Нв = 96–100 г/л, СРБ резко положительный — в связи с чем получает Метотрексат 20 мг в/м 1 раз в неделю, Метипред — 4 мг в сутки, Фолиевую кислоту, Омес, Мовалис, Мидокалм, курсами Тимодепрессин, Виферон, Сорбифер, препараты кальция, магния, калия на фоне индивидуальной диеты.

На данном этапе болезни, на фоне постоянной синусовой тахикардии (до 100–110 в мин в покое) появились эпизоды частой экстрасистолии желудочковой и наджелудочковой, АД стойко повышенное — 150/90–140/100 мм рт. ст.

Как помочь такому пациенту?

Назначение иАПФ в сочетании с иммунодепрессантами требует исключительной осторожности из-за риска развития серьезных инфекций, не поддающихся лечению антибиотиками, особенно при уже имеющейся патологии почек, кроме того, при лечении и АПФ возможна тахикардия.

Амлодипин не показан при имеющейся у пациента тахикардии. Назначенный Верапамил 120 мг в сутки через 7 дней был отменен из-за появившегося стойкого головокружения и запоров.

Назначение Небиволола 5 мг в сутки через 5 дней вызвало снижение ЧСС до 80 в мин в покое, экстрасистолия не регистрировалась, АД 120/80–130/80 мм рт. ст., подобное лечение проводилось 2 месяца, в настоящее время пациент принимает 2,5 мг Небиволола в сутки, АД и ЧСС стойко нормальные за последние 3 месяца.

Таким образом, селективный липофильный В-блокатор Небиволол явился препаратом выбора при лечении АГ и НРС у пациента с анкилозирующим спондилоартритом с мультисистемными проявлениями.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

*Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Фендрикова А. В., Гаркуша Е. С.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Рефрактерной артериальной гипертонией (РАГ) считают АГ, при которой применение адекватных доз не менее трех препаратов, включая диуретики, не приводит к достижению целевого артериального давления (АД). Сочетание АГ и сахарного диабета (СД) 2 типа в совокупности с высокой солечувствительностью может быть одной из причин РАГ.

Цель исследования — оценить эффективность различных комбинаций анти-гипертензивных препаратов у больных РАГ, сочетанной с СД 2 типа.

Материал и методы исследования. Обследовано 90 пациентов обоего пола с РАГ. Критерии включения: АД > 140/90 мм рт.ст., прием не менее 3-х антигипертензивных препаратов в течение 6 мес, компенсированный СД 2 типа. 75 пациентов были рандомизированы на две группы: группа 1 (n=38, средний возраст $59,3 \pm 7,2$ лет) получала ингибитор АПФ лизиноприл 20 мг/сут (диротон, Гедеон Рихтер), амлодипин 10 мг/сут (нормодипин, Гедеон Рихтер) и индапамид-ретард 1,5 мг/сут (арифон-ретард, Сервье); группа 2 (n=37, средний возраст 58,7

± 8,3 лет) получала иАПФ лизиноприл 20 мг/сут, метопролол сукцинат 100 мг/сут (беталок ЗОК, Astra Zeneka) и индапамид-ретард 1,5 мг/сут. «Стаж» АГ у пациентов обеих групп: 8,5±1,7 и 8,2±1,4 лет соответственно. Индекс массы тела в обеих группах соответствовал избыточной массе тела — 27,6±1,1 и 27,4±1,2 кг/м². Через 3 месяца терапии при не достижении целевого АД пациентам группы 1 добавлялся метопролол сукцинат 25 мг/сут, а пациентам группы 2 — амлодипин 5 мг/сут. Исходно и через 6 месяцев соответствующей терапии проводились общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД (СМАД). В отдельную группу 3 были включены 15 пациентов с РАГ и СД 2 типа, у которой предшествующая антигипертензивная терапия, включавшая в себя иАПФ или АРА II, диуретик, антагонист кальция или бета-блокатор не привела к достижению целевого АД. У всех пациентов этой группы после проведения теста (по методике Харченко) была выявлена избыточная солечувствительность. К лечению был добавлен прямой ингибитор ренина- алискирен 300 мг/сут (расилез, Новартис).

Результаты. Исходно уровень АД в группах 1 и 2 не различался: 168,3±8,2/105,2±4,1 и 167,9±7,4/104,9±3,8 мм рт.ст. соответственно. Неблагоприятные суточные профили АД встречались у 25 (66%) пациентов 1 группы (у 19 —»non-dipper”, у 6 — “night-peaker”) и у 23 (62%) пациентов группы 2 (у 18 —»non-dipper”, у 5 —”night-peaker”). Через 1 месяц терапии целевое АД достигли 22 (58%) больных 1 группе и 16 (43%) во 2 группе; через 2 месяца — 84% и 65% пациентов, через 3 месяца — 37 (98%) и 30 (81%) больных соответственно. Таким образом, только у 1 пациента 1 группы и у 7 пациентов группы 2 АД не достигло целевого уровня. После добавления метопролола 25 мг 1 пациенту первой группы и нормодипина 5 мг 7 пациентам второй группы к 6 месяцу наблюдения АД снизилось у всех больных до уровня < 130/80 мм рт.ст. В 3 группе пациентов с высокой солечувствительностью, получавшей алискирен (расилез) 300 мг/сут удалось достигнуть целевого АД у 13 (87%) больных с рефрактерной АГ.

Заключение. Применение амлодипина в комбинации с иАПФ и диуретиком у больных АГ позволяет в 98% случаев преодолеть рефрактерность и добиться целевого АД. Применение лизиноприла у больных АГ с избыточной массой тела и ожирением обеспечивает достаточно выраженный антигипертензивный эффект. Избыточная солечувствительность является одной из причин резистентной к лечению АГ, а назначение нового класса антигипертензивных средств-прямого ингибитора ренина алискирена (расилеза) позволяет преодолеть рефрактерность АГ.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Фендрикова А. В., Тотуом Г. Б. Т.

Цель исследования — оценить эффективность комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от пола.

Материал и методы исследования. Обследовано 152 пациента обо-го пола: 74 мужчины (48,7%) и 78 женщин (51,3%), средний возраст $56,9 \pm 6,1$ и $58,1 \pm 5,6$ лет соответственно, имевших сочетание АГ и СД 2 типа. Критериями невключения в исследование являлись: декомпенсация СД, протеинурия, ИБС, нарушения ритма сердца, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, снижение фракции выброса (ФВ) < 45%. Больные рандомизированы на 4 группы: 1 группа (n=38) — мужчины и 3 группа (n=40) — женщины, получавшие ингибитор АПФ спираприл (квадроприл, Плива) 6 мг/сут и индапамид-ретард (арифон-ретард, Сервье) 1,5 мг; 2 группа (n=36) — мужчины и 4 группа (n=38) — женщины, принимавшие антагонист рецепторов ангио-тензина II (АРА) кандесартан (атаканд, Астра Зенека) 16 мг/сут и индапамид-ретард (арифон-ретард, Сер-вье) 1,5 мг. Через 3 месяца больным, не достигшим целевого уровня артериального давления (АД), дополнительно назначался амлодипин (норваск, Пфайзер) 10 мг/сут. Исходно, через 1, 3, 6 месяцев терапии всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, лабораторное исследование, ЭКГ, эхокардиогра-фия и суточное мониторирование АД.

Результаты и обсуждение. Через 1 месяц комбинированной терапии число больных, достигших целевого АД не различалось между группа-ми (13,2%; 11,1%; 15,0%; 15,8% соответственно). Через 3 месяца терапии целевое АД определялось в группах 1 и 3 — у 8 (21,1%) и 9 (22,5%) $p > 0,05$, в группах 2 и 4 — у 6 (16,7%) и 11 (28,9%), $p < 0,05$, соответственно. По оконча-нии исследования среди мужчин достигших целевого АД преобладали пациенты, получавшие иАПФ (84,2% в группе 1), а среди женщин — при-нимавшие комбинацию с АРА (89,5% в группе 4). В группах 2 и 3 целево-го АД достигли 24 (66,7%) и 24 (60,0%) соответственно. Через 6 месяцев у мужчин (группа 1) систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД) сни-зилось на 18,1% и 18,5% соответственно. У мужчин (группа 2), получав-ших терапию, основанную на АРА также отмечено снижение САД (-11%, $p < 0,05$) и ДАД (-12,8%, $p > 0,05$), но в меньшей степени. Напротив, у жен-щин, получавших АРА (группа 4) произошло более выраженное сниже-

ние САД (-18,8%) и ДАД (-19,3%), по сравнению с пациентками группы 3 (-11,1 и —13,7%, соответственно), у которых на комбинированной терапии с использованием иАПФ АГ достигла (в среднем по группе) I степени.

Представляет интерес изменения суточных профилей АД. Исходно у мужчин (группы 1 и 2) преобладал тип пациентов «non-dipper» (47,4 и 44,4% соответственно), а у женщин (группы 3 и 4) — тип «dipper» (37,5 и 42,1% соответственно). Через 6 месяцев терапии суточные профили АД у мужчин достоверно изменились только в 1 группе — основным стал тип «dipper» (42,1%), снизилось количество «night-reaker» (с 18,4 до 5,3%) и возросло число пациентов «over-dipper» (с 7,9 до 15,8%). В группах женщин достоверно возросло пациенток — «dipper» (с 42,1% до 60,5%), что также превышало число мужчин из группы 2, получавших схожую терапию. В группах 2 и 3 достоверных изменений в структуре суточных профилей АД не произошло. **Заключение.** Полученные результаты показывают, что антигипертензивная терапия пациентов, имеющих сочетание АГ и СД 2 типа имеет гендерные особенности. Использование ингибитора АПФ спираприла в сочетании с диуретиком и антагонистом кальция более эффективно у мужчин, а терапия, основанная на антагонисте рецепторов ангиотензина II кандесартане предпочтительнее у женщин.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Скибицкий В. В., Прасолова С. А., Фендрикова А. В., Сокаева З. Т.
Кубанский государственный медицинский университет, кафедра
госпитальной терапии, Краснодар, Россия*

Цель исследования: Оценить влияние терапии розувастатином на основные эхокардиографические показатели ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) и маркеры системного воспаления у пациентов с систолической и диастолической формами хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: В исследование включены 55 пациентов в возрасте от 55 до 70 лет с ХСН различной этиологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и их сочетание). Всем пациентам исходно и через 6 месяцев лечения проводилась ЭХО-КГ с определением

фракции выброса ЛЖ (ФВ) и основных показателей диастолической функции ЛЖ, исследование липидного профиля и маркеров системного воспаления: фибриногена, серомукоида и С-реактивного белка (СРБ). Больные были рандомизированы в 2 группы: 1 группа- 25 пациентов с систолической формой ХСН, 2 группа — 30 пациентов с диастолической формой ХСН (ФВ ЛЖ > 45 %). Пациенты получали розувастатин (Крестор, «Astra Zeneca») в дозе 10 —20 мг в сутки на фоне стандартной терапии ХСН.

Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ «Statistica 5.0» с использованием параметрических методов статистики.

Результаты исследования: В обеих группах пациентов отмечалось достоверное улучшение показателей липидограммы. Целевые уровни ХС ЛПНП в 1 группе зафиксированы у 65% больных, во 2 группе- у 80% больных. По данным ЭХО-КГ в 1 группе пациентов имело место достоверное увеличение ФВ с $31.67 \pm 1.6\%$ до $34.13 \pm 1.79\%$ ($p=0.03$) и тенденцию к улучшению показателей диастолической функции ЛЖ: увеличение скорости пика Е с 0.60 ± 0.04 до $0,62 \pm 0.03$ м/сек, снижение скорости пика А с 0.72 ± 0.05 до $0,71 \pm 0.05$ м/сек, увеличение Е/А с 0.91 ± 0.09 до $0,95 \pm 0.07$, снижение ВИР с 96.63 ± 3.42 до 94.33 ± 3.34 мсек ($p > 0,05$). Анализ ЭХО-КГ показателей в группе пациентов с диастолической формой ХСН выявил уменьшение ММЛЖ с 227.7 ± 8.81 до 219.6 ± 8.16 г и толщины ЗСЛЖ с 10.79 ± 0.25 до 10.05 ± 0.2 мм ($p < 0.05$). Улучшились показатели диастолической функции миокарда: увеличение пика Е с $0,54 \pm 0.01$ см/с до 0.58 ± 0.02 см/с, снижение пика А с 0.73 ± 0.01 см/с до 0.64 ± 0.2 см/с, снижение ВИР с $103,9 \pm 17.03$ до $99,57 \pm 2.68$ мс, увеличение Е/А с 0.75 ± 0.03 до 0.82 ± 0.04 ($p < 0.05$). Существенной динамики ФВ ЛЖ не отмечено. В 1 группе пациентов имело место достоверное снижение уровня СРБ на 39,4%, серомукоида на 71,4%, фибриногена на 20,3%, в группе пациентов с диастолической ХСН также отмечено уменьшение СРБ на 42.8%, серомукоида на 73.07%, фибриногена на 8.36% ($p < 0.05$).

Выводы: В обеих группах пациентов на фоне терапии розувастатином у большинства пациентов достигнуты целевые значения липидов. В группе пациентов с диастолической ХСН терапия розувастатином способствовала достоверному регрессу гипертрофии миокарда ЛЖ и улучшению показателей диастолической функции ЛЖ. В группе пациентов с систолической ХСН добавление к стандартной терапии розувастатина сопровождалось достоверным увеличением ФВ ЛЖ и положительными изменениями показателей диастолической функции, которые, однако, не достигли статистической значимости. Применение розувастатина в обеих группах пациентов привело к достоверному снижению показателей маркеров системного воспаления. Терапия розувастатином является безопасной.

ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Скибицкий В. В., Городецкая Е. В. *, Кудряшов Е. А., Спиридонос Н. А. **
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

** Краснодарский городской центр скорой медицинской помощи,
Краснодар*

Цель исследования — оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии, основанной на ингибиторе АПФ (иАПФ) или антагонисте рецепторов к ангиотензину II (АРА) на ремоделирование, диастолическую функцию миокарда левого желудочка (ЛЖ), толщину комплекса «интима-медиа» (ТИМ) в сонной артерии у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной со стабильной ИБС.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 пациентов обо-го пола с АГ 2 степени, сочетанной со стабильной ИБС (стенокардия на-пряжения II–III ФК), госпитализированных в кардиологическое отделение № 2 Краснодарского городского центра скорой медицинской помощи. Исклю-чались больные с нестабильной стенокардией, снижением фракции выбро-са (ФВ) < 50%, перенесенным инфарктом миокарда, нарушениями ритма сердца, сахарным диабетом, вторичной АГ. Средний возраст больных: 55,2 ± 5,9 лет. Пациенты были рандомизированы на две группы: группа 1 (n=50) получала иАПФ зофеноприл 30 мг/сут (Зокардис, Берлин Хеми) и кардиоселективный р-адреноблокатор метопролол сукцинат 50 мг/сут (Беталок ЗОК, Astra Zeneka); группа 2 (n=50) — пациенты, получавшие АРА вальсартан 80 мг (Диован, Novartis) и метопролол сукцинат 50 мг/сут (Беталок ЗОК, Astra Zeneka). Дополнительно все пациенты получали ацетилсалициловую кисло-ту 125 мг/сутки и розувастатин 20 мг/сутки (Крестор, Astra Zeneka). У всех больных исходно и через 6 месяцев соответствующей терапии проводились общеклиническое обследование, биохимическое исследование крови, эхокар-диография по стандартному протоколу, ультразвуковая доплерография сон-ных артерий с измерением толщины комплекса «интима-медиа».

Результаты. Исходно параметры левого желудочка не различались между группами. Через 6 месяцев терапии в группе 1 значения конеч-но-диастолического (КДР), конечно-систолического (КСР) размеров, ФВ и толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСТ) достоверно не изменились; толщи-на межжелудочковой перегородки (ТМЖП) сократилась на 3,8% (p<0,05). В то же время у пациентов группы 2 наблюдалось достоверное уменьше-ние КДР с 50,5 ± 0,8 до 48,2 ± 0,8 мм (p<0,05), КСР с 34,2 ± 0,85 до 33,9

$\pm 0,8$ мм ($p < 0,05$), ТМЖП с $12,7 \pm 0,2$ до $12,0 \pm 0,2$ мм ($-5,5\%$, $p < 0,05$), ТЗСТ ЛЖ с $11,1 \pm 0,4$ до $10,3 \pm 0,4$ мм ($-7,2\%$, $p < 0,05$), увеличение ФВ на $4,2\%$ ($p < 0,05$). Исходно у пациентов обеих групп выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ), преимущественно I и II типов. В динамике на фоне комбинированной антигипертензивной терапии в обеих группах выявлены однонаправленные позитивные изменения её основных параметров (пики E и A, E/A), в частности динамика показателя E/A в группе 1 составила $+22,3\%$ (с $0,76 \pm 0,04$ до $0,93 \pm 0,07$, $p < 0,05$), а в группе 2 — $+18,1\%$ (с $0,83 \pm 0,07$ до $0,98 \pm 0,05$, $p < 0,05$).

Показатели ТИМ исходно не отличались между группами: $0,88 \pm 0,09$ и $0,91 \pm 0,09$ мм соответственно. Через 6 месяцев терапии показатель ТИМ уменьшился в группе 1 на $6,8\%$ (до $0,82 \pm 0,09$ мм, $p > 0,05$), а в группе 2 — на $20,8\%$ (до $0,72 \pm 0,08$ мм, $p < 0,05$).

Заключение. Полученные результаты демонстрируют положительное влияние блокаторов ренин-ангиотензиновой системы — зофеноприла и вальсартана в комбинации с метопрололом сукцинатом на ремо-делирование, диастолическую функцию миокарда ЛЖ и состояние магистральных сосудов (регресс ТИМ) у пациентов с артериальной гипертонией, сочетанной со стабильной ИБС. При этом органопротективный эффект был более выраженным при терапии, основанной на АРА (вальсартане).

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.

Стаценко М. Е., Дервянченко М. В.

Волгоградский Государственный медицинский университет, г. Волгоград

Цель: изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) и функционального состояния почек у больных артериальной гипертензией (АГ) и вторичным хроническим пиелонефритом (ХП).

Методы исследования: обследовано 110 пациентов с АГ I–II степени в возрасте от 45 до 65 лет: 55 больных АГ и вторичным ХП, перенесших оперативное вмешательство на верхних мочевых путях (ВМП) — основная и 55 больных эссенциальной АГ — контрольная группы. Средний возраст $54,9 \pm 1,2$ года. Проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), определение относительной плотности утренней порции мочи, экскреции альбумина с мочой (микроальбумину-

рию — МАУ), креатинина крови (КК) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (СКФ1) и клиренса креатинина по формуле Кокрафта-Голта (СКФ2).

Результаты: индекс времени систолического (ИВ САД_{день}) и диастолического АД (ИВ ДАД_{день}), скорость утреннего подъема САД (СУП САД) достоверно выше у больных АГ и ХП, чем у больных эссенциальной АГ (69,0±3,1 vs 53,2±3,2 и 63,8±3,6 vs 51,1±3,8%, 26,3±2,7 vs 18,1±1,7 мм рт. ст. соответственно). Обнаружена обратная достоверная связь между ИВ ДАД_{ночь} и удельным весом мочи ($r=-0,23$), ИВ ДАД_{ночь} и СКФ ($r=-0,2$). Количество больных с повышенной вариабельностью САД (ВСАД) и ДАД (ВДАД) в течение суток больше среди пациентов с АГ и ХП (49,1 vs 21,1 и 45,3 vs 22,5% соответственно, $p<0,05$). Достоверных различий по уровню пульсового АД (ПАД) нет, хотя в обеих группах средние значения превышают норму (57,2±0,9 vs 55,3±0,9 мм рт. ст.). При распределении по суточному индексу САД (СИ САД) и ДАД (СИ ДАД) количество пациентов с кривой non-dipper и night-peaker достоверно выше в основной группе, чем в контрольной (48,8 vs 25,4 и 34,1 vs 18,2% соответственно). Установлены тесные взаимоотношения между показателями СМАД и функцией почек: выявлены прямые корреляции между СИ САД, СИ ДАД и относительной плотностью утренней порции мочи ($r=0,22$, $r=0,21$ соответственно, $p<0,05$), СИ ДАД и СКФ ($r=0,26$, $p<0,05$). Относительная плотность утренней порции мочи ниже у пациентов с АГ и ХП, чем в контрольной группе (1016±0,7 vs 1020±0,6 у.е., $p<0,05$), причем 72,7% исследуемой группы имели значения менее 1018 у.е. Установлена высокодостоверная обратная зависимость между относительной плотностью мочи в утренней порции и МАУ ($r=-0,35$, $p<0,01$). Встречаемость МАУ в основной группе составила 100%, в то время как в контрольной — 77%. Средние значения МАУ значимо выше у пациентов с АГ и ХП (60,1±0,6 vs 24,5±0,5 мг/ммоль). Выявлены прямые корреляции между МАУ и СУП САД ($r=0,21$, $p<0,05$). Группы статистически значимо не отличались по уровню КК и СКФ. Однако, отмечена тенденция к гиперфильтрации среди больных с АГ и ХП по сравнению с больными эссенциальной АГ (СКФ>140 мл/мин/1,73 м² выявлена у 12,7 vs 1,8%). При расчете СКФ1 и СКФ2 оказалось, что различия внутри групп достоверны: частота встречаемости незначительного снижения СКФ (60–90 мл/мин/1,73 м²) выше при определении СКФ по формуле MDRD, чем по формуле Кокрафта-Голта (50,9 vs 29,1% в основной и 47,3 vs 27,3% в контрольной группах, $p<0,01$).

Заключение: установленные нами взаимоотношения показателей суточного профиля АД и функционального состояния почек отражают параллельное ухудшение состояния органов-мишеней при АГ и ХП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТОЛА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

*Стаценко М. Е., Спорова О. Е., Колодяжная О. И., Евтерева Е. Д.,
Фабрицкая С. В.*

*ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет
Росздрава», МУЗ ГКБ № 3, г. Волгоград*

Цель: изучение эффективности и безопасности применения адаптола («мебикар» производства компании АО «ОлайнФарм», Латвия) в составе комплексной терапии больных с тревожными расстройствами в раннем постинфарктном периоде.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов с тревожными расстройствами на 15–30-е сутки после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (II–III функциональный класс (ФК) по NYHA), средний возраст 56,7 лет. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1-ю — основную (n=31) — дополнительно к базисной терапии ХСН получали адаптол (1000–1500 мг/сут) и 2-ю — контрольную (n=30) — принимали только базисную терапию ХСН. Исходно и через 4 недели определяли динамику эмоционально-аффективных и поведенческих расстройств по госпитальной шкале Гамильтона (HADS), уровень стрессогенности изучали с помощью теста Ридера, оценку вегетативных нарушений проводили по анкете вегетативных расстройств, динамику астении изучали по субъективной шкале оценки астении (MFI-20), о влиянии препарата на степень нарушения сна судили с помощью субъективной оценки характеристик сна.

Результаты: у пациентов 1-й группы была установлена высокая ангиолитическая эффективность адаптола в составе базисной терапии (ЛП% = —47,2, $p < 0,05$). На момент завершения исследования 28 (93,3%) пациентов из основной группы и 10 (33,3%) пациентов из контрольной группы достигли уровня терапевтической ремиссии. В то же время снижение показателей депрессии у больных 1-й группы не достигло статистической значимости (ЛП% = —15,7, $p > 0,05$). Показатели депрессии у пациентов 2-й группы не изменились, а тревоги — снизились, но недостоверно (А% = —16,8, $p > 0,05$). На фоне применения адаптола в составе базисной терапии уровень вегетативной дисфункции снизился на 22,2% ($p < 0,05$ по критерию знаков), а во 2-й группе — на 0,37% (межгрупповые различия высокодостоверны, $p < 0,01$). В 1-й группе больных в результате лечения достоверно (по критерию знаков) снизились проявления физической, психической и общей астении, повыси-

лась активность пациентов. **Значительное улучшение** (показатель общей астении после лечения стал меньше 12 баллов) наблюдалось у 43,3% пациентов (13 человек), **улучшение** (балл общей астении уменьшился, но не достиг 12 баллов) — у 26,7% (8 человек), **без эффекта** (показатель балла общей астении не изменился) — у 20% (6 человек), **ухудшение** (показатель балла общей астении увеличился) — у 10% больных (3 человека). У больных 2-й группы достоверно уменьшились лишь проявления физической астении, и улучшились показатели по шкале «снижение мотивации». **Значительное улучшение** наблюдалось у 26,7% пациентов (8 человек), **улучшение** — у 20% (6 человек), **без эффекта** — у 20% (6 человек), **ухудшение** — у 33,3% больных (10 человек). В 1-й группе пациентов, в сравнении со 2-й, через месяц отмечалась более выраженная положительная динамика показателей, отражающих уровень стресса ($A\% = 17,9\%$, $p < 0,05$ vs $A\% = 2,67\%$, $p > 0,05$). Различия между группами по конечному результату достоверны ($p = 0,019$). Данное исследование демонстрирует положительное влияние короткого курса (30+2 дня) терапии адаптолом на качество сна у пациентов в раннем постинфарктном периоде (нормализация сна по результатам анкеты субъективной оценки нарушений сна: более быстрое засыпание, увеличение продолжительности ночного сна, отсутствие частых, ранних пробуждений, уменьшение количества ночных сновидений).

Заключение: результаты исследования свидетельствуют о высокой анксиолитической активности, вегетонормализующем и стресспротекторном действии адаптола в дозе 1000–1500 мг/сутки уже через месяц терапии у пациентов с тревожными расстройствами в раннем постинфарктном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИКОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН

*Тер-Ананьянц Е. А., Калининченко Н. Н., Маисталова О. Г., Куликова И. Е.,
Плескачëв А. С., Жукова Н. П., Тимофеева Л. Л.*

*Клиническая больница № 1 Федерального государственного учреждения
«Южный окружной медицинский центр федерального медико-
биологического агентства» г. Ростов-на-Дону*

Цель наблюдения: Изучение эффективности применения мексикора в комплексной терапии ХСН.

Материалы и методы: Всего обследовано 54 больных с ХСН ст., в том числе 30 женщин, 24 мужчины. Возраст больных от 54 до 72 лет. Иссле-

довали динамику: АД, тест 6-ти минутной ходьбы, показатели ЭХОКС в динамике, покардиоцикловую динамику хронотропного эффекта (ЧСС) и инотропного (СВ) сердца и расчёта «вероятного» минутного объёма сердца (в МНС) в процессе функциональной пробы Штанге. (исследование проводилось на аппарате «Реан — Поли».

Больным основной группы на ряду с применением диуретиков, антагонистов альдостерона, ингибиторов АПФ, антиагрегантов назначали в стационаре мексикор 100,0 мг. внутривенно —капельно № 10, далее по 1 таблетке 3 раза в течение 2 месяцев. Контрольная группа составила 20 человек. Контрольное исследование проводилось через 2 месяца после выписки из стационара.

Отмечалось увеличение толерантности к физической нагрузке (тест 6 минутной ходьбы с 150–250 м), улучшалось самочувствие больного, увеличилась ФВ, при контрольной ЭХОКС (от 40–46–48%).стабилизировались показатели ЭХОКС по данным (ЭКГ динамики и Холтер-мониторирования) и реологические свойства крови по данным (коагулографии в динамике). После ареактивности ЧСС, СВ, и формируемого ими в МНС появилась приближающаяся к норме фазная динамика в ответ на регуляторные влияния функциональной пробы Штанге.

Вывод: Стабилизация состояния больных с ХСН, улучшение клинического состояния дает основание рекомендовать мексикор для использования комплексной терапии больных с ХСН II–III ст. (III- IV ФК по NYHA).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХСН

*Тер-Ананьянц Е. А., Маиталова О. Г., Куликова И. Е., Плескачев А. С.,
Крахмалева О. Ю.*

*Клиническая больница № 1 Федерального государственного учреждения
«Южный окружной медицинский центр федерального медико-
биологического агентства»*

Цель исследования: Внедрение дополнительного метода лечения магнитно —лазерной терапии в комплексном лечении больных с ХСН.

Материал: В течении года в кардиологическом отделении наблюдались 124 больных с ХСН в возрасте от 64 до 80 лет. Половине наблюдавшимся, кроме базовой терапии, была назначена магнитно-лазерная терапия на область проекции сердца, легких, околопозвоночных рефлексогенных зон. Использовался аппарат квантовой терапии «Рикта», в основе кото-

рого лежат фотобиологические процессы, фотофизические реакции, обусловленные преимущественно нагреванием тканей, фотохимические процессы, связанные с перемещением электронов и различных атомов, поглощающих свет вещества. Всем больным в динамике проводились: ЭКГ, тест 6 минутной ходьбы, ЭХОКС, доплер сосудов шеи, ХОЛТЕР ЭКГ, биохимические исследования.

В наблюдаемой группе с применением магнитно-лазерной терапии выявлена тенденция более ранней регрессии симптомов ХСН, увеличения к моменту выписки больных с I ФК с 52–61 %, с II ФК 17–24 %, с III ФК с 5–7 %.

При контрольном исследовании возросла переносимость физических нагрузок, тест 6 минутной ходьбы с 256 + 4 метра до 320 + 4 метра во ФК ХСН.

В сравниваемой группе достоверно значимых изменений при использовании данного теста не зарегистрировано.

Вывод: Использование метода магнитно-лазерной терапии у больных с ХСН в дополнение к основной терапии может быть активно использовано для уменьшения клинических проявлений ХСН.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

*Титаренко И. В., Николаев В. В., Барышева Ю. П., Абелова О. В.
Госпиталь ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону*

Когнитивные расстройства (т. е. снижение уровня памяти и других когнитивных способностей —гнозиса, мышления, речи, праксиса, внимания, определяемых на фоне ясного сознания и обычно сочетающихся с другими психическими нарушениями — эмоциональными, поведенческими) часто развиваются у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями и могут варьировать от легких до тяжелых. К тяжелым (выраженным) когнитивным нарушениям относятся грубые нарушения, которые приводят к трудностям в повседневной деятельности и формируют частичную или полную зависимость от посторонней помощи, затрагивая несколько когнитивных функций; при этом говорят о наличии синдрома деменции.

Деменция является одной из ключевых проблем современного общественного здоровья. Это связано с высоким уровнем летальности этих больных. Деменция входит в первую тройку самых дорогостоящих для общества заболеваний наряду с болезнями сердечно-сосудистой системы и онкологическими заболеваниями.

Когнитивные расстройства могут впервые манифестировать в первые месяцы после ОНМК или развиваться исподволь. Однако в большинстве случаев они являются проявлением длительно формирующегося сосудистого и (или) дегенеративного поражения головного мозга. Доля сосудистой деменции среди всех случаев деменции составляет от 20% до 25%.

Легкие и умеренные когнитивные нарушения без соответствующего лечения имеют тенденцию к прогрессированию. Так, годовой процент трансформации в деменцию умеренных когнитивных нарушений составляет от 10% до 15%.

Ведение пациентов с легкими и умеренными когнитивными расстройствами должно быть направлено на достижение максимально возможной коррекции имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний и когнитивных нарушений с целью профилактики деменции. Доказанной эффективностью в предотвращении сосудистой деменции обладают антигипертензивные препараты; кроме них с профилактической целью используют статины, малые дозы антиагрегантов, витамины В12, С, Е, фолиевую кислоту, а также препараты, усиливающие активность дофаминергической и норадренергической систем; при более выраженных когнитивных нарушениях показаны ингибиторы холинэстеразы и акатинол мемантин.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.

*Титаренко И. В., Николаев В. В., Барышева Ю. П., Абелова О. В.
ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Ростов-на-Дону*

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) — это хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии (чаще поражения мелких мозговых сосудов), характеризующаяся развитием многоочагового или диффузного ишемического поражения белого вещества головного мозга в зоне терминального кровоснабжения, особо чувствительного как к повышенному уровню АД, так и к повторным эпизодам гипоперфузии, связанным с системной артериальной гипотензией.

У больных с ДЭП 2–3 ст. значительно нарушается реактивность мозговых сосудов, снижается способность артериол к вазодилатации, повышается нижняя граница ауторегуляции мозгового кровотока, что создает предпосылки для плохой переносимости гипотензивных реакций в виде усугубления зон гипоперфузии и появления дисфункции стволовых структур, проявляющихся зевотой, икотой, головокружением, тошнотой.

Поэтому если в начальный период артериальной гипертензии основная задача состоит в нормализации АД, предупреждающей повреждение сосудов, то с развитием когнитивных нарушений, особенно на фоне гемодинамически значимого стеноза магистральных артерий головы или выраженного повреждения мелких мозговых сосудов, рекомендуется стабилизация АД на верхней границе нормы путем умеренного снижения на 15–20% от исходного уровня, что обеспечит оптимальную перфузию мозга в условиях нарушенной ауторегуляции мозгового кровообращения. По мере адаптации больного к достигнутому уровню АД возможно дальнейшее постепенное снижение, стремясь к целевому уровню.

Предпочтительнее использовать гипотензивные средства, в меньшей степени влияющие на мозговой кровоток (ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, диуретики).

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

*Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В.,
Кумачёва Е. С.*

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар

Цель. Определить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ) на фоне терапии метопролола сукцинатом хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса (ФК).

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 51 пациент с сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии, из них 21 женщина и 30 мужчин. Их возраст составил $52,6 \pm 1,4$ года. Всем назначался бета-адреноблокатор (БАБ) метопролола сукцинат замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы «Ави^епеса», Швеция) в дозе $78,1 \pm 5,7$ мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялась ЭХОКГ на ультразвуковом аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония), анализировались конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), толщина задней стенки (ЗС) ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, размер левого предсердия (ЛП). Обработка данных по Монцевичюте-Эрингене с расчетом средней арифметической (М), ошибки средней арифметиче-

ской (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Монотерапия метопролола сукцинатом в течение 6 месяцев не привела к значимому изменению указанных параметров ЭХОКГ — КДР ЛЖ, толщины ЗС ЛЖ, толщины МЖП, ФВ ЛЖ, размера ЛП.

Заключение. Зная о том, что у больных с гипертонической болезнью без ишемической болезни сердца и перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе улучшение прогноза зависит от снижения артериального давления самого по себе, мы считаем возможным согласиться с мнением других авторов, что метопролола сукцинат может не являться оптимальным средством начальной терапии ХСН у пациентов с сохранной ФВ ЛЖ и ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии. Очевидно, полученные данные требуют дальнейшего комплексного изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО- ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОА СУКЦИНАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

*Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В.,
Кумачёва Е. С.*

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар

Цель. Определить динамику параметров сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) на фоне терапии метопролола сукцинатом хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса (ФК).

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 51 пациент с ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии, из них 21 женщина и 30 мужчин, возраст составлял $52,6 \pm 1,4$ года. Всем назначался бета-адреноблокатор метопролола сукцинат замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы «Ави[^]епеса», Швеция) в дозе $78,1 \pm 5,7$ мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев для оценки состояния регуляторно-адаптивного статуса исследовались параметры СДС, на системе для определения СДС у человека (Покровский В. М. и др., Россия, патент № 86860, 2009 г.), заключающаяся в установлении синхронизации между заданным ритмом дыхания и сердцебиений, при высокочастотном дыхании в такт вспышкам фотостимулятора, когда каждому дыхательному циклу соответствует одно сердечное сокращение. Анализировались исходная частота сердеч-

ных сокращений (ЧСС), минимальная и максимальная границы диапазона синхронизации, диапазон синхронизации, длительность развития СДС на минимальной и максимальной его границах. Обработка данных по Монцевичюте-Эрингене с расчетом средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия достоверные при $p < 0,05$.

Результаты. На фоне монотерапии метопролола сукцинатом у пациентов с ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии достоверно уменьшились исходная ЧСС (на 13%), минимальная граница диапазона (на 9,9%), максимальная граница диапазона (на 10,9%), диапазон синхронизации (на 18%), длительность развития СДС на минимальной (на 24%) и максимальной (на 27,9%) границах.

Заключение. Оценка состояния регуляторно-адаптивного статуса выявила разнонаправленный результат двух наиболее значимых параметров СДС: уменьшение диапазона синхронизации свидетельствовало об ухудшении регуляторно-адаптивных возможностей, уменьшение длительности развития диапазона синхронизации на минимальной и максимальной границах — об их улучшении. Указанные изменения требуют дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛА ГИДРОХЛОРИДОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

*Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В.,
Кумачёва Е. С.*

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар

Цель. Определить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ) на фоне терапии квинаприла гидрохлоридом хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса (ФК).

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 49 пациентов с сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии. Из них 24 женщины и 25 мужчин. Их возраст составил $52,5 \pm 1,4$ года. Всем назначался ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) квинаприла гидрохлорид (Аккупро, Pfaizer, США, суточная доза $17,3 \pm 4,7$ мг). Исходно и через 6 месяцев терапии выполнялась ЭХОКГ на ультразвуковом аппа-

рате ALOKA SSD 5500 (Япония), анализировались конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), толщина задней стенки (ЗС) ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), ФВ ЛЖ, размер левого предсердия (ЛП). Обработка данных по Монцевичюте-Эрингене с расчетом средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия являлись достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Монотерапия квинаприлом гидрохлоридом в течение 6 месяцев достоверно увеличила ФВ ЛЖ (на 3,5%), уменьшила КДР ЛЖ (на 2,6%), толщину ЗС ЛЖ (на 4%), толщину МЖП (на 3,7%). Не изменился размер ЛП.

Заключение. Ингибиторы АПФ способны улучшать расслабление и растяжимость сердца, сбалансировано подавляют нейрогуморальную активацию и вызывают регресс гипертрофии левого желудочка у больных с ХСН. Отсюда можно сделать вывод, что ингибитор АПФ квинаприл может успешно применяться у больных сохранный ФВ ЛЖ и ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО- ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛА ГИДРОХЛОРИДОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

*Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В.,
Кумачёва Е. С.*

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», кардиологическое отделение, г. Краснодар

Цель. Определить динамику параметров сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) на фоне терапии квинаприлом гидрохлоридом хронической сердечной недостаточности (ХСН) I функционального класса (ФК).

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали 49 пациентов с ХСН I ФК на фоне гипертонической болезни I–II стадии. Из них 24 женщины и 25 мужчин, возраст составил $52,5 \pm 1,4$ года. Всем назначался ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) квинаприла гидрохлорид (Аккупро, Pfaizer, США, суточная доза $17,3 \pm 4,7$ мг). Исходно и через 6 месяцев для оценки состояния регуляторно-адаптивного статуса исследовались параметры СДС, на системе для определения СДС у человека (Покровский В. М. и др., Россия, патент № 86860, 2009 г.),

закрывающаяся в установлении синхронизации между заданным ритмом дыхания и сердцебиений, при высокочастотном дыхании в такт вспышкам фотостимулятора, когда каждому дыхательному циклу соответствует одно сердечное сокращение. Анализировались исходная частота сердечных сокращений (ЧСС), минимальная и максимальная границы диапазона синхронизации, диапазон синхронизации, длительность развития СДС на минимальной и максимальной его границах. Обработка данных по Монцевичюте-Эрингене с расчетом средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия являлись достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. На фоне монотерапии квинаприлом достоверно увеличилась минимальная граница диапазона (на 8,1%), максимальная граница диапазона (на 10,6%), диапазон синхронизации (на 27,3%), уменьшились длительность развития СДС на минимальной границе (на 15,8%), длительность развития СДС на максимальной (на 16,8%) границе.

Заключение. Регуляторно-адаптивные возможности опосредуются взаимодействием двух отделов вегетативной нервной системы на периферии — симпатического и парасимпатического, ИАПФ квинаприла гидрохлорид улучшал регуляторно-адаптивный статус организма благодаря оптимальному влиянию на развивающийся при ХСН симпато-парасимпатический дисбаланс.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИАПИЗМОМ

Федоров С. К., Кошлаков В. А. МУЗ ГБ № 4 г. Новочеркасск

ИБС и острый инфаркт миокарда распространены в индустриально развитых странах. Россия относится к числу стран с высокой распространенностью ИБС: 30–40 тыс. на 1 млн. населения. Чаще болеют мужчины в возрасте 40–59 лет. Приапизм же встречается гораздо реже 0.11–0.4% или на каждые 2500 урологических коек в год лечится один больной с приапизмом. Различают три группы причин способных привести к приапизму: 1 — нервно-психические заболевания (повреждения спинного и головного мозга, опухоли, менингиты, энцефалиты, рассеянный склероз и др.); 2 — причины местного характера (фимоз, парафимоз, травмы полового члена, камни мочевого пузыря и уретры, каверниты, уретриты, эпидидимиты, тромбоз перипарапростатических вен, тазовое расположение отростка при аппендиците); 3 — отравления и интоксикации, инфек-

ционные заболевания (туляремия, паротит), алкогольная интоксикация, уремия, сепсис, гематологические заболевания (лейкемия, миеломная болезнь, серповидноклеточная анемия) и др. Не у всех больных удается выяснить причину патологической эрекции — тогда говорят об «идеопатическом приапизме». В доступной литературе нам не удалось найти упоминаний о сочетании острого инфаркта миокарда с приапизмом, в связи с чем приводим собственное наблюдение.

Больной Т. 54 лет (история болезни № 3252) поступил в терапевтическое отделение ГБ № 4 г. Новочеркасска 30.11.2005 г. с диагнозом: острый Q (+) задний инфаркт миокарда. В течении первых суток от начала заболевания у больного развилась патологическая болезненная эрекция. 01.12.2005 г. больной консультирован зав. урологическим отделением. Назначена консервативная терапия: наркотические анальгетики, дроперидол, сибазон, новокаиновая блокада в корень полового члена, гепарин 10000 ед. в/в, затем по 5000 ед. п/к живота, форсированный массаж полового члена на фоне обезболивающих препаратов. Консервативная терапия оказалась не эффективной. 04.12.2005 г. больной переведен в урологическое отделение для оперативного лечения. На момент перевода гемодинамика стабильная, стенокардитических болей нет, на ЭКГ переход в подострую стадию — сохраняется подъем ST в III и AVF на 1 мм выше изолинии, патологический Q II, III и AVF. 04.12.2005 г. под общим обезболиванием произведена операция: спонгиокавернозный анастомоз (между дистальным отделом кавернозных тел и головкой полового члена) с обеих сторон. Дальнейшее ведение больного совместное терапевтом и урологом. Послеоперационное течение гладкое, эрекция исчезла через сутки, оставался отек полового члена. Течение инфаркта миокарда также было гладким, без осложнений. Через 4 месяца после операции у больного отмечается частичная спонтанная эрекция, приступов стенокардии не отмечает. Приступил к работе.

Приведенный клинический случай представляет интерес в плане редкого сочетания двух заболеваний — инфаркта миокарда и приапизма, и успешного оперативного лечения приапизма в остром периоде инфаркта миокарда. Причину возникновения приапизма в нашем случае установить не удалось.

ОКАЗАНИЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОКС В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.

*Федорченко А. Н., Тупикин Р. С., Бухтояров А. Ю., Лясковский К. О.,
Волколуп О. С., Усачев А. А., Лазебный П. А.*

*Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского,
г. Краснодар*

Цель исследования: оценить эффективность оказания рентгенэндова-
скулярной помощи больным с ОКС.

Материал и методы: С февраля 2006 года по февраль 2010 года в отде-
лении рентгенохирургических методов диагностики и лечения была ока-
зана помощь 2591 больным с диагнозом ОКС или ОИМ. Возраст больных
составил от 22 до 84 лет (средний 54 года \pm 5 лет). Мужчин было 89%,
женщин — 11%. Всем пациентам была выполнена КАГ. С поражением
венечных артерии мы встретили 2312 чел. Не имели гемодинамически
значимого поражения 279 чел. 1621 (70%) пациентам была выполнена
ЧТКА, 358 (15,5%) больным — АКШ. 333 (14,5%) пациента были проле-
чены консервативно, это были больные с ОИМ, у которых на КАГ выяв-
лено многососудистое поражение с выраженным кальцинозом и пораже-
нием дистального русла. В эту группу так же вошли пациенты, которым
был проведен тромболизис.

Виды интервенционных вмешательств разделились следующим обра-
зом: 1514 (93%) — ЧТКА со стентированием, 79 (5%) — баллонная ангио-
пластика. В 28 (2%) случаях ЧТКА сопровождалась тромболизисом, ввиду
выраженного тромбоза инфаркт-связанной артерии. 13 (0,08%) пациентам
с дистальной эмболизацией и no-reflow вводили ингибиторы 2 b/3 а ре-
цепторов. При диаметре инфаркт-связанной артерии более 4,0 мм и/или
при ЧТКА АВШ у пациентов с ОКС использовали различные устройства
защиты от дистальной эмболии у 82 (5%) пациентов. Для удаления тром-
богенных масс из коронарного русла применялся аспирационный катетер
Diver Ce (Invatec) у 127 (7,8%) больных.

Результаты: Ангиографический успех процедуры составил 96,7% при
выполнении ЧТКА пациентам с ОКС. Госпитальная летальность состави-
ла 1,8%- 29 пациента, 18 из них поступило в кардиогенном шоке. Перфо-
рацию коронарных артерий наблюдали у 14 больных (0,9%). В 8 случаях
потребовалось дренирование перикарда и длительная дилатация баллона
в месте перфорации. В 6-ти — имплантация стент-графта. Тромбоз стента
встретили у 18 (1,1%) больных, 11-ти из которых были имплантированы
стенты с лекарственным покрытием.

Применение аспирационного катетера Diver Se (Invatec) показало эффективность у 96 пациентов (75%).

С января 2008 года в группе больных с инфаркт- связанной артерией более 4,0 мм и наличие «дефекта контрастирования» на ангиографии и/или при ЧТКА АВШ на ОКС устройства для защиты от дистальной эмболии используются в обязательном порядке, что позволило снизить развитие дистальной эмболизации и феномена No-reflow.

Выводы:

Экстренная коронарография с возможной ЧТКА является «золотым стандартом» оказания помощи больным с ОКС в Краснодарском крае, что позволяет значительно улучшить прогноз дальнейшего течения инфаркта, качество жизни больных и их выживаемость.

Для улучшения отдаленных результатов у больных с ОИМ, подвергшихся коронарной ангиопластике, необходим индивидуальный подход к окклюзированной инфаркт-связанной артерии, а так же адекватная антиагрегантная и антикоагулянтная терапия как в раннем послеоперационном периоде, так и на этапах реабилитации.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Фендрикова А. В., Скибицкий В. В., Панченко Д. И., Тетер С. Н.,
Кудряшов Е. А.*

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель работы: оценить частоту и выраженность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов с диастолической и систолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. В исследовании были включены 45 пациентов: 20 человек — с систолической ХСН (фракция выброса левого желудочка < 45%) и 25 больных — с диастолической ХСН (фракция выброса левого желудочка > 45%), из них 21 мужчина и 24 женщины. Средний возраст пациентов составил 60,4±7,5 лет. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, эхокардиография с оценкой основных параметров ре-моделирования и сократительной способности миокарда левого желудочка (ЛЖ). Клиническое состояние пациента оценивалось с использованием шкалы В. Ю. Мареева, оценка качества жизни проводилась при помощи опросника MLHFQ. Тревожно-депрессивные расстройства диаг-

ностировались на основании результатов опроса пациентов с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты: ТДР диагностировались достаточно часто в обеих группах: у 13 (65%) больных с систолической и 14 (56%) пациентов с диастолической ХСН. При наличии диастолической ХСН тревога и/или депрессия имели место у 36% и 20% больных соответственно, а при систолической ХСН — у 45% и 50% пациентов соответственно. Вместе с тем структура ТДР в группах больных различалась в зависимости от тяжести клинических проявлений ХСН. Среди пациентов с сохраненной фракцией выброса ЛЖ тревога диагностировалась при I функциональным классом (ФК) ХСН в 12,5% случаев, при II и III ФК — у 38,5% и 75% больных соответственно. В группе больных с диастолической ХСН депрессия определялась только у пациентов со II и III ФК — в 23,1% и 50% случаев соответственно. Среди пациентов с систолической ХСН тяжесть клинических проявлений соответствовала II–IV ФК. В данной группе тревожные расстройства имели место у всех больных (100%) со II ФК, у 33,3% пациентов с III ФК и 36,4% обследованных с IV ФК. Депрессия была диагностирована у пациентов с II и III ФК в 66,7% случаев, а у больных с IV ФК — в 36,4% случаев. В группе пациентов с ФВ > 45% имела место корреляционная связь между выраженностью тревоги и ФК ХСН, количеством баллов по шкале В. Ю. Мареева и мужским полом, а также выраженностью депрессии и уровнем систолического артериального давления, ФК ХСН, количеством баллов по шкале В. Ю. Мареева и показателем качества жизни ($p < 0,01$). Кроме того, отмечалась обратная корреляция между показателем депрессии и фракцией выброса ЛЖ ($p < 0,01$). В группе пациентов с систолической ХСН имела корреляционная зависимость выраженности тревожных расстройств от ФК ХСН, качества жизни больных и показателей ремоделирования миокарда (конечного диастолического размера) ЛЖ ($p < 0,01$). Показатели депрессии в данной группе коррелировали с возрастом пациентов и значениями качества жизни.

Выводы: 1. ТДР диагностируются более, чем у половины больных с систолической и диастолической формами ХСН. 2. В группе пациентов с диастолической ХСН частота выявления ТДР нарастает по мере увеличения функционального класса сердечной недостаточности. 3. У пациентов с систолической ХСН тревожные расстройства чаще диагностируются при II ФК, а депрессивные — при II и III ФК. При наличии IV ФК ХСН и низкой фракции выброса ЛЖ частота ТДР уменьшается. 4. У больных с систолической и диастолической ХСН ТДР взаимосвязаны с разными факторами, что может определять дифференцированный подход к терапии таких пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРЕХЭТАПНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА.

Филиппова О. А., Куимов А. Д., Барбарич В. Б.

*ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
Росздрава МБУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск*

Цель исследования — изучить влияние комплексной трехэтапной реабилитации (КТР) больных с осложненным течением в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ), на структурно-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ), уровень знаний о вторичной профилактике и практическое применение.

Материал и методы. Обследован 51 больной с диагнозом острый Q-позитивный ИМ с осложнениями в остром периоде. Средний возраст $59,4 \pm 0,43$ лет. 1 группа — 26 пациентов, включенных в программу КТР, 2 группа — сравнения — 25 пациентов. КТР проводилась на стационарном, санаторном и поликлиническом этапах и включала физические тренировки, обучение в Школе для больных ИМ (структурированная программа, состоящая из 5 занятий по 30 мин.). Исходно, сразу после обучения (1 группа), через 6 и 12 мес. оценивался уровень знаний пациентов (баллы), а также практическое применение знаний — пациенты самостоятельно заполняли специально разработанный опросник. Всем больным на 18–21 сутки ИМ и через 12 мес. проводили эхокардиографию, определяли структурно-функциональные показатели ЛЖ, диастолическую функцию ЛЖ (ДФЛЖ), тип диастолической дисфункции (ДДЛЖ).

Результаты. Исходно группы не различались по структурно-функциональным показателям ЛЖ. В 1 группе через 12 мес. выявлено достоверное увеличение ФВ ЛЖ ($p < 0,05$), при сравнении с пациентами 2 группы достоверно выше ФВ ЛЖ ($63,08 \pm 6,33$ против $59,22 \pm 6,45$; $p < 0,05$). По остальным показателям различий не выявлено ($p > 0,05$). Через 12 мес. в 1 группе отмечено достоверное уменьшение числа пациентов с псевдонормальным типом ДДЛЖ в сравнении с исходным (10% против 45%, $p < 0,05$). В 1 группе в сравнении с 2 группой выявлено достоверно меньшее число пациентов с прогностически неблагоприятным псевдонормальным типом ДФЛЖ (10% против 30%; $p < 0,05$). В 1 группе через 12 мес достоверно больше число пациентов с гипертрофическим типом ДФЛЖ ($p > 0,05$) за счет перехода из псевдонормального. У 2 пациентов (10%) в 2 группе отмечено ухудшение типа ДФЛЖ — диагностирован рестриктивный тип ДФЛЖ, имеющий неблагоприятное прогностическое значение. В 1 груп-

пе отсутствовали пациенты с данным типом ДФЛЖ. В 1 группе сразу после окончания занятий повысился на 41 % общий уровень знаний ($p < 0,05$), повысился уровень знаний по всем показателям. Через 6 мес. и 12 мес. эти показатели несколько снизились, но остались достоверно выше исходных ($p < 0,05$). Во 2 группе достоверных изменений не было ($p > 0,05$). Уровень знаний пациентов 1 группы достоверно выше уровня знаний пациентов 2 группы ($37,68 \pm 3,67$ баллов против $27,11 \pm 2,73$; $p < 0,05$). Оценка динамики уровня практического применения знаний через 12 мес. выявила достоверное увеличение числа пациентов, регулярно измеряющих АД, соблюдающих гипохолестериновую диету, а также уменьшение числа пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни в 1 группе, при этом достоверного изменения числа пациентов, придерживающихся принципов здорового питания, не обнаружено.

Заключение. Проведение комплексной трехэтапной программы реабилитации приводит к улучшению как систолической, так и ДФ ЛЖ, а также к уменьшению числа существующих и предотвращению появления новых, прогностически неблагоприятных типов ДДЛЖ у пациентов с осложненным течением ИМ в остром периоде, включенных в комплексную трехэтапную программу реабилитации. Школа для пациентов, перенесших инфаркт ИМ, может применяться как технология группового профилактического консультирования на стационарном этапе реабилитации для данного контингента больных.

КОМПЛЕКСНАЯ ТРЕХЭТАПНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Филиппова О. А., Куимов А. Д., Барбарич В. Б.

*ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
Росздрава МБУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск*

Цель исследования — изучить влияние комплексной трехэтапной реабилитации (КТР) больных, подвергнутых эндоваскулярной реваскуляризации в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ), на структурно-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ), уровень знаний о вторичной профилактике и практическое применение.

Материал и методы. Обследовано 70 больных с диагнозом острый Q-позитивный ИМ, подвергнутых ЧТКВ в остром периоде. Средний

возраст $59,9 \pm 0,41$ лет. 36 пациентов составили 1 группу — включенных в программу КТР, 34 пациента составили 2 группу — группу сравнения. КТР проводилась на стационарном, санаторном и поликлиническом этапах и включала физические тренировки, обучение в Школе для больных ИМ (структурированная программа, состоящая из 5 занятий по 30 мин.). Исходно, сразу после обучения (1 группа), через 6 и 12 мес, оценивался уровень знаний пациентов (баллы), а также практическое применение знаний — пациенты самостоятельно заполняли специально разработанный опросник. Всем больным на 18–21 сутки ИМ и через 12 мес. проводили эхокардиографию, определяли структурно-функциональные показатели ЛЖ, диастолическую функцию ЛЖ (ДФЛЖ), тип диастолической дисфункции (ДДЛЖ).

Результаты. Исходно группы не различались по структурно-функциональным показателям ЛЖ, уровню знаний о методах немедикаментозной коррекции факторов риска и здоровом образе жизни и их практическому применению. В 1 группе через 12 мес. выявлено достоверное увеличение ФВ ЛЖ ($p < 0,05$), при сравнении с пациентами 2 группы достоверно выше ФВ ЛЖ ($63,39 \pm 5,66$ против $59,13 \pm 6,71$; $p < 0,05$). По остальным показателям различий не выявлено ($p > 0,05$). Через 12 мес. в 1 группе отмечено достоверное уменьшение числа пациентов с псевдонормальным типом ДДЛЖ в сравнении с исходным 8% против 35%, $p < 0,05$). В 1 группе в сравнении с 2 группой выявлено достоверно большее число пациентов с нормальной ДФЛЖ (65% против 46%; $p < 0,05$), меньшее число пациентов с псевдонормальным типом ДФЛЖ 8% против 22% соответственно; $p < 0,05$). Обе группы через 12 мес. не различались по числу больных с рестриктивным, гипертрофическим типом ДФ ЛЖ ($p > 0,05$). В 1 группе сразу после окончания занятий повысился на 41% общий уровень знаний ($p < 0,05$), уровень знаний по всем показателям. Через 6 мес. и 12 мес. эти показатели несколько снизились, но остались достоверно выше исходных ($p < 0,05$). Во 2 группе достоверных изменений не было ($p > 0,05$). Уровень знаний пациентов 1 группы достоверно выше уровня знаний пациентов 2 группы ($36,86 \pm 3,45$ баллов против $27,00 \pm 2,58$; $p < 0,05$). Через 12 мес. выявлено достоверное увеличение числа пациентов, регулярно измеряющих АД, соблюдающих гипохолестериновую диету, а также уменьшение числа пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни в 1 группе, при этом достоверного изменения числа пациентов, придерживающихся принципов здорового питания, не выявлено. Заключение. Проведение комплексной трехэтапной программы реабилитации приводит к улучшению как систолической, так и ДФЛЖ, а также к уменьшению числа существующих и предотвращению появления новых, прогностически неблагоприятных

типов ДДЛЖ у пациентов, подвергнутых эндоваскулярной реваскуляризации, включенных в комплексную трехэтапную программу реабилитации. Школа для пациентов, перенесших инфаркт ИМ, может применяться как технология группового профилактического консультирования на стационарном этапе реабилитации для данного контингента больных.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСУДИСТУЮ СТЕНКУ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Хашиева Л. А., Глова С. Е., Илюхин А. П., Гончарова О. Н., Шлык С. В.
РостГМУ, Ростов-на-Дону*

Свободнорадикальные процессы (СРП) необходимы для нормального функционирования организма, однако регулирующие функции активного кислорода у человека могут трансформироваться в их повреждающее влияние. Первой мишенью для воздействия свободных радикалов становятся форменные элементы крови и выстилающий сосуды эндотелий. Нарушение функции эндотелия проявляется дисбалансом между эндотелий-зависимой вазодилатацией и вазоконстрикцией, что и приводит к повышению периферического сосудистого сопротивления.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния на сосудистую стенку СРП, функции эндотелия и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Нами было обследовано 58 пациентов с АГ (30 мужчин и 28 женщин), средний возраст $47,30 \pm 5,32$ лет. Длительность АГ у пациентов составила в среднем $10,8 \pm 1,57$ лет. Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст $46,79 \pm 5,63$ лет. Определение жесткости и эластичности сосудистой стенки проводили методом объемной сфигмографии с помощью компьютерного комплекса для исследования электрической и механической деятельности сердечно — сосудистой системы «Поли — Спектр» ООО «Нейро — Софт» г. Иваново, оценивали СРПВ по артериям эластического и мышечного типа. Оценивали интенсивность СРО методом хемилюминесцентного анализа в системе H_2O_2 -люминол; определением содержания диеновых конъюгатов, шиффовых оснований, малонового диальдегида, суммарной пероксидазной активности, активности глутатионпероксидазы, каталазы, супероксиддисмутазы. Функцию эндотелия изучали с помощью определения производных оксида азота: пероксинитрита, нитрозоглутатиона и нитротирозина спектрофотометрическим ме-

тодом. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 и электронных таблиц Excel 2007.

Результаты. В группе пациентов с АГ, наблюдается достоверное повышение СРПВ по сосудам эластического типа по сравнению со здоровыми испытуемыми ($p < 0,05$). При изучении скорости распространения пульсовой волны по сосудам мышечного типа выявлено, что у здоровых пациентов и пациентов с АГ данный показатель в среднем имеет практически нормальные значения. Показатели интенсивности свободнорадикального распада перекиси водорода характеризовались достоверным увеличением интенсивности быстрой вспышки, светосуммы хемилюминесценции в группе пациентов с АГ по сравнению со здоровыми испытуемыми ($p < 0,05$). При анализе активности антиоксидантных ферментов было установлено, что в группе пациентов с АГ регистрировались достоверно большая активность каталазы и церулоплазмينا ($p < 0,05$). Содержание пероксинитрита, нитротирозина и нитрозоглутатиона были достоверно выше у пациентов с АГ, по сравнению со здоровыми испытуемыми ($p < 0,05$). При корреляционном анализе нами были получены достоверные взаимосвязи между величиной СРПВ в артериях эластического типа у здоровых пациентов и интенсивностью свободнорадикального распада перекиси водорода: высотой быстрой вспышки ($r = 0,44$; $p < 0,05$), уровнем светосуммы хемилюминесценции ($r = 0,60$; $p < 0,05$), уровнем малонового диальдегида ($r = 0,62$; $p < 0,05$). Анализируя показатели активности антиоксидантных ферментов, обнаружили прямую корреляционную связь между активностью каталазы и величиной СРПВ по артериям эластического типа, как в группе здоровых обследуемых ($r = 0,48$; $p < 0,05$), так и у пациентов с АГ ($r = 0,44$; $p < 0,05$) и обратную корреляционную связь между активностью глутатионпероксидазы и величиной СРПВ по артериям эластического типа у пациентов с АГ ($r = -0,47$, $p < 0,05$). Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем пероксинитрита и величиной СРПВ в артериях эластического типа ($r = 0,44$; $p < 0,05$) у пациентов с АГ, а также между уровнем нитротирозина и величиной СРПВ в артериях эластического типа у пациентов с АГ ($r = 0,51$; $p < 0,05$). При этом, в группе здоровых обследуемых данных взаимосвязей найдено не было. Также была установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем САД и величиной СРПВ в артериях эластического типа у пациентов с АГ ($r = 0,31$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные нами результаты позволяют судить о единстве СРП, дисфункции эндотелия и повышения жесткости сосудистой стенки пациентов с АГ.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Хашиева Л. А., Шлык С. В., Гарина И. А., Линник А. С., Гончарова О. Н.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-
Дону*

Цель. Изучить особенность капиллярного кровотока у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от длительности заболевания.

Методы исследования. Обследовано 60 пациентов с артериальной гипертензией (29 мужчин и 31 женщина), средний возраст $58,57 \pm 7,81$ лет. Капиллярный кровоток оценивали путем исследования микроциркуляторного русла в области ногтевого валика III пальца кисти на аппарате «Минимакс-доплер-К» датчиком 20 МГц с проведением двух функциональных проб и определением систолической максимальной скорости (V_s , см/с), средней скорости за цикл ($U_{ср}$, см/с), диастолической максимальной скорости ($U_{сд}$, см/с), объемной скорости (O_{AB} , мл/с/см³) капиллярного кровотока через одну, три, пять минут после воздействия. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы статистического анализа «8 тат1811 ea. 6» (Statsoft, США). Результаты представлены в виде средних величин и ошибки средних величин ($M \pm m$). За статистически значимые принимались отличия при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Длительность заболевания артериальной гипертензией у пациентов составила $9,2 \pm 7,2$ года. В зависимости от цели исследования все больные были разделены на две группы: I группа (длительность АГ до 10 лет) — 28 пациентов, страдали АГ $4,91 \pm 3,65$ лет, II группа (АГ более 10 лет) — 32 пациента, имели в анамнезе АГ $8,93 \pm 7,0$ лет ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что группы были сопоставимы между собой по полу, возрасту ($55,39 \pm 9,81$ лет и $57,16 \pm 8,82$ лет), средним цифрам систолического артериального давления ($177,17 \pm 17,86$ и $177,5 \pm 24,16$ мм рт. ст.) и диастолического артериального давления ($99,56 \pm 11,97$ и $106,66 \pm 19,69$ мм рт.ст. — для первой и второй группы соответственно). Оценка результатов определения линейных скоростей кровотока в группах после проведения холодной пробы на 3 минуте после воздействия показала достоверное снижение показателей в обеих группах, как по отношению к исходным значениям V_s (систолическая макс. скорость) $исх! гр = 16,48$ см/с, $V_s Ггр = 16,06$ см/с, ($p < 0,05$), V_s $исх Пгр = 15,99$ см/с $V_s Пгр = 12,1$ см/с ($p < 0,05$), Δp (систолическая сред.

скорость) исх Ггр =2,73 см/с, Vm Ггр =2,9 см/с, (p<0,05), Vm исх Игр =3,02 см/с, Vm Игр =2,81 см/с (p<0,05), Vd (диастолическая макс. скорость) исх ггр.= 1,41 см/с, Vd! гр.= 1,06 см/с,, (p<0,05) Vd исх Пгр=1,57 см/с Vd Пгр=1,46 см/с, (p<0,05), в каждой из групп, так и между группами Vs ггр =16,06 см/с, Vs Пгр=12,1 см/с (p<0,05), Vm ггр =2,9 см/с, Vm Игр =2,81 см/с, (p<0,05), Vd ггр.= 1,06 см/с, Vd Пгр=1,46 см/с, (p<0,05). Более выраженное снижение показателей наблюдалось во второй группе. Показатель тканевой перфузии (O[^]) был выше у лиц, страдающих АГ более 10 лет по сравнению с пациентами, с течением АГ менее 10 лет во время проведения холодной пробы.

Выводы. У пациентов страдающих артериальной гипертензией менее 10 лет микроциркуляторное русло в ответ на воздействие реагирует недостаточным изменением диаметра сосудов и скорости кровотока. У пациентов с АГ, длительностью заболевания более 10 лет, отмечается более выраженный парадоксальный ответ на воздействия, что свидетельствует о далеко зашедших процессах повреждения сосудистой системы.

РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ (VEGF) И ЭНДОСТАТИНА В ОЦЕНКЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хашиева Л. А., Плещачев А. С.

Как известно, важную роль в патогенезе артериальной гипертензии играет ремоделирование сосудистой стенки и дисфункция сосудистого эндотелия, приводящие соответственно к повышению жесткости сосудов и дисбалансу локальных факторов вазоконстрикции и вазодилатации. Сосудистый эндотелиальный фактор роста участвует в процессах ангиогенеза и регуляции функции эндотелиоцитов. Широко изучены изменения плазменной концентрации VEGF при коронарной болезни сердца, ишемии миокарда, после реваскуляризации [1], однако к настоящему моменту данные о его участии в механизмах поражения органов-мишеней при АГ ограничены. Показано повышение уровня сосудистого эндотелиального фактора роста в плазме у больных артериальной гипертензией с сопутствующим снижением поток-зависимой вазодилатации [2]. Кроме того, в ряде работ описано влияние VEGF на процесс ремоделирования сосудистой стенки, реализуемое, возможно, через активацию матриксных металлопротеиназ (ММР) [3]

Нужно отметить, что механизмы поражения органов-мишеней при АГ не ограничивается функциональными нарушениями (дисфункция эндотелия, вазоконстрикция, гипертрофия мышечного слоя сосудистой стенки), но так же включает так называемые «структурные» механизмы, включающие уменьшение числа функционирующих артериол [4], вероятно, опосредованных через апоптоз клеток [5]. Наряду с такими веществами как эндотелин-1, адреномедулин, основной фактор роста фибробластов, интерлейкин-10, сосудистый эндотелиальный ростовой фактор (VEGF) обладает защитным действием на эндотелий [6].

Также определенный интерес вызывает определение уровня эндостатина в плазме крови больных АГ. Являясь функциональным антагонистом VEGF, эндостатин, возможно реализует эффекты противоположные вышеописанным. По-видимому, качественное и количественное соотношение нейрогуморальных факторов, ассоциированных с VEGF и эндостатином и определяет степень повреждения эндотелиальных клеток и прогрессирование ремоделирования сосудистой стенки. Изучение уровня этих факторов роста в плазме больных с различной степенью и стадией АГ, а также их сопоставление с показателями жесткости стенки резистивных сосудов (определение скорости распространения пульсовой волны), функционального состояния эндотелия (пробы с эндотелий-зависимой вазодилатацией) и параметрами микроциркуляции в тканях позволит оценить значимость VEGF и эндостатина, как маркеров поражения органов мишеней и предикторов высокого сердечнососудистого риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Влияние реваскуляризации миокарда на динамику сосудистого эндотелиального и трансформирующего факторов роста у больных ишемической болезнью сердца. И. В. Сергиенко, А. Е. Семёнова, В. П. Масенко, Л. И. Хабибуллина, С. А. Габрусенко, В. В. Кухарчук, Ю. Н. Беленков

Plasma vascular endothelial growth factor as a marker for early vascular damage in hypertension. Tsai WC, Li YH, Huang YY, Lin CC, Chao TH, Chen JH

Kliche S., Waltenberger J. VEGF receptor signaling and endothelial function IUBMB Life. 2001 Jul;52 (1–2):61–66

Greene AS, Tonellato P, Lui J. et al. Microvascular rarefaction and tissue vascular resistance in hypertension. Am J Physiol 1989; 256: H126–31.

Stefanec T. Endothelial apoptosis: could it have a role in the pathogenesis and treatment of disease. Chest 2000; 117: 841–54.

Mombouli J-V, Vanhoutte PM. Endothelial dysfunction: from physiology to therapy. J Mol Cell Cardiol 1999; 31: 61–74.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ)

*Хайло Н. В., Лынный Л. В., Крамаренко О. Н., Спандерашвили И. Н.
Ростовский государственный медицинский университет, Областная
больница № 2, г. Ростов-на-Дону*

Убедительно показано, что гиполипидемическая терапия существенно снижает не только риск таких осложнений атеросклероза как коронарная смерть, инфаркт миокарда и стенокардия, но и общую смертность. Согласно данным Российских рекомендаций, разработанных группой экспертов ВНОК от 2009 года, средняя частота назначения статинов по России 18%.

Цели работы.

- 1) Выявить частоту назначения статинов участковыми терапевтами и кардиологами по городу и области по данным анамнеза и амбулаторных карт пациентов.
- 2) Проследить приверженность пациентов к лечению статинами
- 3) Определить отношение медицинских работников к назначению статинов.

Материалы и методы.

Проанализировано 125 историй болезни мужчин и женщин, поступивших в кардиологическое отделение ОБ№ 2 города Ростова-на-Дону в октябре-ноябре 2009 г. Нами было отобрано 107 историй болезни, куда вошли пациенты очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, такие как постинфарктный кардиосклероз (ПИК), гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Полученные результаты.

Основную долю пациентов составили женщины в возрасте 64+1 год. Клиническим диагнозом у 51 % пациентов явилась ИБС, у 27 %- ПИК и 22 %- ГБ. При поступлении в стационар у всех этих пациентов были обнаружены выраженные сдвиги в липидограмме крови. Уровень общего холестерина составил в среднем 6,6+0,2 ммоль/л, ЛПНП-4,3+0,3 ммоль/л. Применение статинов до госпитализации было в каждой группе 24 %, 33 %, 20 % соответственно. Наиболее часто назначаемый статин-симвастатин (средняя доза 20 мг/сутки). И только у 33 % пациентов ПИК доза симвастатина была 40 мг/сутки. При опросе пациентов было обнаружено, что у 47 % данные препараты ранее вообще никогда не назначались. При оценке причин отказа от приема статинов явилась высокая стоимость, а также переоценка риска побочных эффектов и осложнений терапии. В стационаре всем пациентам высоко-

го риска была назначена статинотерапия (средняя доза симвастатина 37,3 мг/сутки) с рекомендациями их дальнейшего использования в амбулаторных условиях.

Выводы:

- 1) В реальной клинической практике результаты лечения статинами остаются неудовлетворительными.
- 2) Сохраняется недооценка больными и врачами необходимости и эффективности использования статинов.
- 3) Большинство пациентов высокого риска остаются на низких стартовых дозах, что затрудняет достижение целевых уровней ОХ и ЛПНП-холестерина из-за недостаточного контроля со стороны участковых терапевтов и кардиологов.

ДИСБАЛАНС ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

*Хоролец Е. В., Хашиева Л. А., Шлык С. В., Телитченко В. Н.
Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону*

Заболеваемость острым инфарктом миокарда (ОИМ) составляет 141,6 случая, а смертность 32,9 на 100 тыс. населения. В среднем по России летальность от ОИМ достигает 15,5%. При ОИМ острая сердечная недостаточность (ОСН) развивается у 40–50% больных на госпитальном этапе и является одной из причин летальных исходов. С современной позиции патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний ключевым звеном является дисфункция эндотелия. Эндотелин-1 (ЭТ-1) рассматривается, как один из предикторов тяжести пациентов ОИМ. В условии ишемии миокарда происходит увеличение перекисного окисления липидов.

Цель исследования — изучить особенности эндотелиальной дисфункции и оксидантного стресса у пациентов ОИМ в зависимости от степени тяжести ОСН.

Материалы и методы. В исследование включен 91 пациент с диагнозом инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) передней стенки левого желудочка, средний возраст $60,86 \pm 1,2$ лет, поступившие в кардиологическое отделение МЛПУ ГБСМП № 2 г. Ростова-на-Дону. Группу контроля составили 30 здоровых добровольцев, средний воз-

раст $59,83 \pm 0,79$ лет. Все пациенты были разделены на группы I–III в зависимости от степени тяжести ОН по классификации Т. Killip. Диагноз ИМпСТ устанавливался на основании: клинических данных, динамики электрокардиографии, лабораторных данных: МВ КФК, проводили качественное определение тропонина Т тест-полосками «ТРОП сенсетив». Уровень ЭТ-1 в крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием системы «Human endothelin-1», фирмы DRG International, Inc. (США). Оценку уровня супероксид-анион радикала (САР) проводили в суспензии нейтрофилов крови (А. В. Арутюнян и соавт., 2000). Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли методом R. Fried (1975). Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью программы Statistika-6,0. Использовались t- критерий Стьюдента, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверными данными считали различия при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Анализируя показатели перекисного окисления липидов, отмечено увеличение уровня САР и снижение активности СОД у изучаемых пациентов, что отражает дисбаланс про- и антиоксидантов при ОИМ. При сравнении содержания ЭТ-1 у больных ИМпСТ с группой контроля было получено достоверно увеличение данного пептида.

На фоне прогрессирования ОН установлено увеличение уровня САР и ЭТ-1, что отражает отрицательное влияние на степень тяжести сердечной недостаточности. Активность СОД статистически не отличалась у больных I–III групп, что связано с компенсаторными возможностями организма. При этом, максимальные значения уровня САР и ЭТ-1 установлены у больных ИМпСТ с отеком легких. Получены отрицательные корреляции активности СОД с уровня САР и ЭТ-1, что отражает неконтролируемое увеличение свободных радикалов на фоне снижения антиоксидантной защиты и дисфункции эндотелия.

Выводы. У пациентов ОИМ происходит нарушение баланса перекисного окисления липидов. Оксидативный стресс отражает отрицательное влияние на эндотелиальную дисфункцию. Увеличение уровня свободных радикалов, ЭТ-1 является одним из ключевых маркеров нарушения функции эндотелия и вносит вклад в прогрессирование ОН у больных ИМпСТ.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Хоролец Е. В., Хашиева Л. А., Шлык С. В., Стадников А. А.

*Ростовский государственный медицинский университет. МЛПУ ГБСПМ
№ 2 г. Ростов-на-Дону*

Патогенетической тактикой терапии больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) является восстановление коронарного кровотока — коронарная реперфузия. Повреждение миокарда в результате окклюзии коронарной артерии развивается быстро и уже через 4–6 часов от начала первых симптомов болезни большая часть ишемизированного миокарда некротизируется. Восстановление проходимости поврежденного сосуда способствует улучшению остаточной функции левого желудочка, уменьшению смертности, осложнений острого инфаркта миокарда и улучшению выживаемости. Реперфузия может ограничить распространение инфаркта миокарда за счет уменьшения величины зоны некроза. Поэтому очень важно провести реперфузионную терапию как можно раньше.

Цель исследования. Изучить влияние тромболитической терапии на показатели перекисного окисления липидов у больных ИМпST.

Материалы и методы. Включен 91 пациент, средний возраст $60,86 \pm 1,2$ лет, с диагнозом ИМпST передней стенки левого желудочка. Контрольную группу составили здоровые добровольцы, средний возраст $59,83 \pm 0,79$ лет. Пациентам, поступившим в первые 6 часов от начала заболевания, при отсутствии противопоказаний выполнялась тромболитическая терапия (ТЛТ). В первые 24 часа пациентам проводилась оценка активности ферментов антиоксидантной системы: супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, общей антиокислительной активности (ОАА) и содержание супероксид анион-радикала (САР). Для подтверждения диагноза ИМпST оценивали клиническую картину, динамику ЭКГ, а также МВ КФК и качественное определение тропонина Т. В течение первых суток оценивали повышение МВ КФК с интервалом 6 ч, а достижение максимальной концентрации у больных после ТЛТ позволяли судить о восстановлении коронарного кровотока. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием критерия Крускала-Уоллиса. При нормальном распределении применялся t-критерий Стьюдента. Достоверными данными считали различия при $p < 0,05$.

Полученные результаты. ТЛТ на госпитальном этапе проведена 22 (24,2%) больным ИМпST. Такой низкий процент выполнения ТЛТ

связан с тем, что 60 (67%) пациентов поступили позже 12 ч от начала развития заболевания, а 9 (9,8%) имели относительные противопоказания. Средний возраст у пациентов ИМпСТ с ТЛТ составил $54,45 \pm 3,49$ лет и был достоверно ниже по сравнению с группой без ТЛТ. Время от начала развития ИМпСТ до проведения ТЛТ у анализируемых пациентов составило в среднем $3,59 \pm 0,24$ часа. Анализируя изучаемые показатели перекисного окисления липидов в сравнении с здоровыми добровольцами отмечено: снижение активности СОД, ОАА и увеличение каталазы, уровня САР. Уменьшение активности антиоксидантов приводит к ускорению свободно-радикального поражения клеточных структур. При изучении показателей антиоксидантной системы у больных с ТЛТ отмечено достоверное увеличение активности СОД ($29,43 \pm 1,56$, по сравнению с пациентами без ТЛТ $23,55 \pm 0,65$ усл.ед на 1 мл, $p < 0,05$) и каталазы ($33,7 \pm 5,08$ и $27,25 \pm 1,03$ мкат/л, соответственно $p < 0,05$), что отражает компенсаторные возможности организма. Статистических различий уровня САР ($3,83 \pm 0,41$ и $4,01 \pm 0,2$ нмоль супероксида на 106 клеток в 1 ч) и ААО ($39,33 \pm 2,39$ и $46,74 \pm 2,56$ усл. ед. на 1 мг белка) в изучаемых группах не получено.

Выводы. При инфаркте миокарда происходит дисбаланс про- и антиоксидантов. Выполнение ТЛТ ограничено противопоказаниями, одним из которых является поздняя обращаемость пациентов (в 67% случаев). Проведение ТЛТ у больных ИМпСТ позволяет сохранить компенсаторные возможности антиоксидантной защиты, что вероятно влияет на благоприятный исход заболевания.

ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ» В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ГУЗ РОСТОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

*Чепурненко С. А., Румбешт В. В., Старухина О. И.
ГУЗ «Ростовская областная клиническая больница»,
Кардиохирургический центр, Ростов-на-Дону, Россия*

Цель исследования: оценка эффективности обучающих мероприятий в формировании информированности больных об основах здорового образа жизни.

Методы исследования: анкетирование пациентов до и после обучения в «Школе здоровья для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Результаты: «Школа здоровья для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» работает в Кардиохирургическом центре с 2005 года. Занятия проводятся ежемесячно, для пациентов, находящихся на стационарном лечении, а также всех желающих. За этот период обучение прошли 1826 пациентов. Выборочно проанкетировано 50 посетителей кардиошколы до и после занятия. Средний возраст опрошенных составил 53,2 года. Выявлено, что до обучения в кардиошколе, только 10% респондентов правильно описывали локализацию, иррадиацию, длительность приступов стенокардии. В 100% случаев наибольшее беспокойство вызывали колющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой и не имеющие отношения к ишемической болезни сердца. В 78% случаев слушатели кардиошколы не считали необходимым принимать нитраты для купирования приступов стенокардии, а предпочитали, чтобы боль прекратилась самостоятельно. Владели информацией о клинике прогрессирующей стенокардии только 5% пациентов. Знакомы с факторами риска ишемической болезни сердца лишь 21% анкетированных. Только 23% имеют представление о целевых уровнях артериального давления. Никто из опрошенных не знал о необходимости приёма ацетилсалициловой кислоты при развитии некупирующегося приступа стенокардии. Всего 18% пациентов назвали среди ведущих причин смерти сердечно-сосудистую патологию. После обучения в кардиошколе% правильных ответов на поставленные вопросы вырос до 92–100%.

Выводы: 1. Занятия в «Школе здоровья для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» способствуют росту информированности пациентов о факторах риска, клинических проявлениях ишемической болезни сердца и методах доврачебной помощи.

Проводимые мероприятия повышают ответственность больных за собственное здоровье и способствуют формированию правильного образа жизни.

Работа с пациентами является одним из резервов повышения эффективности терапии сердечно-сосудистых заболеваний и повышения качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

*Чернышов В. Н., Лебедева А. А., Тараканова Т. Д., Швыдченко Н. Ю.,
Костелянец Л. Б.
РостГМУ, г. Ростов-на-Дону.*

Цель: изучение исходного вегетативного статуса и вегетативной реактивности у детей, больных бронхиальной астмой и их матерей.

Методы: обследовано 36 детей в возрасте от 10 до 15 лет страдающих БА, а также 36 их матерей. Среди больных — 30% девочек и 70% мальчиков. Выделено 2 группы: первая — дети, имеющие матерей с отягощенным аллергоанамнезом, вторая группа — дети матерей с благоприятным аллергоанамнезом. Легкая степень тяжести БА отмечалась в 50% случаев, средняя степень — в 32,5% и тяжелая — у 17,5% больных. Определение исходного вегетативного тонуса проводилось по таблицам Вейна, а вегетативной реактивности методом кардиоинтервалографии в клиноортостатической пробе.

Полученные результаты: сопутствующие аллергические заболевания наблюдались у 52% больных, наиболее часто аллергический ринит (33%) и пищевая аллергия (28%). Общее число детей с отягощенной наследственностью достигало 80%, причём в 50% случаев по отцовской линии. При анализе вегетативного статуса больных БА и их матерей были получены следующие результаты: 72% детей имели симпатикотонический тонус и 20% — эйтонический. Реакция ВНС 55% детей была гиперсимпатикотонической, 30% — асимпатикотонической и 15% больных — нормальной. У большинства матерей наблюдалась гиперсимпатикотония. Среди матерей, имеющих аллергические заболевания, наиболее часто наблюдались гиперсимпатикотоническая направленность тонуса ВНС (73%) и вегетативной реакции — 46%. Более половины матерей 2 группы имели гиперсимпатикотонический тонус ВНС (65%), при этом реакция на ортоклиностатическую пробу в 46% случаев нормальная. Дети с легким течением БА в 50% случаев имели гиперсимпатикотонический тонус и реакцию ВНС, а среди больных с тяжелым течением БА — преобладала асимпатикотоническая реакция ВНС (50%). Дети, получающие базисную терапию в 91% случаев имели симпатикотонический тонус ВНС, а дети не получающие — лишь в 45%. Реакция детей на ортоклиностатическую пробу, получающих ИГКС, в 40% случаев — гиперсимпатикотоническая, в 35% — асимпатикотоническая. Реактивность детей без базисного лечения в (65%) гиперсимпатикотоническая, а в 30% — асимпатикотониче-

ская. Сравнение данных КИГ больных детей и их матерей с отягощенным алергоанамнезом установило: в 47% случаев тонус ВНС детей и матерей совпадал, причем 80% он был гиперсимпатикотоническим. При этом результаты реактивности ВНС совпадали лишь в 36%. Тонус ВНС по данным КИГ матерей без аллергии совпадал с тоном ВНС их детей в 70% случаев, из которых в 63% он был гиперсимпатикотоническим. Вегетативная реактивность одинакова у детей и матерей — также в 35% случаев.

Выводы: у детей с лёгким течением БА преобладали гиперсимпатикотонические тонус и реактивность, а у детей с тяжелым течением БА — асимпатикотоническая реактивность ВНС. Подавляющее большинство детей, получавших базисную терапию, имели симпатикотонический тонус. Тонус ВНС у детей и их матерей совпадал чаще во второй группе, причем чаще он был гиперсимпатикотоническим.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

*Чернышов В. Н., Тараканова Т. Д., Лебеденко А. А., Валькова Т. В.,
Лопуть Д. В.*

*ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию,
г. Ростов-на-Дону*

Цель работы — выявление взаимосвязи нарушений сердечного ритма и проводимости, структурных особенностей и клапанной дисфункции сердца у подростков с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца (СДСТС). Обследовано 52 подростка в возрасте от 12 до 16 лет (20 мальчиков и 32 девочки), находившиеся на диспансерном учете кардиолога детской поликлиники № 45 г. Ростова-на-Дону. Использовали комплексное клинико-инструментальное обследование (ЭКГ, УЗИ сердца и внутренних органов по стандартным методикам). Больных разделили на две группы: 1-ая — 34 пациента с наличием аномальных трабекул в полости левого желудочка (АТЛЖ) в сочетании с нарушениями сердечного ритма, 2-ая — 18 подростков с АТЛЖ в сочетании с другими вариантами дисплазии сердца. И аритмиями. Контрольную группу составили 46 детей аналогичного возраста. Установили что у детей 2 группы достоверно выше частота встречаемости анте — и интранатальных факторов риска. Номотопные нарушения образования импульса встречались одинаковочасто во всех группах. Гете-

ротопные по типу суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол в 1 и 2 группах в 10 и 18% соответственно. Среди нарушений проводимости достоверно чаще регистрировали синдромы укорочения PQ, неполную блокаду ПНПГ SA блокаду « степени во « группе Абсолютные показатели структурных параметров сердца, как в 1, так и во 2 группах не отличались от контроля, однако четко прослеживались критерии дисгармоничного развития полостей сердца и магистральных сосудов с расхождением значений более 2 центильных коридоров. Достоверная разница установлена в отношении параметров систолической функции ЛЖ. Так у обследуемых 1 группы существенно выше показатели сердечного выброса, фракции выброса, что в 26 случаях расценено, как гиперкинетический синдром. У пациентов 2 группы кроме этого в 15% случаев выявлен гипокинетический синдром: у 2 подростков этой группы на фоне желудочковой экстрасистолии выявлена диастолическая дисфункция 1 типа. Обнаружена зависимость выраженности клапанных дисфункций, вариантов СДСТС и характера аритмий в разных группах. В первой группе выраженность регургитаций на митральном и трикуспидальном клапанах была непостоянная и не превышала первой степени. Во 2 группе отмечается более выраженная степень клапанной дисфункции с постоянной регургитацией, как правило, на 2-х клапанах. Физиологическая регургитация на клапане легочной артерии в контроле отмечена в 40% случаев, в 1 группе в 62% случаев во 2 группе в 88% случаев.

Таким образом, сочетание СДСТС и нарушений сердечного ритма приводит к разнонаправленным изменениям внутрисердечной гемодинамики, что требует своевременности диагностики и терапии выявленных нарушений.

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ПОДРОСТКОВ

*Чернышов В. Н., Тараканова Т. Д., Носова Е. В.
ГОУ ВПО Рост ГМУ Росздрава, г. Ростов-на-Дону*

Цель: Изучить клинико-anamnestические особенности кардитов в подростковом возрасте, установить характер нарушений внутрисердечной гемодинамики.

Методы исследования: В условиях детского отделения РостГМУ обследовано 31 подросток (10 мальчиков и 21 девочек) в возрасте от 12 до 18 лет. Контрольную группу составили 100 здоровых школьников

аналогичного возраста. Всем детям проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включающее оценку данных ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, ЭхоКГ по стандартной методике, в М-режиме, двумерном режиме и импульсно-волновой доплерометрии. Оценивали морфометрические параметры, констатировали различные варианты соединительнотканых дисплазий сердца: аномально расположенные трабекулы левого желудочка и хорды митрального клапана (АТЛЖ, АХМК), пролапсы митрального и трикуспидального клапанов (ПМК, ПТК).

Полученные результаты: Анализируя данные анамнеза, установили, что в 72% случаев беременность протекала на фоне анемии, токсикозы 1 и 2 половины, угрозы прерывания, артериальные дистонии, нефропатии, патология в родах отмечена в 45% случаев. Анализ этиологических факторов кардита показал преобладание вирусно-бактериальных ассоциаций (82%), значительно реже вирусных (10%), или бактериальных (8%) возбудителей изолировано. Среди вирусов преобладали ВЭБ, ЦМВИ, ВПГ, а среди бактерий *S.aureus*, *S. viridans*, *E. faecalis*, грибы рода *Candida*. В контрольной группе транзиторные сердцебиения и кардиалгии кратковременные, на фоне физических и эмоциональных нагрузок встречались в 15% случаев. Среди жалоб у больных доминировали кардиалгии (98%), длительные с иррадиацией в подлопаточную область, левое плечо. Симптомы вегетативной дисфункции (цефалгии, дыхательный невроз, термоневроз, метеолабильность, артериальная дистония) и вегетативные кризы достоверно чаще наблюдались при кардитах. Классический миокардиальный синдром в виде расширения перкуторных границ сердца, снижения звучности тонов наблюдался только в 30% случаев. Анализ данных ЭКГ позволил установить, что у подростков с острыми кардитами чаще имело место нарушение функции автоматизма по типу синусовой тахикардии, а с хроническими - нарушение возбудимости по типу экстрасисталий (би- и тригемений). Нарушение функции проводимости констатировалось преимущественно в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса. В 85% случаев отмечено сочетание выявленных изменений. В тоже время патогномичный вариант ЭКГ нарушений в виде нарушения процесса реполяризации в нашей группе встречался в 60% случаев. При ЭхоКГ достоверных различий в распространенности АТЛЖ и АХМК в обеих группах не выявлено. Однако распространенность ПМК и ПТК с регургитацией 1 ой степени, а также сочетание регургитационных потоков на 1–2 клапанах в группе больных было достоверно больше. Параметры Ao, ЛП, ТСЛЖ, ТМЖП не имели достоверных различий. Показатель сердечного выброса в 12% случаев имел тенденцию к снижению. Наиболее часто

сопутствующим состоянием являлась ЛОР-патология, выявляемая у 82% подростков (хронический субкомпенсированный тонзиллит, гипертрофия лимфоидного кольца глотки).

Характер течения неревматического кардита по нашим данным чаще острый (80%), с первой степенью активности (60%), с нарушением кровообращения 2 Б степени (60%), ФКЗ. Из всех обследованных подростков у 20% острый процесс перешел в подострое и хроническое течение.

Выводы:

1. Нарушение внутрисердечной гемодинамики у подростков с неревматическими кардитами характеризуется преимущественно систолической дисфункцией с сочетанными регургитационными потоками 1 ой степени.
2. Нарушение ритма и проводимости у подростков на фоне кардита достигает 83%, является стойким и сохраняется после проведенной терапии
3. Подострое и хроническое течение процесса на фоне вирусно-бактериальной этиологии в подростковом возрасте достигает 20%.

+79185537838

МИКСОМА СЕРДЦА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

*Чигаева Е. В., Гранкина Н. Е., Макаренко Е. С.
ФГУ «ИОМЦ ФМБА России» КБ № 1 г. Ростов-на-Дону*

Цель исследования. Описать клиническую картину течения миксомы левого предсердия у больной в течение двух лет наблюдавшейся с диагнозом: бронхиальная астма (БА).

Материалы и методы. В ноябре 2008 года в терапевтическое отделение КБ № 1 госпитализирована пациентка С., 1948 г.р. с направительным диагнозом: Бронхиальная астма тяжелого персистирующего течения. Учитывая особенности клиники синдром бронхиальной обструкции (СБО), у данной больной экстренно проведено эхокардиоскопическое исследование, где диагностирована миксома левого предсердия 49*31 мм, пролабирующая в диастолу в полость левого желудочка, вызывающая эффект митрального стеноза.

Результаты. Больная экстренно доставлена в кардиохирургический центр Ростовской области и в этот же день прооперированна с полным выздоровлением.

Следует учитывать, что синдром бронхиальной обструкции — патологическое состояние, обусловленное нарушением проходимости бронхов,

ведущее место в происхождении которого занимает бронхоспазм. Синдром не фиксируется в диагнозе бронхиальной астмы, где бронхоспазм является облигатным (обязательным) компонентом нозологии. Существуют варианты СБО, позволяющие правильно проводить дифференциальный диагноз: 1) Первичный (астматический); 2) Гетероаллергический (на фоне симптомов аллергии); 3) Аутоиммунный (синдром Черджа-Стросса, синдром Дресслера и т. д.); 4) Инфекционно-воспалительный; 5) Обтурационный; 6) Гемодинамический (митральный стеноз, ТЭЛА и т. д.); 7) Эндокринно-гуморальный (карциноидные опухоли и т. д.); 8) Токсический (компонент острого респираторного дистресс-синдрома, применение ФОС, передозировка бета-адреноблокаторов и т. д.);

В своей статье мы хотели обратить внимание на особенности течения СБО и необходимостью обязательного исследования ЭХО-КГ у всех больных с данной клинической картиной.

Вашему вниманию представляется клинический случай рецидивирующего СБО, возникшего у женщины в 57 лет, не имеющей отягощенного аллергоанамнеза, страдающей аутоиммунным тиреоидитом, диффузно-узловой формой/эутиреоз/, хр. холециститом. В течении двух лет стали беспокоить приступы остро возникающей экспираторной одышки при физической нагрузке, со временем течения болезни — требующие принятия вынужденного положения с наклоном туловища вперед во время приступа. Такие эпизоды сначала заболевания были кратковременными, имели слабый положительный эффект на бронходилататоры, не сопровождались одышкой, не имели сезонности, учащались после перенесенной ОРВИ. Пациентка велась с диагнозом бронхиальной астмы средней степени тяжести, персистирующего течения. За два года болезни проводились обследования: неоднократные рентгенограммы легких, компьютерная томография легких, фибробронхоскопия, ЭКГ, ФВД. Нарушений ритма и артериальной гипертензии не наблюдалось. Получала лечение топическими стероидами (беклазон), беротек при приступах затрудненного дыхания, теопек с минимальным эффектом. Учитывая прогрессивное ухудшение состояния в течении двух недель в виде учащения приступов затрудненного дыхания, высокой потребности в бронходилататорах (до 10–15 раз в день), невозможности принять горизонтального положения (спала сидя) — поступила в отделение в крайне тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, в вынужденном положении (только сидя с наклоном туловища вперед). Объективно — акроцианоз, кожные покровы бледные, влажные.

Аускультативно ослабленное везикулярное дыхание по всем полям, в нижних отделах крепитация. ЧД в покое 20 в мин., при принятии го-

ризонального положения ЧД возрастала до 24–28 в мин. Тоны ритмичные, приглушены, ЧСС = Ps = 68 уд. в мин, АД 115/70 мм.рт.ст. Живот без особенностей. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет. Рентгенологически в легких признаки нижнедолевой двусторонней пневмонии. На ЭКО-КГ, выполненной cito, получены следующие данные: расположение камер сердца и крупных сосудов в норме, восходящий Ao 31 мм., основание аорты 22 мм, стенки уплотнены, Аортальный клапан: регургитация II степени, створки уплотнены, Митральный клапан: регургитация I степени, створки уплотнены, Трикуспидальный клапан регургитация II степени, створки тонкие, E<A. Левое предсердие 44 мм. Правый желудочек 30 мм. Правое предсердие 51*42 мм. Легочная артерия 22 мм, P=43 мм.рт.ст., регургитация II степени. Левый желудочек: КСР 30 мм, КДР 46 мм, ЭСЛЖ 12 мм, МЖП 12 мм, КСО 35 мм, КДО 97 мл, ЧСС 68 уд/мин, УО 62 мл, ФВ 62%, МОК 4,2 л/мин. Межпредсердная перегородка в норме. Гипокинез септальных сегментов ЛЖ. Кровоток в брюшной аорте в норме. В левом предсердии лоцируется изоэхогенное гетерогенное образование (миксома ЛПП?) 49*31 мм, пролабирующее в диастолу в полость левого желудочка и вызывающее эффект митрального стеноза ($V_{max} = 2,2$ м/с, $PG_{max} = 20$ мм.рт.ст., $PG_{ср.} = 11$ мм.рт.ст, $S_{mo} = 1,1$ см²). Больная экстренно доставлена в кардиохирургический центр Ростовской области и в этот же день прооперированна с полным выздоровлением. Гистологически подтверждена миксома сердца.

Выводы: У всех больных, клинически описывающих синдром бронхиальной обструкции, обязательно проводить ультразвуковое исследование сердца для своевременной диагностики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Чувилев А. А., Васильева Т. А.

МУЗ «ЦРБ» Цимлянского района Ростовской области

Пациент Тихонов В. В., 1953 г. р., проживающий в г. Цимлянске, инвалид III группы, работает сторожем. Обратился на прием к участковому терапевту в начале сентября 2009 г с жалобами на общую слабость, утомляемость, одышку при ускорении темпа ходьбы, что зачастую сопровождалось учащенным сердцебиением (ранее средняя ЧСС 52–55 в мин) и загрудинным дискомфортом. На фоне назначенных цитопротекторов (предуктал МВ — 35 мг 2 раза в сут), метаболических средств (Мил-

дронат, Актювегин) и АСК его состояние не улучшилось, в связи, с чем он был направлен к кардиологу поликлиники. 24.09.2009 г. больной был осмотрен врачом и направлен на дополнительное обследование.

30.09.2009 г. после проведения ЭхоКС выставлен предварительный диагноз — объемное образование левого предсердия больших размеров, в связи, с чем пациент был направлен на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу в Центр кардиологии и сердечнососудистой хирургии РОКБ № 1.

После проведенного в РОКБ обследования диагноз был подтвержден, и пациенту было рекомендовано оперативное лечение.

С 16.10 по 05.11.2009 г. находился на стационарном лечении в отделении кардиохирургии № 1 с диагнозом: «Объемное образование полости левого предсердия (миксома, г/а № 86982–86993 от 22.10.2009 г.). Недостаточность МК Ист., недостаточность АК 1 ст., недостаточность ТК I-Пст, ХСН I (ФВ 54%, ОТС ЛЖ = 0,46) ФК II».

16.10.2009 г. — удаление объемного образования полости левого предсердия в условиях ПК.

В настоящее время больной наблюдается участковым терапевтом и кардиологом по месту жительства. Состояние его стабильное, относительно удовлетворительное, активно жалоб не предъявляет.

Находится на постоянной базовой терапии:

1. АСК 100 мг/сут — вечер.

Триампур 2 т, через день.

Симвастатин 40 мг на ночь.

Триметазидин МВ 35 мг 25 раза в сутки.

Престариум А 5 мг 1/2 таб на ночь.

Компливит Антистресс 1 таб/сут утром.

Магнерот 500 мг 1 таб 3 раза в сутки 1 неделю, затем 2 таб/сут 3 месяца — 2 раза в год.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ГРУДНОЙ АОРТЫ И ЧАСТОТОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРОГО ВОЗРАСТА

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В.

Кубанский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», г. Краснодар

Цель работы — при помощи методики чреспищеводной эхокардиографии оценить упруго-эластические свойства стенки грудного отдела аорты и их взаимосвязь с частотой ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий.

Методы исследования. С помощью чреспищеводного бипланового датчика частотой 5 МГц на ультразвуковом сканере Acuson 128 XP/10 (Siemens, Германия) было обследовано 710 пациентов с неревматической фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет, которые были разделены на две группы. Первая группа (n=568) включала в себя больных, у которых отсутствовали эпизоды тромбоэмболии в анамнезе. Во вторую группу (n=142) вошли пациенты с тромбоэмболическими осложнениями. Во время проведения исследований, продолжительность которых не превышала 15–20 минут, не наблюдалось каких-либо серьёзных осложнений. Упруго-эластические свойства стенки аорты оценивали с помощью измерения коэффициента жесткости в М-режиме по формуле: $B = \ln(SBP/DBP) / ([D_{max} - D_{min}] / D_{min})$, где В-коэффициент жесткости аортальной стенки, ln-логарифм выражения, SBP-систолическое артериальное давление, DBP-диастолическое артериальное давление, D_{max}-максимальный диаметр просвета аорты, D_{min}-минимальный диаметр просвета аорты.

Результаты. Во второй группе пациентов с тромбоэмболическими осложнениями в анамнезе коэффициент жесткости аортальной стенки В оказался значительно выше чем у больных первой группы без тромбоэмболий (9,6±4,8 против 5,2±3,3; p<0,05).

Заключение. Повышение жесткости аортальной стенки у больных с фибрилляцией предсердий пожилого возраста достоверно чаще встречается у лиц, перенесших нарушение мозгового кровообращения и может успешно определяться при проведении чреспищеводной эхокардиографии.

ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ДУГИ АОРТЫ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В.

Кубанский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», г. Краснодар

Цель работы — оценить изменения толщины комплекса интима-медиа сонных артерий в зависимости от выраженности атеросклеротических изменений дуги аорты.

Методы исследования. Выполнено 710 исследований методом чрезпищеводной эхокардиографии у 454 мужчин и 256 женщин с неревматической фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет. Исследование проводилось после местной анестезии ротоглотки 10% раствором лидокаина на ультразвуковом сканере Acuson 128 XP/10 (Siemens, Германия) двухмерным биплановым датчиком частотой 5 МГц и не превышало 15–20 минут. Все атеросклеротические изменения аортальной стенки разделяли на бляшки толщиной менее 1,0 мм ($n=299$), от 1,0 до 3,9 мм ($n=197$), 4,0 мм и более ($n=217$). Дуплексное сканирование сонных артерий проводили на том же ультразвуковом аппарате с помощью линейного мультичастотного датчика 5–10 МГц с оптимальной частотой сканирования 7 МГц. При оценке комплекса интима-медиа сонных артерий результаты разделили на толщину ее менее 1,0 мм ($n=284$), от 1,0 до 1,1 мм ($n=202$), более 1,1 мм ($n=224$).

Результаты. При проведении корреляционного анализа была выявлена положительная связь между толщиной атеросклеротических бляшек дуги аорты и толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий ($r=0,61$, $p<0,05$).

Заключение. Утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий, установленное при проведении ультразвукового дуплексного сканирования, может являться предиктором сложных нестабильных атеросклеротических бляшек в дуге аорты, являющихся вероятным источником артерио-артериальной эмболии в сосуды головного мозга у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий пожилого возраста.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В.

*Кубанский государственный медицинский университет, Городская
клиническая больница № 2 «КМЛДО», г. Краснодар*

Цель работы — оценить упруго-эластические свойства стенки сонных артерий в зависимости от толщины атеросклеротических бляшек, расположенных в грудном отделе аорты.

Методы исследования. С помощью чреспищеводного бипланового датчика частотой 5,0 МГц на ультразвуковом сканере Acuson 128 XP/10 (Siemens, Германия) обследовано 710 пациентов (454 мужчины и 256 женщин) с неревматической фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет. Датчик вводился на глубину около 30 см от резцов при исследовании дуги аорты и на глубину около 35 см — при исследовании её восходящего отдела. При изучении стенки аорты определяли толщину наиболее крупных бляшек, их экоструктуру, контуры, наличие или отсутствие изъязвлений и кровоизлияний, подвижность под влиянием тока крови. Простыми считали атеромы толщиной менее 4 мм; сложными — толщиной 4 мм и более. Изучение упруго-эластических свойств стенки сонных артерий проводили на том же ультразвуковом сканере при помощи линейного мультисигментного датчика 5–10 МГц. Используя М-режим, индекс растяжимости сосудистой стенки рассчитывали по формуле: $DC=2(Ds-Dd/Dd)/P$, где DC-индекс растяжимости, Ds-максимальный диаметр просвета сонной артерии, Dd-минимальный диаметр просвета сонной артерии, P-пульсовое давление.

Результаты. Индекс растяжимости в среднем равнялся $26,5 \pm 14,1 \cdot 10^3/\text{кРА}$. Выявлена отрицательная корреляционная связь между толщиной атеросклеротических бляшек в восходящем отделе и дуге аорты и индексом растяжимости сонных артерий ($r=-0,48$, $p<0,05$).

Заключение. Существует взаимосвязь между снижением эластичности стенки сонных артерий и крупными нестабильными атеромами, расположенными в дуге аорты и её восходящей части, являющимися одним из вероятных причин инсультов у больных с фибрилляцией предсердий пожилого и старческого возраста.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ИХ ЭКСТРА — И ИНТРАКРАНИАЛЬНОМ ОТДЕЛАХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ И НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В.

Кубанский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», г. Краснодар

Цель работы — при помощи ультразвукового метода изучить характер атеросклеротического поражения сонных и средних мозговых артерий в зависимости от толщины аортальной стенки.

Методы исследования. Обследовано 710 пациентов с неревматической фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет. Чреспищеводная эхокардиография, дуплексное исследование сонных артерий и транскраниальная доплерография сосудов головного мозга проводились на ультразвуковом сканере Acuson 128 XP/10 («Siemens», Германия) с помощью бипланового датчика частотой 5 МГц, линейного и векторного датчиков частотой 7 и 1 МГц по традиционной методике. При изучении стенки дуги аорты простыми считали атеросклеротические бляшки толщиной менее 4 мм, с однородной эхоструктурой и преимущественно ровный контуром; сложными — толщиной 4 мм и более, чаще гетерогенные с неровным фестончатым контуром, значительно выступающие в просвет сосуда, имеющие в своей структуре подвижные компоненты или признаки изъязвлений. При проведении транскраниальной доплерографии оценивали состояние средней мозговой артерии в участке M1, расположенном на глубине около 50 мм и имеющим кровоток, направленный к датчику. Стенозирующее поражение диагностировали в случае локального усиления скорости кровотока с признаками турбулентности.

Результаты. Среди 710 пациентов бляшки в дуге аорты встречались в 61 % случаев и имели взаимосвязь с атеросклеротическим поражением сонных артерий в их экстра- и интракраниальном отделах у 54 % больных. Простые атеромы в грудной аорте достоверно чаще встречались у пациентов, имеющих признаки интракраниального стеноза средних мозговых артерий ($p < 0,05$).

Заключение. Атеросклеротические бляшки толщиной менее 4 мм в дуге и восходящем отделе аорты, выявляемые с помощью чреспищеводной эхокардиографии, могут являться маркером сочетанного стенозирующего атеросклероза церебральных артерий, являющегося одним из факторов риска ишемического инсульта.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шелестова И. А., Сорока Н. В., Азурина Н. В.

*Краевая клиническая больница N 1 им. проф. С. В. Очаповского,
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар*

Цель: показать возможности эхокардиографических методик в совокупности с другими методами (компьютерной томографией сердца с реконструкцией левого желудочка — ЛЖ, томосцинтиграфией миокарда в покое и в сочетании с ВЭМ — пробой) в диагностике различных форм некомпактного миокарда.

Материал и методы. Нами обследовано 7 пациентов с эхокардиографическими признаками некомпактного миокарда ЛЖ, из них 5 мужчин и 2 женщины, в возрасте от 25 до 71 года. В 6 случаях (3 семьи) некомпактный миокард носил семейный характер, у 1 пациента родственников с некомпактным миокардом не обнаружено. Всем пациентам проводилась ЭХО-КГ, КТГ с контрастированием, виртуальная коронарография, холтеровское монито-рирование, 5 пациентам проведена сцинтиграфия, 1 больному — МРТ. У 5 пациентов отмечалось изолированное поражение миокарда, у двух — сочетание с ВПС (у 1-коарктация аорты с аномалией отхождения коронарных артерий, у 1-ОАП).

Результаты: У 5 пациентов с ХСН от II до IV по NYHA отмечались увеличение КДР (6570 мм) и КДО ЛЖ (190–225 мл), выраженное снижение сократимости миокарда ЛЖ (от 35% до 17%), митральная регургитация (от 2 до 4 степени), легочная гипертензия (от 35 до 50 мм рт. ст.). Отмечались признаки некомпактности миокарда ЛЖ: «губчатое» строение миокарда с «лакунами», в которых определялся низкоскоростной кровоток (соотношение некомпактного слоя к истинному миокардиальному слою > 2). У 2 обследованных родственников клинические проявления заболевания отсутствовали, сохранялись нормальные значения КДР, КДО. Однако, имелись признаки «некомпактности» миокарда ЛЖ и умеренное снижение ФВ до 46–48%. При проведении КТ во всех случаях не выявлено гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, не было дефектов перфузии миокарда, при этом толщина некомпактного слоя превышала компактный более чем в два раза. При проведении сцинтиграфии миокарда признаков преходящей ишемии миокарда и очагово-рубцового поражения миокарда выявлено не было.

Выводы: Эхокардиография позволила заподозрить у пациентов наличие различных форм некомпактного миокарда. Томосцинтиграфия мио-

карда с нагрузкой и коронарография позволили исключить ишемическую природу заболевания, а КТ сердца с реконструкцией ЛЖ — окончательно подтвердить диагноз.

ВЛИЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗВИТИЕ КАРДИТОКСИЧНОСТИ

Шкильнюк Н. Е.

ГОУ ВПО Рост ГМУ, г. Ростов-на-Дону

Цель. Исследование кардиотоксичности у пациентов с острым лимфобластным лейкозом в динамике полихимиотерапии в зависимости от перегрузки железом и процессов свободно-радикального окисления.

Методы исследования. Проведено обследование 47 детей с острым лимфобластным лейкозом, из них 26 девочек и 21 мальчиков. Средний возраст 7,5 лет. Все пациенты были обследованы до начала полихимиотерапии, после индукции ремиссии и после окончания интенсивной полихимиотерапии. Группу сравнения составили 15 практически здоровых детей сопоставимых по возрасту и полу основной клинической группе.

Всем больным было проведено клинико-инструментальное обследование. Обязательными были следующие исследования: концентрация железа в сыворотке крови, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС), ферритина сыворотки крови, хемилюминесценция плазмы, электрокардиография, эхокардиография, доплерография. Оценку интенсивности свободнорадикального окисления проводили методом перекись-индуцированной люминозависимой хемилюминесценции плазмы крови. Определение окисленных липопротеидов (ЛП) сыворотки крови осуществляли по методу Yagi K. Резистентность β -ЛП к окислению оценивали методом Рагино Ю. И. и Душкина М. И.

Результаты. У всех пациентов была выявлена анемия 2–3 степени. Исследование показателей железа крови у детей больных острым лимфобластным лейкозом в динамике полихимиотерапии выявило повышение его уровня на 55,4% ($p < 0,05$) до начала полихимиотерапии, повышение уровня железа на 29,2% ($p < 0,05$) на втором сроке исследования, повышение на 45,2% ($p < 0,05$) на третьем сроке, что сопровождалось снижением ОЖСС на 9,4%, 7,8% и 6,9% соответственно по сравнению с контрольной группой. Концентрация ферритина сыворотки до начала терапии увеличена у всех больных, а на фоне терапии его содержание становится еще

выше ($>1200+150$ мкг/л). Вероятно, эти изменения свидетельствуют о развитии независимой от содержания железа анемии и формировании перегрузки железом в результате неоднократных переливаний эритроцитарной массы. Хемилюминесцентный анализ показал, что в крови детей до начала химиотерапии регистрируется активация свободно-радикального окисления. Статистически значимых изменений в содержании окисленных липопротеидов выявлено не было. После проведения индукции ремиссии картина значительно не изменилась. У больных окончивших интенсивную полихимиотерапию со стороны показателей хемилюминесценции плазмы крови зарегистрировано увеличение спонтанного свечения на 32,7% ($p<0,05$), светосуммы на 18,9% ($p<0,05$) на фоне снижения спонтанной и индуцированной окисленности липопротеидов на 28% ($p<0,05$) и на 55,5% ($p<0,05$) соответственно. Последнее обстоятельство очевидно обусловлено переходом гидроперекисей из липидной фазы липопротеиновых частиц в водную среду вследствие длительной активации ПОЛ. Это свидетельствует о потенцировании прооксидантных свойств химиотерапевтических препаратов избыточным содержанием железа. Вместе с тем у всех обследуемых детей регистрировалось нарушение функции сердечно-сосудистой системы в виде перикардального выпота — 11,5%, ишемия миокарда (изменения ST, инверсия зубца T) — 5,8%, аритмий — 54%, нарушение диастолической функции сердца — 46,2%.

Заключение. Результаты проведенного исследования выявили повышение в крови уровня железа и связанного с этим увеличение генерации свободных радикалов у детей с острым лимфобластным лейкозом в динамике полихимиотерапии. Перегрузка железом усиливает свободнорадикальные эффекты химиопрепаратов, активирует ПОЛ, следствием чего, по-видимому, и являются сердечно-сосудистые осложнения. Это диктует необходимость контроля уровня железа, а также проведение мероприятий предотвращающих развитие перегрузки железом.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОМ РИСКОМ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Шогенов А. Г., Эльгаров А. А.

МСЧ МВД КБР, Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик

Цель: разработать систему медико-психологического мониторинга сотрудников органов внутренних дел (ОВД) для эффективного управления профессиональным сердечно-сосудистым риском

Материал и методы: в течение 2002–2009 гг осуществлены эпидемиологические исследования 1847 сотрудников ОВД (87%), мужчин 20–59 лет (1 этап, 2002–2003 гг) и 1426 (85,6%) сотрудников-мужчин (951) и женщин (475) 20–49 лет (2 этап, 2008–2009 гг).

Результаты: На 1 этапе в целом выявлены высокая частота артериальной гипертонии (АГ, 39,3%), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ, 33,7%), курения (К, 90%), употребление алкоголя (А, 75%), низкая физическая активность (НФА, 86%), дислиппротеидемий (ДЛП, 42,5%), избыточной массы тела (ИМТ, 46,5%), которая зависела от возраста и особенностей профессиональной деятельности. При этом, информированность о наличии АГ (40,0%), охват лечением (17,8%) и эффективность (9,4%) были явно недостаточными. В структуре АГ явно преобладали начальные формы. Среди лиц с АГ достоверно чаще регистрировались употребление А, ИМТ, ГЛЖ и НФА при сравнении с нормотониками ($p < 0,01$). С частотой АГ коррелировала и распространенность ГЛЖ, которая также нарастала с возрастом. В большинстве случаев (около 75%) независимый ФР кардиоваскулярных осложнений АГ — ГЛЖ, по нашим данным, наблюдался среди 40–59-летних сотрудников ОВД. Показательно, что и среди молодых (20–49 лет) сотрудников с АГ в 20–25% регистрировалась ГЛЖ, что с учетом специфики трудовой деятельности (прежде всего систематическое психоэмоциональное перенапряжение, а также ненормированный режим работы, в т. ч. и в ночное время) чревато развитием жизнеугрожающих состояний. В целом, комбинация 2-х ФР отмечена в 25,4%, 3-х — 22,1% и 4-х — 19,5% случаев. ИБС Возможная и определенная ишемическая болезнь сердца (ИБС) зарегистрирована у 8,6% обследованных сотрудников, частота которой также строго коррелировала с возрастом и характером работы. Совокупный анализ показал наличие сердечно-сосудистого риска (SCORE) высокого (более 15%) у 6,5% обследованных, умеренного (10–14%) — у 13,0% и низкого (6–9%) — 25,8%.

На 2 этапе среди мужчин 20–49 лет АГ (29,1%), ГЛЖ (29,1%), К (89,5%), А (81,3%), НФА (22,9%), ИМТ (36,2%), ДЛП (28,6%) обнаруживались чаще ($p < 0,05$), чем у женщин, соответственно, АГ (26,3%), ГЛЖ (19,9%), К (18,5%), А (23,8%), ДЛП (19,4%), за исключением ИМТ (43,7%) и НФА (39,3%). Информированность о гипертонии (23,5%), охват каким-либо лечением (17,0%) и результативность его (8,4%) среди мужчин уступали ($p < 0,05$) аналогичным показателям женщин — соответственно, 24,2–22,5–14,7%. Сочетание 2-х (25,4%), 3-х (18,7%), 4-х и более ФР (16,1%) среди мужчин отмечалось менее, чем комбинации ФР у женщин, соответственно, 30,7–23,6–22,4%. Сопоставимыми оказались возможная и определенная формы ИБС у мужчин (10,3%), около половины которых имели

АГ (40,2%), и у женщин — соответственно, 10,3% (ИБС) и 39,4% (АГ). При этом, сердечно-сосудистый риск у первых зарегистрирован чаще — соответственно, высокий — у 9,8%, умеренный — 17,4%, низкий — 29,8%, чем у мужчин на 1 этапе и женщин (5,2–11,6–23,6%, соответственно).

На основе полученных результатов сформирован банк данных «Здоровье сотрудников ОВД», позволивший определить индивидуальные и групповые программы медико-психологического сопровождения с учетом возраста, специфики работы и эпидемиологической ситуации в отношении АГ, ИБС, ФР (лекарственные, немедикаментозные, в т. ч. психокорректирующие, бальнеологические) на этапах центр психологической диагностики — поликлиника — стационар — школа здоровья-ведомственный санаторий. Комплексная оценка результатов мониторинга осуществляется 1–2 раза в течение года с участием врача, психолога и руководителя поликлиники. Опыт реализации медико-психологического сопровождения сотрудников отдельных подразделений ОВД свидетельствует о возможности управления профессиональным кардиоваскулярным риском в условиях системы ведомственной медицины.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО И ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ АД У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА МОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

*ССЗ Щенятская И. В., Дроботя Н. В., Камышанский О. А.,
Золотарева Н. Ю., Игнатова С. Т.*

*РостГМУ г. Ростов-на-Дону, МУЗ ГБСМП им. В. И. Ленина г. Шахты,
Лечебно — оздоровительный центр ЮРГУЭС г. Шахты*

Цель исследования: изучить распространенность нормального и повышенного уровня артериального давления (АД) у молодых лиц на основании офисного измерения АД и его суточного мониторирования (СМАД).

Методы исследования. В основу работы положены результаты обследования студентов 1–3 курса «Южно-Российского государственного университета экономики и сервиса» (ЮРГУЭС) г. Шахты Ростовской области. Всего было обследовано 2280 молодых лиц 18–25 лет (из них: 1041 мужчин и 1239 женщин). Обязательный объем диагностических исследований соответствовал Рекомендациям ВНОК по диагностике, лечению и профилактике АГ (2008) и JNC 7 (2003).

Полученные результаты. При офисном измерении АД артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 227 (10,6%) человек, высокое нормаль-

ное АД (ВНАД) — у 295 (12,4%), оптимальное АД — у 936 (41%), а нормальное АД (НАД) — у 822 (36%) обследованных. На следующем этапе исследования 279 лицам, давшим добровольное согласие на углубленное обследование, было проведено суточное мониторирование АД (СМАД), после чего обследованные молодые лица перераспределились по уровню АД в соответствии с результатами, отраженными в таблице.

Таблица

Частота выявления нормального и повышенного АД у молодых людей по данным офисного измерения АД и СМАД

Категории лиц по СМАД	Категории лиц по офисному измерению АД (n=279)					
	НАД (n=42)		ВНАД (n=74)		АГ (n=163)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормальное АД	36	85,7	34	46,0	—	—
ВНАД	6	14,3	32	43,2	17	10,5
ГБХ	—	—	—	—	82	50,3
Артериальная гипертония	—	—	8	10,8	64	39,2

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у значительного числа молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет выявляется АГ и пограничные гипертензивные состояния (т. н. «предгипертония») в виде «гипертонии белого халата» и высокого нормального АД. Проведение СМАД позволяет выявить скрытую АГ у лиц с нормальным или высоким нормальным АД.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ ТРАНСПОРТНЫХ ПРОФЕССИЙ — РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ МИФ?

Эльгаров А. А., Калмыкова М. А., Эльгаров М. А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Цель: определить частоту артериальной гипертонии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) — стенокардии напряжения (СКН), инфаркта миокарда (ИМ), нарушений ритма сердца (НРС) и мозгового кровообращения (НМК), сахарного диабета (СД) и факторов риска (ФР) атеросклероза (АС) среди водителей автотранспорта (ВА) и разработать программу профилактики указанных заболеваний.

Материал и методы: выполнено массовое сравнительное обследование (ВОЗ, ГНИЦ Росмедтехнологий) 4869 мужчин-ВА (основная группа, ОГ) и 3785 лиц неводительских профессий 20–59 лет (контрольная группа, КГ) в течение 20 лет. Регистрировались уровни АД, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), употребление алкоголя (А), психоэмоционального напряжения (ПЭН), низкой физической активности (НФА), избыточной массы тела (ИМТ), курения (К), дислиппротеидемий (ДЛП), ЭКГ (оценка по Миннесотскому коду), участие в дорожно-транспортном происшествии (ДТП); наличие прямых и косвенных признаков НРС, СД и НМК (анкетирование), в т. ч. данных анамнеза, гликемического профиля, ЭКГ и реоэнцефалографии (РЭГ).

Результаты. Реальная частота АГ (37,6–41,7%), СКН (14,8–16,5%), эпидемиологического (9,8%) и клинического (7,1%) ИМ, НРС (76,5%), СД (10,3%) и НМК (16,5%), а также основных ФР АС — К (86,3%), НФА (72,5%), ИМТ (49,3%), ПЭН (92,5%), А (80,4%), ГЛЖ (28,6%), ДЛП (39,6%) среди ВА более высокая ($p < 0,05$), чем в КГ — АГ (29,7–35,9%), СКН (8,9–12,6%), ИМ — эпидемиологические (6,8%) и клинические (3,8%) варианты, НРС (48,3%), СД (7,4%) и НМК (9,7%), а также основных ФР АС — К (79,2%), НФА (62,5%), ИМТ (38,5%), ПЭН (74,2%), А (70,8%), ГЛЖ (19,6%), ДЛП (27,8%). Показано также преобладание ($p < 0,01$) пограничных нервно-психических расстройств (82,7%), тревожно-депрессивных симптомов (67,4%) у шоферов-профессионалов, при сравнении с лицами не водительских профессий (КГ). Эти результаты свидетельствуют о связи распространенности указанных болезней и их ФР от особенностей профессиональной деятельности ВА. Созданная база данных «Здоровье водителей автотранспорта», включающая в себя общесоматические, психологические и психофизиологические характеристики, поведенческие привычки и стиль жизни, участие (активное, пассивное) в ДТП, употребление легальных и нелегальных лекарственных, психоактивных средств, алкоголя, ежегодно пополняющаяся информацией, позволила разработать индивидуальные и групповые методы медико-психофизиологического мониторинга с образовательным (медицинское просвещение и достижение активного участия шоферов в сохранении здоровья и профессионального долголетия; обучение методам оказания первой помощи при неотложных состояниях, авариях) проектом в рамках «Школа здоровья водителей автотранспорта и безопасность дорожного движения». На этапах «Центр здоровья — поликлиника — стационар — поликлиника — санаторий — центр здоровья (психология управления транспортом, психотерапия и коррекция пограничных психосоматических нарушений) решаются вопросы диагностики уровня здоровья и качества

профессиональной работоспособности, лечения (влияние болезни и характера терапевтического воздействия на профессионально значимые функции и качества индивида, существование специфической безопасности фармакотерапии у лиц операторских профессий, целесообразность специального психофизиологического тестирования для обеспечения эффективной системы безопасности дорожного движения). Важное значение имеют качество и объективная оценка результатов периодических медицинских осмотров и специальных водительских экспертных комиссий, деятельность которых должна обеспечиваться современной и информативной материально-технической базой, высокой профессиональной подготовкой специалистов. И, наконец, официальное признание транспортной медицины как медицинской и научной специальности в стране может обеспечить благоприятные условия для результативного управления здоровьем лиц транспортных профессий, что остается ведущим фактором безопасности дорожного движения.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ, НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

*Эльгаров М. А., Калмыкова М. А., Эльгаров А. А.
Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик*

Цель: изучить распространенность артериальной гипертонии (АГ), нарушений ритма сердца (НРС) и мозгового кровообращения (НМК), факторов риска (ФР) атеросклероза (АС) у водителей автотранспорта (ВА), а также систему их оперативного реагирования.

Материал и методы. Выполнено эпидемиологическое исследование (ВОЗ, ГНИЦ Росмедтехнологий) 1248 мужчин — ВА 20–59 лет; дополнительно регистрировались уровни психоэмоционального напряжения (ПЭН), участие в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), а также наличие характерных субъективных и прямых ЭКГ-х и реоэнцефалографических (РЭГ) признаков НРС и НМК; выполнено суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ) и психофизиологическое тестирование 168 ВА (случайная выборка).

Результаты исследования. Основные ФР АС — употребление алкоголя (А, 86,6%), курение (К, 86,0%), ПЭН (86,4%), низкая физическая активность (НФА, 83,3%), дислиппротеидемия (ДЛП, 24,1%), гипер-

трофия левого желудочка (ГЛЖ, 19,8%), избыточная масса тела (ИМТ, 18,6%) выявлялись часто. При этом, клинические (14,7%) и ЭКГ признаки НРС (15,4%), а также анамнестические и РЭГ- симптомы НМК (16,5%) установлены в достаточно большом числе случаев. Примечательно, что 45,8% ВА были участниками- активными (68,5%) и пассивными (31,5%) ДТП. Кроме того, обнаруженные эпидемиологические варианты ИБС- стенокардия напряжения (10,8%), инфаркт миокарда (3,5%), а также АГ (38,0%) — могли быть предиктором как аритмий сердца, так и НМК. В структуре НРС у ВА преобладала (по данным ЭКГ покоя) частота гетеротопных аритмий (13,3%), наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ, 8,0%). При этом предсердные наблюдались в 96,3% случаев всех НЖЭ, атрио-вентрикулярные — в 3,7%, одновременно регистрировались предсердные и атриоventрикулярные (2,8%). При сборе анамнеза среди лиц с НЖЭ 57,4% из них предъявляли жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца. Осведомленность о наличии НЖЭ составила 38,9%. Желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) отмечены в 6,9% случаев. Клинические проявления аритмий (перебои в работе сердца, ощущение «замирания сердца», сердцебиение) среди лиц с ЖЭ отмечались в 55,3%. Осведомленность о наличии ЖЭ составила 42,3%. Фибрилляции предсердий (ФП) отмечена у 0,8% ВА. Все случаи ФП наблюдались у лиц 40 лет и старше; у 75% больных наблюдалась тахисистолическая форма, у 25% — нормосистолическая. Все пациенты с тахисистолической формой ФП жаловались на сердцебиение и перебои в работе сердца, были осведомлены о наличии НРС. СМ ЭКГ НРС зарегистрированы в 63,7% случаев (достоверно чаще, чем при однократной ЭКГ). ЖЭ зафиксированы в 37,0% и строго зависели от возраста. У 58,0% лиц с НРС имели место случаи ЖЭ высоких градаций (по Lown B. et al., 1975), частые ЖЭ и НЖЭ, в т. ч., у многих из них в различном сочетании, а также эпизоды неустойчивой желудочковой и наджелудочковой тахикардии (ЖТ и НЖТ). Частые ЖЭ у ВА с НРС обнаружены в 16,1%. У всех этих лиц зарегистрированы многочисленные эпизоды аллоритмии по типу би-, три- и квадригимении. Высокие градации ЖЭ по классификации B. Lown, M. Volf (3–5-я градация) в возрасте до 40 лет наблюдались у ВА в 3,2 и 1,6% (3 и 4 а соответственно). У ВА 40 лет и старше ЖЭ 3-й градации регистрировались в 11,3% случаев. ЖЭ градаций 4 а и 5 имели место в 11,3% случаев. Эпизоды неустойчивой ЖТ, исчезающие менее чем за 30 сек., зафиксированы у 6,5% ВА, НЖЭ отмечались чаще (42,9%). Наблюдалось увеличение частоты НЖЭ с возрастом. Частая НЖЭ (более 30 в час) отмечена в 24,2% всех случаев НРС, реже регистрировались пароксизмы НЖТ (17,7%): кратковременные эпизоды наджелудочковой пароксизмальной тахикардии (11,3%), кратковре-

менные пароксизмы ФП (6,4%). Постоянная форма ФП была выявлена 1,2% ВА. Следует подчеркнуть, что у 50,0% ВА с аритмиями имело место различное сочетание желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма. Наиболее часто сочетания аритмий наблюдались среди лиц 40 лет и старше; чаще всего (22,4%) — ЖЭ и НЖЭ. Пароксизмальные НЖТ, в т. ч. пароксизмы ФП, во всех случаях возникали на фоне других НРС: частой НЖЭ (11,2%), у 4,7% — в сочетании с ЖЭ и НЖЭ; в 5,6% возникали эпизоды ЖТ на фоне ЖЭ высоких градаций. У 11,1% ВА выявлены нарушения проводимости: у 2,5% — миграция суправентрикулярного водителя ритма, у 2,5% — атриовентрикулярная блокада I и у 1,2% — II степени, блокада левой ножки пучка Гиса у 4,9%. Из 107 лиц с НРС (СМ ЭКГ) только 27 (25,2%) имели аналогичные нарушения на ЭКГ покоя. У ВА с НРС в 75% случаев наблюдались НМК; при этом у всех обследованных установлены отклонения системы оперативного реагирования.

Итак, обнаружена высокая частота НРС (76,5%), АГ (38,0%) и НМК (16,5%) у ВА, а также угнетение индивидуальных профессиональных качеств, что характеризует значительный сердечно-сосудистый риск и вероятность возникновения ДТП.

НЕДОСТАТОЧНАЯ «ИНВАЗИВНАЯ» АКТИВНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИВОДИТ К ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ ПОВЫШЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ (СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИСТРОВ «РЕКОРД» И EHS-ACS-Snapshot).

*Эрлих А. Д. от имени участников регистра «РЕКОРД»
ФГУ «НИИ Физико-химической медицины» ФМБА России, г. Москва*

Предпосылки: Согласно современным рекомендациям по лечению острых коронарных синдромов (ОКС), у больных высокого и умеренного риска должны обязательно применяться внутрикoronарные инвазивные процедуры. Хотя в последние годы в России появляется всё больше стационаров с возможностью выполнять коронарографию (КАГ) и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), эти процедуры пока используются недостаточно широко, особенно у больных высокого и умеренного риска. Остаётся до конца не изученным вопрос о том, влияет ли на прогноз такая недостаточная «инвазивная» активность при ОКС.

Материал и методы. Использовался метод простого сравнения двух независимых популяций больных с острым инфарктом миокар-

да (ОИМ): включённых в российский регистр ОКС «РЕКОРД» (участники — 18 стационаров из 13 российских городов; включались больные с симптомами ОКС в ближайшие 24 часа; время проведения ноябрь 2007 — февраль 2008 гг; включено 796 больных, из них с ОИМ — 410 [51,5%]) и в «краткосрочный» регистр ОКС, проводимый Европейским обществом кардиологов EHS-ACS-Snapshot (участники 485 стационаров в 47 странах; набор больных — 7–13.12.09 г; больные с признаками ОИМ, и началом симптомов <48 ч до поступления; включено 3109 больных; В России — 128). Данные о результатах регистра EHS-ACS-Snapshot взяты с сайта www.euroheartsurvey.org.

Результаты: Средний возраст больных в регистре Snapshot составил 65 ± 13 лет (от 23 до 98 лет), а в регистре «РЕКОРД» — 66 ± 12 лет (от 31 до 91 года). Доля мужчин (70%) была одинаковой в обоих регистрах. ИМ в анамнезе был у 22% больных в регистре Snapshot и 36% больных в регистре «РЕКОРД», гипертония — у 65% и 87%, сахарный диабет — у 25% и 20%, гиперлипидемия — у 44% и 25%, курили 33% и 30% больных. Среднее значение прогностической шкалы GRACE было 156 ± 35 и 145 ± 46 , доля больных с ОИМ и подъёмами ST — 56% и 57%, передняя локализация ИМ — у 47% и 51% больных. Лечение в стационаре: аспирин получили 93% больных в регистре Snapshot и 96% больных в регистре «РЕКОРД», клопидогрель — 86% и 42%, блокаторы Пв/Ша рецепторов — 19% и 0,5%, низкомолекулярный гепарин (НМГ) — 51% и 13%, нефракционированный гепарин (НФГ) — 42% и 82%, ингибиторы АПФ — 79% и 86%, бета-блокаторы — 80% и 88%.

В стационары, имеющие оборудование для КАГ госпитализированы 75% больных из регистра Snapshot и 61% — из регистра «РЕКОРД». КАГ выполнена у 69% и 32%, а ЧКВ — у 55% и 27%. В регистре Snapshot среди больных, госпитализированных в «инвазивные» стационары, КАГ не была выполнена у 8%, а ЧКВ — у 27% больных. У больных в регистре «РЕКОРД», попавших в «инвазивные» стационары, КАГ и ЧКВ не сделаны 48% и 56% больным соответственно.

Общая летальность за время госпитализации в регистре Snapshot была 6,9%, а в регистре «РЕКОРД» — 13,2%. Кардиогенный шок развился у 6% и 10%, реИМ — у 3,1% и 8,3%, инсульт — у 1,1% и 1,2%, большое кровотечение — у 1,8% и 0,9%, внутричерепное кровотечение — у 0,4% и 0,2% больных.

Заключение. 1) Несмотря на схожие анамнестические показатели, близкое к одинаковому значению потенциального риска (шкала GRACE) у больных с ОИМ, включённых в регистры EHS-ACS-Snapshot и «РЕКОРД», показатели неблагоприятного исхода (смерть, реИМ) за время го-

спитализации значимо хуже в той группе больных, где реже выполнялось ЧКВ. 2) Даже при попадании в «инвазивный» стационар, больным, включённым в регистр «РЕКОРД», реже выполнялись КАГ и ЧКВ.

ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ БЕССИМПТОМНАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ.

*Юрьева. С. В., Сердечная Е. В., Попов В. В., Казакевич Е. В., Соснина Е. А.
Северный государственный медицинский университет, ФГУ «СМЦ
им. Н. А. Семашко ФМБА России», г. Архангельск*

Цель: Оценить выживаемость больных с впервые возникшей бессимптомной фибрилляцией предсердий (ФП) при двух подходах к лечению.

Методы: проведен ретроспективный анализ течения ФП с 1980 по 2004 год. В исследование были включены 327 пациентов с впервые возникшей бессимптомной формой ФП. В группу контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) было включено 136 пациентов, в группу контроля ритма 191 пациент. В дальнейшем учитывались все рецидивы, развитие тромбоэмболических осложнений (ТЭО), нарастание класса сердечной недостаточности (СН) по госпитализации пациентов и обращения в поликлинику. Первичная конечная точка исследования была смерть больного. При анализе выживаемости больных использована модель пропорционального риска Кокса.

Результаты: пациенты с впервые возникшей бессимптомной ФП у которых использовалась стратегия контроля ЧСС были старше 67,0 (59,0–73,0) ($p<0,001$). Чаще имели ишемическую болезнь сердца (ИБС) в анамнезе 93 (68,4) ($p=0,011$), сочетание ИБС и артериальной гипертензии (АГ) 119 (87,5%) ($p=0,036$), наличие СН III и IV ФК 40 (29,4%) ($p<0,001$), чаще имели 2 и более факторов риска ТЭО 120 (88,2%) ($p=0,001$) и гипертрофию левого желудочка (ЛЖ) 2 ст. 87 (64,1%) ($p=0,003$). Средняя ЧСС так же была выше при стратегии контроля ЧСС 99,0 уд. в мин. (80,0–120,0) ($p=0,012$).

Среди пациентов у которых использовалась стратегия контроля ритма чаще были мужчины 141 (73,8%) ($p=0,041$), у них чаще наблюдалась идиопатическая форма ФП 15 (7,9%) ($p=0,003$), пациенты этой группы чаще злоупотребляли алкоголем один раз в неделю и более 94 (49,2) ($p=0,018$), имели меньшие размеры левого предсердия (ЛП) 42,0 мм (39,0–45,0) ($p<0,001$) и средние значения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) были выше 61,0% (51,5–66,5) ($p=0,021$).

При анализе причин смерти у пациентов с впервые возникшей бессимптомной ФП доля умерших больных при стратегии контроля ЧСС была выше 56 (41,2%), по сравнению со стратегией контроля ритма 51 (26,7%), ($p=0,006$).

Ведущей причиной была сердечно-сосудистая смерть — 30,3%. Доля умерших больных при стратегии контроля ЧСС 51 (37,5%) была выше, по сравнению со стратегией контроля ритма 48 (25,1%), ($p=0,016$). Смерть, как от периферических ТЭО (5,1%, $p=0,010$), так и от всех ТЭО (19,9%, $p=0,017$) также регистрировалась чаще у пациентов со стратегией контроля ЧСС.

Относительный риск смерти ассоциированный со стратегией контроля ЧСС был 1,5195% ДИ 1,032,21; $p=0,035$. Однофакторный анализ показал, что выживаемость больных с впервые возникшей бессимптомной ФП была в наибольшей степени связана с возрастом (ОР=2,63; 95% ДИ 1,75–3,95, $p=0,046$), наличием ИБС (ОР=3,73; 95% ДИ 2,26–6,15, $p<0,001$), инфарктом миокарда (ОР=2,21; 95% ДИ 1,44–3,39, $p<0,001$), наличием АГ 2 ст. (ОР=1,52; 95% ДИ 1,00–2,30, $p=0,049$), сочетанием ИБС и АГ (ОР=4,67; 95% ДИ 1,89–11,59, $p=0,001$), наличием СН 2 ст. и выше (ОР=4,13; 95% ДИ 2,53–6,74, $p<0,001$), наличием сахарного диабета (ОР=2,09; 95% ДИ 1,25–3,48, $p=0,005$), количеством факторов риска ТЭО (ОР=9,56, 95% ДИ 3,01–30,36, $p<0,001$), гипертрофией ЛЖ 2 ст. и выше (ОР=3,72; 95% ДИ 2,38–5,83, $p<0,001$) и размерами ФВ ЛЖ (ОР=2,0695% ДИ 1,01–4,21, $p=0,047$). В многофакторной модели Кокса достоверных различий в выживаемости больных между двумя стратегиями лечения выявлено не было; сохранялась связь между выживаемостью больных и количеством факторов риска ТЭО (ОР=12,7; 95% ДИ 1,14–141,99, $p=0,039$) и размерами ФВ ЛЖ (ОР=3,04; 95% ДИ 1,16–7,99, $p=0,024$). Женский пол оказался фактором защиты (ОР=0,26; 95% ДИ 0,08–0,81, $p=0,020$).

Вывод: и та и другая стратегии лечения могут быть использованы при впервые возникшей бессимптомной фибрилляции предсердий, важно проводить профилактику ремоделирования левого желудочка и контроль тромбоэмболических осложнений.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев А. А., Исламова У. А., Гафурова Р. М. 3

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН С ЧАСТИЧНОЙ АНДРОГЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, КАК ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Абоян М. Е., Абоян И. А., Карташова И. В. 4

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ АСИМПТОМНОЙ АРИТМИИ И ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИБС

Абоян И. А., Стрельченко С. В., Карташова И. В., Кострыкина С. В. ... 5

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА СРЕДИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аносос А. М., Иванченко Д. Н. 7

КАК МЫ ЛЕЧИМ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СОСУДИСТОГО РИСКА?

Ахвердиева М. К. 8

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ АНТИСМОКИНОВОЙ ПРОПАГАНДЫ ВО ВРАЧЕБНОЙ СРЕДЕ

Ахвердиева М. К., Линник А. С., Разумовский И. В. 10

ФАКТОРЫ И МАРКЕРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Бахтеева Е. Р., Свиридова Е. П. 12

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Боева О. И., Чотчаева Зар. Х., Иваненко А. С., Колесников В. Н., Байкулова М. Х. 15

**ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
НА СТАНОВЛЕНИЕ МОРФО-КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ И СОСТОЯНИЕ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ
ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ
СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА**

Василенок А. В. 16

**К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ
ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
2 ТИПА**

Волкова Н. И., Сорокина Ю. А., Давиденко И. Ю., Харахашян А. В. 19

**СИНДРОМ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА (КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ)**

Волкова Н. И., Давиденко И. Ю., Волкова Т. В., Зибарев А. Л. 20

**СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ**

Волкова Н. И., Батюшин М. М., Тимошенкова И. Д. 22

ЦЕНА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Волкова Н. И., Джериева И. С., Тимошенкова И. Д. 23

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

*Гагаркина Л. С., Царенок С. Ю., Горбунов В. В., Плюснина О. Б.,
Намжилцэргенова Н. С., Кошевая О. Д.* 25

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

*Гагаркина Л. С., Царенок С. Ю., Горбунов В. В., Плюснина О. Б.,
Намжилцэргенова Н. С., Кошевая О. Д.* 27

**ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Гайдукова И. З. 28

КОНТРОЛЬ ПЕЙСМЕКЕРНОЙ АКТИВНОСТИ

*Галлеев И. В., Цулейскири Л. О., Свиридова Е. П., Асланян С. Л.,
Попова Т. В., Игнатьева И. Г., Голубовский В. В., Комлев А. В.* 30

СТАРЧЕСКИЙ АМИЛОИДОЗ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Галлеев И. В., Цулейскири Л. О., Свиридова Е. П., Асланян С. Л., Комлев А. В., Попова Т. В., Игнатъева И. Г., Голубовский В. В., Бахтеева Е. Р.*32

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РОСТОВСКОМ ГОСПИТАЛЕ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ДР. ЗАБОЛЕВАНИЙ

*И. В. Галеев, Л. Ю. Балека, Л. О. Цулейскири, Е. В. Юношева, Т. Г. Карацуба, В. Н. Петрова*33

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Глава С. Е., Педенко И. В., Накорнеева А. А., Мемарнишвили А. И.*36

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

*Глава С. Е., Тиращуян С. М., Дейникина Т. Н., Мосинцева М. И., Хашишева Л. А., Шлык С. В.*38

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ

*Глава С. Е., Бучужури Л. В., Чернова Е. А., Мокина Л. Г., Шлык С. В.*40

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Городецкая Е. В., Скибицкий В. В.*41

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Городецкая Е. В., Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Спиропулос Н. А.*42

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ПРОТИВОТИВТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

*Горюнич С. Д., Чубарян В. Т., Тальникова О. Е.*44

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ	
<i>Горюнчик С. Д., Саенко Г. И., Чубарян В. Т.</i>	46
КАРДИОСОСУДИСТАЯ ПРОТЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ	
<i>Горюнчик С. Д., Чубарян В. Т., Тальникова О. Е.</i>	47
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ	
<i>Горюнчик С. Д., Саенко Г. И., Чубарян В. Т.</i>	49
РАННИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ	
<i>Горюнчик С. Д., Чубарян В. Т., Тальникова О. Е.</i>	50
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	
<i>Деревянченко М. В.</i>	52
ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	
<i>Джериева И. С., Волкова Н. И., Славный П. П., Комурджянц М. С., Долгопятова Е. В.</i>	53
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
<i>Джериева И. С., Волкова Н. И., Славный П. П., Медникова А. А.</i>	54
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЕЕ ЭКВИВАЛЕНТАМИ	
<i>Дроботя Н. В., Гусейнова Э. Ш., Долтмурзиева Н. С., Калтыкова В. В., Дроботя А. А.</i>	55
АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ: ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, ВОЗМОЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ	
<i>Дюзиков А. А., Румбешт В. В., Кислицкий А. И., Можсаев И. В., Козикин В. Н., Маркина В. В., Беспалова О. Ф., Феоктистова Т. Н.</i>	57

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А. А. Дюжиков, А. В. Поддубный, А. А. Карташов, М. Ю. Кострыкин, А. Г. Старовойтенко, А. В. Сумин, Е. А. Кудряшова, В. О. Вовк 58

СТЕНТИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ И ОСТРЫХ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Дюжиков А. А., Орлов А. Е., Костенко В. Л., Понятовский И. М., Собин С. В., Мищенко И. Д. 60

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО И КАРОТИДНОГО БАССЕЙНОВ

Дюжиков А. А., Шлык С. В., Поддубный А. В., Кострыкин М. Ю., Сафонов Д. В., Карташов А. А., Сумин А. В., Кудряшова Е. А., Кондратьева Е. С., Вовк В. О. 61

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Дюжиков А. А., Кислицкий А. И., Румбеит В. В., Маркина В. В., Беспалова О. Ф., Кондратьева Е. С., Можжаев И. В., Козикин В. Н. 62

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дюжиков А. А., Можжаева Н. Н., Кобзева Т. С., Василихина Д. В. 63

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ СТАТУС ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Евсеева М. Е., Мартынов М. Ю., Кветковская А. А., Ростовцева М. В. 64

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Евтерева Е. Д., Стаценко М. Е. 65

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Женило В. М., Куртасов А. А., Домашенко Н. Н., Бобрикова Е. В., Лебедева Е. А., Внуков В. В., Швецов В. А. 66

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

Заболотских Т. Б., Ремизова А. И., Запеева В. В., Звягинцева Ю. Г. 67

**ВЛИЯНИЕ ФОЗИНОПРИЛА НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
И АЗОТЕМИЕЙ**

*Запеева В. В., Олейник Н. И., Пащенко Л. С., Заболотских Т. Б.,
Ремизова А. И. 69*

**КАРДИО-ПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Иванова Д. А., Стащенко М. Е. 70

**РОЛЬ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ
ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА
И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
g-ИНФАРКТ МИОКАРДА**

*Исламова У. А., Абдуллаев А. А., Гафурова Р. М., Муталипов Х. М.,
Бабатова С. И., Гайдарова З. А. 71*

**ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА И ФЛУВАСТАТИНА
НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА**

Исхаков Н. Н., Рязанова Е. И., Галушков С. В. 72

**ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХРОНОТРОПНОГО
ОТВЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Ишмакова Р. А., Кастанаян А. А., Недоруба Е. А., Дударев И. В.,
Сидоров Р. В., Гребенюк С. В. 73*

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ
ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В СИСТЕМЕ ГЛУБОКИХ ВЕН**

*Кательницкий И. И., Кательницкий Иг. И., Кательницкая О. В.,
Ливадная Е. С. 75*

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО
ФЛЕБОТРОМБОЗА**

Кательницкий И. И., Кательницкий Иг. И., Кательницкая О. В. 76

КОМПЛЕКСНОЕ ДЕЙСТВИЕ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА <i>Козлова Е. С., Попова А. С., Немчук Ф. А., Лопатин Ю. М.</i>	77
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Комолова Е. С., Глова С. Е.</i>	78
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОЙ БИОПСИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ <i>Космачева Е. Д., Круберг Л. К., Позднякова О. А., Терман Е. А., Федорченко А. Н., Кижватова Н. В.</i>	80
РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Е. Д. Космачева, К. О. Барбухатти, Н. В. Кижватова, И. А. Белан</i>	81
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ЛИЦ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТРЕНИРОВАННОСТИ <i>Куманцова И. Е., Дроботя Н. В., Бобкова Е. А., Ижогина Е. Н.</i>	83
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВСД У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (СТУДЕНТОВ) В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ <i>К. Н. Ляшенко, Л. В. Гладкова, Л. В. Жигалова</i>	84
СЛУЧАЙ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА <i>Мазнева Е. В., Маркелова Ю. Ю.</i>	85
СТАТЬЯ В ЖУРНАЛ: СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИАГНОЗОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ <i>Мартьянова Н. А.</i>	87
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТИНОВ И КОМПЛЕКСА ОМЕГА-3,6,9 ПНЖК И ПОЛИКОЗАНОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА <i>Мищенко М. А., Мищенко Н. Г., Кононова С. В.</i>	89

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ $\text{I}\alpha$ -ИНГИБИТОРОВ И β -БЛОКАТОРОВ НА ПРОЦЕССЫ РЕЛАКСАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Недоруба Е. А., Кастанаян А. А., Дударев И. В., Ишмакова Р. А., Моргунов М. Н., Карташова Е. А. 90

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ ДИСПАЗИИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Олейник Н. И., Запевина В. В., Пащенко Л. С. 92

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Осипов Е. В., Кастанаян А. А., Дударев И. В. 92

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУ-РЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И КАРДИОЦИТОПРОТЕКТОРОВ

Павлова И. А. 94

РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХСН

Папченко С. В., Чудинов Г. В., Корниенко А. А. 95

АНТИАГРЕГАНТНЫЙ ЭФФЕКТ АДЕНОЗИНТРИФОСФАТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В. М. Провоторов, Ю. А. Коневских, Е. Л. Дружинина 96

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ СТАТУС ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Евсевьева М. Е., Мартынов М. Ю., Кветковская А. А., Ростовцева М. В.
98

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В. 99

**ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖИТЕЛЕЙ РОСТОВА-НА-ДОНУ И ОБЛАСТИ
ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ**

Разумовский И. В., Алимхаджиев А. А., Хашиева Л. А., Шлык С. В.101

**ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ**

*Ремизова А. И., Заболотских Т. Б., Петрова И. Н., Медведева Ю. Н.,
Запеева В. В.103*

**ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКИХ
СТРУКТУР НЕИЗМЕНЕННОГО КОРНЯ АОРТЫ**

Россоха О. А., Шелестова И. А., Болдырев С. Ю., Барбухатти К. О.104

**ПРИМЕНЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ОКС С ПОДЪЕМОМ ST НА ЭКГ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ
ОТДЕЛЕНИИ МУЗ ГБСМП ИМ. В. И. ЛЕНИНА Г. ШАХТЫ**

А. А. Рябов, М. И. Петренко, Л. Н. Беликова, В. Б. Мартыненко105

**ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРЕДИКТОРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА
У СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ, НАПРАВЛЕНИЯ
ПРОФИЛАКТИКИ**

Сабанова З. Х., Эльгарова Д. А.106

**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ**

*Сависько А. А., Тараканова Т. Д., Гончаров С. Г., Щербак Л. С.,
Глухова А. Ю., Лопуть Д. В.108*

**ВЛИЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ
И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ
ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ**

Сависько А. А., Шестопалов А. В., Теплякова Е. Д., Шкильнюк Н. Е.109

**ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ
НА ЭТАПАХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ**

Сависько А. А., Теплякова Е. Д.111

**СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА (Клинический
случай)**

Садовническая Н. А., Батюшин М. М.112

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН	
<i>Сарбашева З. М., Эльгаров А. А.</i>	<i>114</i>
ОСОБЕННОСТИ ПОДБОРА ГИПОТЕНЗИВНОЙ И АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРВА)	
<i>Семизорова С. Ч.</i>	<i>116</i>
КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	
<i>Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Фендрикова А. В., Гаркуша Е. С.</i>	<i>117</i>
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ	
<i>Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Фендрикова А. В., Тотуом Г. Б. Т.</i>	<i>119</i>
ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
<i>Скибицкий В. В., Прасолова С. А., Фендрикова А. В., Сокаева З. Т.</i>	<i>120</i>
ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
<i>Скибицкий В. В., Городецкая Е. В., Кудряшов Е. А., Спиropулос Н. А.</i>	<i>122</i>
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	
<i>Стаценко М. Е., Деревянченко М. В.</i>	<i>123</i>
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТОЛА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	
<i>Стаценко М. Е., Спорова О. Е., Колодяжная О. И., Евтерева Е. Д., Фабрицкая С. В.</i>	<i>125</i>

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИКОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХСН

Тер-Ананьянц Е. А., Калиниченко Н. Н., Маишталова О. Г., Куликова И. Е., Плескачѳв А. С., Жукова Н. П., Тимофеева Л. Л. 126

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХСН

Тер-Ананьянц Е. А., Маишталова О. Г., Куликова И. Е., Плескачев А. С., Крахмалева О. Ю. 127

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Титаренко И. В., Николаев В. В., Барышева Ю. П., Абелова О. В. 128

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Титаренко И. В., Николаев В. В., Барышева Ю. П., Абелова О. В. 129

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОА СУКЦИНАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В., Кумачѳва Е. С. 130

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОА СУКЦИНАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В., Кумачѳва Е. С. 131

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛА ГИДРОХЛОРИДОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В., Кумачѳва Е. С. 132

**ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-
ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ
КВИНАПРИЛА ГИДРОХЛОРИДОМ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
КЛАССА**

*Трегубов В. Г., Спирина К. С., Веселенко М. И., Рутенко С. В.,
Кумачёва Е. С. 133*

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА С ПРИАПИЗМОМ**

Федоров С. К., Кошлаков В. А. 134

**ОКАЗАНИЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ОКС В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

*Федорченко А. Н., Тупикин Р. С., Бухтояров А. Ю., Лясковский К. О.,
Волколуп О. С., Усачев А. А., Лазебный П. А. 136*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Фендрикова А. В., Скибицкий В. В., Панченко Д. И., Тетер С. Н.,
Кудряшов Е. А. 137*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРЕХЭТАПНОЙ
КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ
С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Филиппова О. А., Кумов А. Д., Барбарич В. Б. 139

**КОМПЛЕКСНАЯ ТРЕХЭТАПНАЯ ПРОГРАММА
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ
ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Филиппова О. А., Кумов А. Д., Барбарич В. Б. 140

**ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСУДИСТУЮ
СТЕНКУ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Хашиева Л. А., Глова С. Е., Илюхин А. П., Гончарова О. Н., Шлык С. В. . 142

**ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Хашиева Л. А., Шлык С. В., Гарина И. А., Линник А. С.,
Гончарова О. Н. 144*

РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ (VEGF) И ЭНДОСТАТИНА В ОЦЕНКЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Хашиева Л. А., Плескачев А. С.</i>	145
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Г. РОСТОВА-НА-ДОНУ) <i>Хайло Н. В., Лынный Л. В., Крамаренко О. Н., Спандерашвили И. Н.</i>	147
ДИСБАЛАНС ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Хоролец Е. В., Хашиева Л. А., Шлык С. В., Телитченко В. Н.</i>	148
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Хоролец Е. В., Хашиева Л. А., Шлык С. В., Стадников А. А.</i>	150
ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ» В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ГУЗ РОСТОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА <i>Чепурненко С. А., Румбешт В. В., Старухина О. И.</i>	151
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Чернышов В. Н., Лебеденко А. А., Тараканова Т. Д., Швыдченко Н. Ю., Костелянец Л. Б.</i>	153
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФОНЕ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА <i>Чернышов В. Н., Тараканова Т. Д., Лебеденко А. А., Валькова Т. В., Лопуть Д. В.</i>	154
КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТОВ У ПОДРОСТКОВ <i>Чернышов В. Н., Тараканова Т. Д., Носова Е. В.</i>	155
МИКСОМА СЕРДЦА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ <i>Чигаева Е. В., Гранкина Н. Е., Макаренко Е. С.</i>	157

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКСОМЫ ЛЕВОГО
ПРЕДСЕРДИЯ**

Чувиллов А. А., Васильева Т. А. 159

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИМИ
СВОЙСТВАМИ ГРУДНОЙ АОРТЫ И ЧАСТОТОЙ
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРОГО
ВОЗРАСТА**

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В. 161

**ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ
АРТЕРИЙ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
ДУГИ АОРТЫ У GERONТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В. 162

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ
ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В. 163

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СОННЫХ
АРТЕРИЙ В ИХ ЭКСТРА — И ИНТРАКРАНИАЛЬНОМ ОТДЕЛАХ
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
АОРТЫ И НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Шевелёв В. И., Канорский С. Г., Поморцев А. В. 164

**ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ
ФОРМ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

Шелестова И. А., Сорока Н. В., Агурина Н. В. 165

**ВЛИЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ
И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ
ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ**

Шкильнюк Н. Е. 166

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
УПРАВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОМ РИСКОМ У ЛИЦ
ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ**

Шогенов А. Г., Эльгаров А. А. 167

**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО И ПОВЫШЕННОГО
УРОВНЯ АД У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ДИНАМИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА МОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ
РИСКА**

*ССЗ Щенятская И. В., Дроботя Н. В., Камышанский О. А.,
Золотарева Н. Ю., Игнатова С. Т. 169*

**ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СРЕДИ ЛИЦ ТРАНСПОРТНЫХ ПРОФЕССИЙ — РЕАЛЬНОСТЬ
ИЛИ МИФ?**

Эльгаров А. А., Калмыкова М. А., Эльгаров М. А. 170

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ, НАРУШЕНИЯ
РИТМА СЕРДЦА И МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ**

Эльгаров М. А., Калмыкова М. А., Эльгаров А. А. 172

**НЕДОСТАТОЧНАЯ «ИНВАЗИВНАЯ» АКТИВНОСТЬ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
ПРИВОДИТ К ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ ПОВЫШЕНИЮ
ЛЕТАЛЬНОСТИ (СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИСТРОВ
«РЕКОРД» И EHS-ACS-Snapshot)**

Эрлих А. Д. от имени участников регистра «РЕКОРД»..... 174

**ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ БЕССИМПТОМНАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ
ПРЕДСЕРДИЙ: АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ**

*Юрьева. С. В., Сердечная Е. В., Попов В. В.,
Казакевич Е. В., Соснина Е. А..... 176*