

114. ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА НЕБИВАЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Ильямакова Н.А., Аксенова Т.А., Горбунов В.В.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, г. Чита, Россия.

Цель: изучение динамики показателей variability ритма сердца у пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) на фоне приема Небивалола.

Материалы и методы. Было обследовано 56 мужчин (средний возраст $24,4 \pm 2,45$ года), больных НЦД. Диагноз выставлялся на основании диагностических признаков по В.И. Маколкину и С.А. Аббакумову, 1996. Пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ посредством кардиомонитора Astrocord® Holter System-2F. Для оценки вегетативного баланса рассчитывали временные и спектральные показатели variability ритма сердца. В литературе встречаются данные о значении циркадных колебаний значений ВРС в прогнозе возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, нами было изучено циркадные колебания симпато-парасимпатического индекса (LF/HF) и сформированы 2 группы, больных НЦД, в зависимости от снижения данного показателя в ночное время. Первую группу составили 23 человек (средний возраст $24,5 \pm 5,1$ года) с недостаточным снижением LF/HF, свидетельствующем о преобладании симпатической нервной системы в ночное время. Во вторую группу вошли больные с достаточным снижением отношения LF/HF - 33 человека (средний возраст $26,1 \pm 4,54$ года). Контролем служила группа из 18 практически здоровых людей, сопоставимая по возрасту с исследуемыми. В исследование включены только мужчины. Больные НЦД подвергались динамическому наблюдению. Части пациентам с НЦД с нарушением физиологического профиля ВРС (11 человек, средний возраст $23,4 \pm 3,1$) был назначен небивалол в дозе $3,5 \pm 1,6$ мг в день, еще 10 человек (средний возраст $24,4 \pm 2,6$) с недостаточным снижением LF/HF и 15 пациентов с НЦД (средний возраст $24,4 \pm 3,7$) терапии β -блокаторами не получали. Через $15 \pm 2,3$ месяцев после обследования пациентам было проведено суточное мониторирование ЭКГ и АД. Полученные результаты обработаны с помощью статистической программы Statistica 6.

Результаты. При анализе временных показателей установлено, SDNN был достоверно снижен в группах больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF по сравнению с контрольной группой на 21,5%, с группой НЦД с достаточным снижением LF/HF на 11,44% соответственно ($p < 0,05$). Данный показатель в группе исследуемых с НЦД с достаточным снижением LF/HF достоверно от контроля не отличался. При анализе SDANN выявлено достоверное снижение показателя как в группах больных с НЦД достаточным снижением LF/HF, так и в группах пациентов НЦД с недостаточным снижением LF/HF на 16,3% и 27,5% по сравнению с контролем соответственно ($p < 0,05$). Показатель pNN50 достоверно снижен в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF по сравнению с пациентами с НЦД с достаточным снижением LF/HF на 47,3%, по сравнению с контрольной группой на 47% ($p < 0,05$). Среди спектральных показателей выявлены следующие изменения. Показатель ULF был достоверно ниже во всех группах пациентов по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Наиболее низкий уровень зафиксирован в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF: на 45% и по

сравнению с контролем соответственно ($p < 0,05$). Показатель VLF был достоверно ниже в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF на 15,4% и 16,6% по сравнению с больными с НЦД и контрольной группой соответственно ($p < 0,05$). У обследованных нами больных показатель HF, был наиболее снижен в группе больных с НЦД с недостаточным снижением LF/HF на 38,5% и 42,8% по сравнению с группой НЦД с достаточным снижением LF/HF и контролем, соответственно ($p < 0,05$). Следующий спектральный показатель – LF, в группе больных НЦД с нарушенным физиологическим суточным профилем ВРС данный показатель на 14,6% был статистически ниже, чем в контрольной группе соответственно ($p < 0,05$). При проспективном наблюдении в группе пациентов с недостаточным снижением LF/HF в ночное время на фоне приема небивалола отмечалась положительная динамика в виде повышения показателя SDNN, SDANN, pNN50, ULF, VLF, HF и снижения LF. При этом повышения артериального давления не зафиксировано ни у одного пациента. В группе пациентов не принимающих небивалол отмечалась незначительная отрицательная динамика в виде снижения SDNN, повышения LF. У 30% отмечалась стойкая артериальная гипертензия и был выставлен диагноз гипертонической болезни.

Выводы. В группе больных НЦД с преобладанием тонуса симпатической нервной системы выявлены изменения показателей variability ритма сердца, свидетельствующие о снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и повышении тонуса симпатической нервной системы. При проспективном наблюдении установлено, что включение в терапию β -блокаторов позволяет улучшить физиологический профиль ВРС и снизить риск развития артериальной гипертензии.

115. Т-ХЕЛПЕРЫ 17 ТИПА И ИНТРЕЛЕЙКИН-17 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Ильасова Б.С.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г Алматы, Республика Казахстан

Хронический вирусный гепатит В ассоциируется с различными аутоиммунными феноменами. В настоящее время запуск аутоиммунного процесса связывают с интрелейкином-17 (ИЛ), который продуцируется Т-хелперами 17 типа, также известными как Th17A [Langrish C.L., 2005]. ИЛ-17 является провоспалительным цитокином, который индуцирует экспрессию ИЛ-1, ИЛ-6, ГМ-КСФ, а также продукцию фибробластами хемокинов CXCL1, 2 и 8 [Casten B. Schmidt-Weber, 2007]. Th17A являются клетками, запускающими аутоиммунный процесс, и фенотип этих Т-хелперов характеризуется наличием с CD23R и CCR6 [Francesco Annunziato, et al, 2008]. Для инициации дифференцировки Th17 [Schnyder-Candrian S., et al, 2005], также как и запуск фиброгенеза [Bissel T.M., et.al, 2001, Hasegawa M., et al. 2005] необходима активность трансформирующего фактора роста TGF- β и ИЛ-6.