

МАТЕРИАЛЫ

Третьего Съезда кардиологов Сибирского Федерального округа (24-26 сентября 2008 г., г. Красноярск)

**Авраменко О.Е., Клименкова А.В., Никонорова Н.Г.,
Селезнева Е.Г., Каретникова В.Н., Бернс С.А., Барбараш О.Л.**
**ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ОСТРОМ
КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская
академия»,
Кемеровский кардиологический диспансер

Наличие нарушений углеводного обмена усугубляет тяжесть и прогноз у пациентов с острыми сосудистыми событиями, в том числе с острым коронарным синдромом (ОКС). Выраженная ишемия миокарда у больных с сахарным диабетом (СД) обусловлена не только уменьшением коронарного резерва, но и специфическими нарушениями обмена в сердце и сосудах. Известно, что провоспалительные факторы играют немаловажную роль в оценке прогноза течения ИБС. Вместе с тем, учитывая частое сочетание ИБС и СД 2 типа, в настоящее время недостаточно изучено влияние СД на выраженность воспалительного ответа у пациентов с ОКС.

В связи этим, целью исследования явилась оценка различий в уровне провоспалительных факторов у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) при наличии или отсутствии СД 2 типа. Обследовано 113 пациентов, из них у 68 ОКС без СД 2 типа (I группа), у 45 пациентов – ОКС с СД 2 типа (II группа). Средний возраст составил $56,2 \pm 2,6$ и $58,7 \pm 1,2$ лет соответственно. Учитывали наличие таких клинических осложнений, как существование или отсутствие приступов стенокардии, выраженность ХСН. Кроме того, у обследованных пациентов оценивали уровень С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-10 (ИЛ-10), фибриногена и агрегацию тромбоцитов.

Выяснили, что наличие СД 2 типа предопределяет вероятность развития кардиоваскулярных осложнений. 34,6% пациентов с СД 2 типа имели ХСН высоких ФК, в то время как пациенты без СД 2 типа – 11,5%. Кроме того, для пациентов с СД 2 типа был характерен и больший процент выявления коронарной недостаточности. При анализе различий в выраженности воспалительного ответа выяснилось, что для больных с СД 2 типа характерно более высокие значения СРБ, ИЛ-6 фибриногена и агрегации тромбоцитов и более низкие – провоспалительного цитокина ИЛ-10. У пациентов с наличием осложнений (высокий функциональный класс стенокардии и ХСН) наблюдались статистически значимые различия уровней провоспалительных и проагрегантных показателей. У пациентов с СД 2 типа уровень СРБ был на 16,6%, фибриноген – на 13,8%, а агрегация тромбоцитов на 10,6% выше соответствующих показателей пациентов без СД. Кроме того, у пациентов с СД были более выражены и нарушения липидного профиля.

Таким образом, выраженность воспалительного ответа у пациентов с СД 2 типа является одним из факторов, определяющих тяжесть клинического состояния пациентов с ОКС.

**Акимова Е.В., Пушкарев Г.С., Смазнов В.Ю., Гафаров В.В.,
Кузнецов В.А.**

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В ОТКРЫТОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский
кардиологический центр»

Целью работы явилось изучение влияния неконвенционных факторов риска ИБС на относительный риск (ОР) сердечно-сосудистой смертности в открытой женской популяции Тюмени.

Для проведения эпидемиологического исследования была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан Центрального административного округа г. Тюмени 25-64 лет. В течение последующих 12 лет вся обследованная женская когорта (813 человек) была подвергнута изучению на предмет анализа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по МКБ-9. На ОР смерти от сердечно-сосудистых причин оценивалось влияние социального градиента – уровня образования, профессиональной принадлежности и брачного статуса. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска.

Моментальные показатели риска без поправок – однофакторный анализ уровня образования, брачного статуса и профессиональной принадлежности – на ОР смерти от сердечно-сосудистых причин в женской когорте показали существенное влияние уровня образования и брачного статуса. Снижение ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний наблюдалось с ростом уровня образования (ОР – 0,29, $p < 0,001$). При анализе брачного статуса отмечался более низкий ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у одиноких женщин (ОР – 0,19, $p < 0,1$) и женщин, состоящих в разводе (ОР – 0,30, $p < 0,1$), по сравнению с состоящими в браке.

При построении многофакторной модели существенную роль на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний оказывал уровень образования (ОР – 0,28, $p < 0,001$). Такие же данные были получены и по брачному статусу. Более низкий ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний был у одиноких женщин (ОР – 0,20 $p < 0,1$) и женщин, состоящих в разводе (ОР – 0,26 $p < 0,05$), по сравнению с замужними. В зависимости от профессиональной принадлежности наблюдалось достоверное снижение ОР сердечно-сосудистой смерти у инженерно-технических работников и лиц, занятых средним физическим трудом, по сравнению с руководителями (ОР – 0,18, $p < 0,05$; ОР – 0,25, $p < 0,05$). Значительное снижение ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний отмечалось у лиц, занятых легким физическим трудом, и пенсионеров по сравнению с руководителями (ОР – 0,35 $p < 0,1$; ОР – 0,52 $p = 0,3$).

Таким образом, многофакторный анализ пропорционального риска Кокса показал независимый вклад составляющих социального градиента в относительный риск смерти от сердечно-сосудистых причин в женской популяции Тюмени.

Алтарев С.С., Фомина Н.В., Барбараш О.Л. ЭФФЕКТ ПРАЗДНОВАНИЯ НОВОГО ГОДА И ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская
академия»
ГУ НППЛ РХСС с клиникой СО РАМН

В настоящее время доказано, что кардиоваскулярные заболевания составляют главную причину смертности. В связи с этим актуально изучение факторов влияющих на данные показатели. Целью настоящего исследования явилась оценка показателей общей смертности и смертности от кардиоваскулярной патологии населения в период новогодних праздников среди жителей г. Кемерово.

Проанализировали базу данных Кемеровского ЗАГСа за период времени с 01.01.1998 по 31.12.2001. Указанная выборка включала 28761 смерть за данный промежуток времени. Для оценки влияния Нового года на показатели смертности были отобраны 10 дней, предшествующих празднику, и 10 дней, последовавших за ним, т.е. анализировался промежуток времени с 21 декабря по 10 января каждого года. В указанную выборку попали 1830 случаев смерти (862 (47%) женщины и 968 (53%) мужчин), из которых 915 пришлось на кардиоваскулярную патологию (533 (58%) и 382 (42%), соответственно). Анализ данных проводился с помощью пакета статистических программ SPSS 11.0.1.

Анализ распределения случаев смертей по дням до и после Нового года показал резкий пик общей смертности ($p = 0,010$) в первые пять дней после смены года, т.е. в период времени с 01 по 05 января.

Исследуя влияние возраста умерших пациентов на показатели смертности, выявлено, что у пациентов, возраст которых не достиг 60 лет, выявленные закономерности сохраняются ($p=0,001$), причем наивысшие показатели летальных случаев приходится на первые двое суток после 31 декабря. У лиц, умерших в возрасте 60 лет и старше, статистически значимых различий получено не было ($p=0,268$). Изучение влияния пола на исследуемые явления, продемонстрировало колебания количества летальных исходов, не достигших статистически значимого уровня у женщин ($p=0,290$), но достигших у мужчин ($p=0,009$). При анализе динамики кардиоваскулярной смертности в указанный промежуток времени, были получены статистически значимые различия в общей группе ($p=0,033$) и у лиц мужского пола ($p=0,039$).

Выводы. Представленные результаты подтверждают неблагоприятное влияние Нового года на состояние здоровья населения на примере показателей смертности от всех причин и кардиоваскулярной смертности, в частности. В наибольшей степени празднование наступления следующего года сказывается на лицах работоспособного возраста и мужского пола.

**Афанасьев С.А., Реброва Т.Ю., Кондратьева Д.С.
ЭФФЕКТЫ АМИОДАРОНА НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ
ВОЗБУДИМОСТЬ И СИСТЕМУ АНТИОКСИДАНТОВ
МИОКАРДА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ
В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

ГУ НИИ Кардиологии Томского Научного Центра СО РАМН

Целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния сердечной мышцы и активности перекисидации липидов при использовании амиодарона для профилактики нарушений сердечного ритма в процессе постинфарктного ремоделирования в эксперименте.

Исследования выполнены на крысах линии Wistar. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) у животных контрольной группы развивался по истечении 45 дней после моделирования инфаркта миокарда путем перевязывания левой передней нисходящей коронарной артерии. В опытной группе крысы по окончании 4 недель формирования ПИКС получали рег ос амиодарон в течение 14 дней в дозе 20 мг/кг. Функциональное состояние миокарда изучали по инотропной реакции папиллярных мышц левого желудочка крыс на экстрасистолические воздействия. В ткани миокарда животных спектрофотометрически определяли содержание диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), активность антиокислительных ферментов каталазы и супероксиддисмутазы (СОД).

Через 45 дней после коронароокклюзии сердца животных контрольной группы имели выраженную зону сформировавшегося рубца и превышали размеры сердец ложнопериоперированных крыс на $80,3 \pm 3,61\%$. Для образцов миокарда контрольной группы по сравнению с интактными было отмечено повышение содержания МДА и ДК. Активность ферментативных антиоксидантов в исследуемых образцах при этом была снижена. Экстрасистолическое воздействие на папиллярные мышцы интактных животных через 0,75с от регулярного стимула сопровождалось расширением цикла сокращение-расслабление за счет появления дополнительной волны экстрасистолического сокращения (ЭС) имеющей выраженный максимум 67% от величины регулярного сокращения. Для папиллярных мышц животных с ПИКС отмечалось более выраженная реакция на то же воздействие экстрасистолических стимулов, так амплитуда ЭС составила 72% от величины регулярного сокращения.

Использование амиодарона у животных с ПИКС обеспечило снижение амплитуды ЭС при 0,75с интервале до 62% от регулярного сокращения. При этом в миокарде животных было отмечено уменьшение содержания МДА и ДК, а так же повышение активности СОД и каталазы относительно группы с ПИКС.

Полученные данные, позволяют сделать вывод о том, что курсовое использование амиодарона при ПИКС наряду с известным антиаритмическим действием оказывать ингибирующее влияние на процессы перекисного окисления липидов, что может являться одним из механизмов стабилизации электрической возбудимости миокарда.

**Барбараш Л.С., Артамонова Г.В., Макаров С.А.
ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»

В Кемеровской области (КО) разработана и функционирует принципиально новая модель организации кардиологической помощи, основанная на принципе технологически «замкнутого цикла».

Отечественных и зарубежных аналогов предлагаемой модели нет. Модель апробирована в административном центре КО г. Кемерово (1993-2006 гг.), где проживает 20% населения области. Функционирование модели обеспечивается инновационными технологиями (многоуровневая многоэтапная система организации специализированной помощи на основе формирования потока кардиологических больных, дифференциации коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса). Технологически «замкнутый цикл» оказания медицинской помощи больным с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) включает три этапа: амбулаторно-поликлинический, стационарный (кардиологический и кардиохирургический), санаторный. Фундаментом модели является амбулаторно-поликлинический (АП) этап, который начинается с кардиологов территориальных поликлиник, состоящих в штате МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер» (МУЗ «ККД»), что обеспечивает преемственность с участковыми терапевтами и кардиологами консультативной кардиологической поликлиники МУЗ «ККД». Кардиологи АП этапа осуществляют отбор пациентов на второй этап – стационарное кардиологическое и кардиохирургическое лечение. Кардиохирургическая помощь осуществляется в ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов» с клиникой СО РАМН, территориально расположенного на базе МУЗ «ККД». Реабилитации пациентов после инфаркта миокарда и операций на сердце осуществляется в кардиологическом санатории диспансера, в отдаленные периоды – на АП этапе при диспансерном наблюдении. Тем самым «замкнутый цикл» (поликлиника – стационар – санаторий – поликлиника) функционирует на базе одного учреждения, что обеспечивает постоянное наблюдение за пациентом по единым стандартам медицинских технологий. Динамичное функционирование «замкнутого цикла» достигается через систему управления обеспечением качества медицинской и лекарственной помощи, оценки деятельности организаций и учреждений по улучшению качества и повышению удовлетворенности пациентов оказанной им помощи, по эффективному и рациональному использованию ресурсов здравоохранения. В модели широко используются высокотехнологичные методы диагностики и лечения при заболеваниях сердца и сосудов, позволившие улучшить клиническое состояние и прогноз у пациентов. Внедрение модели «замкнутого цикла» кардиологической помощи в г. Кемерово позволяет концентрировать ресурсы. Многоэтапная реабилитация сохраняет до 60% пациентам трудоспособность в профессии. С 2003 года в г. Кемерово нет прироста уровня смертности от болезней ССС, и темп убыли в 2006 году относительно 2002 г. равен (-5,9%).

**Барбараш О.Л.* , Рутковская Н.В.* , Смакотина С.А.* , Чеснокова Ю.Л.* ,
Баздырев Е.В.* , Чернявская Е.Ю.* , Кудрявцева И.А.**
СОСТОЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

* ГОУ ВПО Кемеровская Государственная Медицинская Академия;

** ГУ НППЛ РХСС с клиникой СО РАМН, г. Кемерово

В настоящее время патология респираторной системы при развитии и прогрессировании АГ не рассматривается с позиции единого патофизиологического континуума. Вместе с тем существуют данные о том, что нарушение функции легких, оцениваемое форсированными показателями выдоха (FEV_1) и форсированной жизненной емкостью легких (FVC), ассоциируются с повышенной сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью, независимо от факта курения в анамнезе.

В исследование включено 46 пациентов с ГБ I-II стадий в возрасте от 35 до 60 лет. При оценке спирометрических параметров в зависимости от стадии ГБ отмечено, что показатели вентиляционной функции легких у пациентов I стадии достоверно не отличались от показателей здоровых лиц. С увеличением стадии заболевания, регистрировалось снижение показателей спирометрии. Подобная закономерность в изменениях показателей спирометрии прослеживалась и при увеличении степени ГБ. Выявлены корреляционные связи между показателями суточного мониторирования АД и функции внешнего дыхания, свидетельствующие о том, что по мере увеличения АД основные скоростные и объемные показатели внешнего дыхания снижаются, что позволяет сделать вывод о возникновении при прогрессировании ГБ субклинических нарушений вентиляции легких по смешанному типу.

При анализе диффузионной способности легких (DLCO) и бодиплетизмографии у пациентов с различными стадиями ГБ, также было отмечено изменение их значений по мере прогрессирования

заболевания: пациенты со II стадией ГБ по сравнению с пациентами I стадии имели более низкие показатели общей емкости легких (ТЛС) и альвеолярного объема (VA), наблюдалась тенденция к снижению диффузионной способности легких (DLCO) и увеличению остаточного объема (RV). Кроме того было отмечено, что по мере увеличения индекса площади ДАД снижается DLCO ($r=-0,34$ $p=0,045$). Таким образом, при ГБ наблюдается нарушение диффузионной и вентиляционной способности легких как по обструктивному, так и по рестриктивному типу, эти изменения прогрессируют по мере увеличению степени и тяжести ГБ.

Принимая во внимание данные о том, что одной из нереспираторных функций легких является «контроль биологически активных веществ в организме», можно думать, что одним из механизмов поражения легких при ГБ является субклиническое воспаление.

Бережнова И.А., Алипова Л.Н., Юсова Л.Н., Сатарова Т.Г., Жиркова Н.Н.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У GERONTOLOGICHESKHX BOLDNYX ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн», г. Саратов

Цель исследования: определение содержания цитокинов у геронтологических больных с ИБС, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом 2 типа в возрастном аспекте.

Материал и методы. Обследовано 358 пациентов в возрасте 60-95 лет с ИБС, НКIIа, без и с сахарным диабетом 2 типа (ИНЗСД). В группе сравнения были 56 человек с ИБС без ХСН и ИНЗСД в возрасте до 60 лет. Содержание цитокинов (TNF α , IFN α , ИЛ-6) определяли тест-системами «Протеинный контур» (СПб). Рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГИИ), индекс алергизации (ИА). Сформированы 10-ть групп: 1-3-ья – больные с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом (Пикс) без ИНЗСД (1-ая группа – средний возраст 67 лет, 2-ая – 77,3 года, 3-ья – 82,8 года); 4-ая – больные с ИБС, Пикс и ИНЗСД в стадии компенсации, средний возраст 82 года; 5-7-ая – больные с ИБС и атеросклеротическим кардиосклерозом (АсКс) без ИНЗСД (5-ая группа – средний возраст 66,3 года, 6-ая – 77,4 года, 7-ая – 82,5 года); 8-10-ая – больные с ИБС и АсКс без ИНЗСД (8-ая группа – средний возраст 68 лет, 9-ая – 75 лет, 10-ая – 81,5 года).

Результаты. Содержание в 1-ой группе TNF α – 131,2 \pm 3,1 пг/мл, IFN α – 71,2 \pm 1,7 пг/мл; ИЛ-6 – 127,2 \pm 2,6 пг/мл; во 2-ой группе TNF α – 158,7 \pm 1,5 пг/мл, IFN α – 67,3 \pm 1,7 пг/мл; ИЛ-6 – 156,3 \pm 1,1 пг/мл. Содержание в 3-ей группе TNF α – 164,8 \pm 2,4 пг/мл, IFN α – 69,1 \pm 1,9 пг/мл; ИЛ-6 – 168,1 \pm 2,2 пг/мл; в 4-ой группе TNF α – 176,6 \pm 1,9 пг/мл, IFN α – 87,1 \pm 1,2 пг/мл; ИЛ-6 – 174,2 \pm 2,3 пг/мл; в 5-ой TNF α – 115,2 \pm 1,6 пг/мл, IFN α – 64,3 \pm 1,8 пг/мл; ИЛ-6 – 113,5 \pm 2,5 пг/мл. Содержание в 6-ой группе TNF α – 136,2 \pm 2,1 пг/мл, IFN α – 64,2 \pm 1,7 пг/мл; ИЛ-6 – 124,2 \pm 2,6 пг/мл; в 7-ой группе TNF α – 145,3 \pm 1,5 пг/мл, IFN α – 57,1 \pm 1,7 пг/мл; ИЛ-6 – 127,4 \pm 2,1 пг/мл. Содержание в 8-ой группе TNF α – 113,2 \pm 1,4 пг/мл, IFN α – 72,2 \pm 1,1 пг/мл; ИЛ-6 – 109,1 \pm 1,4 пг/мл; в 9-ой группе TNF α – 146,3 \pm 2,4 пг/мл, IFN α – 87,5 \pm 1,7 пг/мл; ИЛ-6 – 132,1 \pm 1,3 пг/мл; в 10-ой TNF α – 156,7 \pm 1,5 пг/мл, IFN α – 89,2 \pm 1,8 пг/мл; ИЛ-6 – 147,1 \pm 1,5 пг/мл. Установлена прямая корреляционная зависимость между возрастом и содержанием TNF α ($r=0,98-1,0$) и ИЛ-6 ($r=0,98-1,0$) во всех группах; обратная – между возрастом и содержанием TNF α ($r=-0,65;-0,82$) в 1-3-ых и 5-7-ых группах, и прямая – между возрастом и содержанием TNF α ($r=0,92$) в 4-ой и 8-10 группах. Установлена прямая корреляционная зависимость между содержанием ИА и TNF α ($r=0,96$) в 8-10 группах, и обратная ($r=-0,92$) в 5-7 группах; обратная – между ЛИИ и ГИИ и содержанием TNF α ($r=-0,95;-1,0$) в 1-3 и 8-10 группах.

Заключение. Содержание TNF α , ИЛ-6 увеличивается с возрастом. В группах с Пикс их содержание выше, по сравнению с группой сравнения и группами с АсКс. Имеются различия в содержании TNF α у пациентов с ИНЗСД и без.

Бережнова И.А., Алипова Л.Н., Юсова Л.Н., Сатарова Т.Г. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У GERONTOLOGICHESKHX BOLDNYX С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн», г. Саратов

Цель исследования: определение содержания аутоантител (АуАт) у геронтологических больных с ИБС, хронической сердечной

недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом 2 типа в возрастном аспекте.

Материал и методы. Обследовано 358 пациентов в возрасте 60-95 лет с ИБС, НКIIа, без и с сахарным диабетом 2 типа (ИНЗСД). В группе сравнения были 56 человек с ИБС без ХСН и ИНЗСД в возрасте до 60 лет. Содержание АуАт определяли наборами «ЭЛИ-Висцеро-Тест» («Иммункулус»). Сформированы 10-ть групп: 1-3-ья – больные с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом (Пикс) без ИНЗСД (1-ая группа – средний возраст 67 лет, 2-ая – 77,3 года, 3-ья – 82,8 года); 4-ая – больные с ИБС, Пикс и ИНЗСД в стадии компенсации, средний возраст 82 года; 5-7-ая – больные с ИБС и атеросклеротическим кардиосклерозом (АсКс) без ИНЗСД (5-ая группа – средний возраст 66,3 года, 6-ая – 77,4 года, 7-ья – 82,5 года); 8-10-ая – больные с ИБС и АсКс без ИНЗСД (8-ая группа – средний возраст 68 лет, 9-ая – 75 лет, 10-ая – 81,5 года).

Результаты. Содержание АуАт к цитозольному белку клеток миокарда с мол. массой 40 кД (CoS-05-40) было в группах: 1-ой – 31,5 \pm 2,3; 2-ой – 38,3 \pm 1,7; в 3-ей – 22,4 \pm 1,9; в 4-ой – 14,3 \pm 1,3; в 5-ой – 18,6 \pm 1,2; в 6-ой – 19,9 \pm 0,7; в 7-ой – 11,2 \pm 1,1; в 8-ой – 21,3 \pm 2,1; в 9-ой – 15,6 \pm 1,7; в 10-ой – 4,6 \pm 1,3. Содержание АуАт к мембранному белку клеток миокарда с мол. массой 15 кД (CoM-015-15) было в группах: 1-ой – 25,1 \pm 2,0; 2-ой – 32,2 \pm 1,5; в 3-ей – 19,6 \pm 1,5; в 4-ой – 12,3 \pm 1,3; в 5-ой – 12,3 \pm 0,9; в 6-ой – 17,5 \pm 0,9; в 7-ой – 15,3 \pm 1,0; в 8-ой – 19,6 \pm 1,2; в 9-ой – 12,3 \pm 1,1; в 10-ой – 2,3 \pm 0,5. Наличие этих АуАТ считается наиболее неблагоприятным признаком, свидетельствующим о дистрофических процессах в миокарде. Содержание АуАт к NO-синтетазе было в группах: 1-ой – 24,5 \pm 1,7; 2-ой – 30,2 \pm 1,8; в 3-ей – 25,7 \pm 1,3; в 4-ой – 7,2 \pm 1,0; в 5-ой – 15,7 \pm 1,2; в 6-ой – 21,9 \pm 0,8; в 7-ой – 21,1 \pm 1,1; в 8-ой – 26,4 \pm 1,3; в 9-ой – 18,3 \pm 1,3; в 10-ой – 5,3 \pm 0,6. Наличие антител к NO-синтетазе сопровождается нарушением регуляции тонуса сосудов. Содержание АуАт к β -адренорецепторам было в группах: 1-ой – 26,2 \pm 1,1; 2-ой – 35,4 \pm 1,3; в 3-ей – 21,3 \pm 1,5; в 4-ой – 11,4 \pm 1,3; в 5-ой – 10,3 \pm 0,7; в 6-ой – 24,6 \pm 0,8; в 7-ой – 12,3 \pm 1,0; в 8-ой – 23,2 \pm 1,1; в 9-ой – 17,2 \pm 1,4; в 10-ой – 2,6 \pm 0,7. Повышение АуАТ к β -адренорецепторам соответствовало нарушениям в проводящей системе сердца.

Заключение. Содержание АуАт к CoS-05-40, CoM-015-15, NO-синтетазе к β -адренорецепторам увеличивается с возрастом к 75-77 годам, в дальнейшем отмечается их снижение. Уровни АуАт в группах с Пикс значительно выше, чем в группах с АсКс. А также было повышено в группах ИНЗСД в возрасте до 77 лет, в дальнейшем отмечалось их снижение, что свидетельствовало о выраженной иммунодепрессии в данных возрастных группах.

Берестенникова Л.Н., Чумакова Г.А.

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ПРИ ТИРЕО-ТОКСИКОЗЕ

Городская больница № 1,

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель исследования. Выявить эндокринологические предикторы восстановления синусового ритма у больных мерцательной аритмией (МА) на фоне тиреотоксикоза (ТТ) во время госпитализации.

Материал и методы. В проспективное исследование включено 77 пациентов с МА, средний возраст 53,1 \pm 9,1 (M \pm SD) лет, из которых 42,8% – мужчины. У всех больных по данным лабораторного обследования был выявлен ТТ. Определялся уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободных тироксина (св.Т4) и трийодтиронина (св.Т3), оценивались данные анамнеза МА и тиреотоксикоза, степень тяжести ТТ. Всем больным проводилась электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы. Все больные были разделены на две группы: группа 1 – пациенты с восстановленным синусовым ритмом (n=58, средний возраст: 53,3 \pm 8,8; 41,4% – мужчины); группа 2 – пациенты с сохраняющейся МА к моменту выписки (n=19, средний возраст: 52,5 \pm 10,4; 47,4% – мужчины). Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica 6». Количественные признаки описаны в виде Me[25,75] или M \pm SD. Для сравнения непрерывных величин, использовали критерий Манна-Уитни (U), либо двухвыборочный t-тест. Взаимосвязь качественных величин изучалась с помощью таблиц сопряженности признаков, точного критерия Фишера и теста Пирсона (χ^2). Определение предикторов проводилось методом биномиальной логистической регрессии.

Результаты. Не было выявлено статистически значимого отличия между группами по возрасту (t=0,33; p=0,74) и полу ($\chi^2=0,21$;

$p=0,647$). Группы различались по степени тяжести ТТ ($\chi^2=13,38$; $p=0,001$). Синусовый ритм восстанавливался чаще у больных меньшей степенью тяжести ТТ. Выявлены различия между группами по объёму ЩЖ 20,7[13,3; 27] и 24,8[16,2; 28,7]; $U=368$; $p=0,03$. Различия между группами имелось и по уровню свободного Т4 в сыворотке крови 32,7[20,9; 46,5] и 47,5[30; 83,7]; $U=374$; $p=0,036$. Группы различались также по наличию или отсутствию узлов ЩЖ ($\chi^2=4,77$; $p=0,02$; критерий Фишера $p=0,03$). По результатам логистической регрессии были выявлены предикторы: 1. объём ЩЖ, ОШ ($\pm 95\%$ ДИ) = 0,952 (0,913 – 0,992), $p=0,01$; 2. наличие узлов ЩЖ, ОШ = 0,302 (0,103 – 0,881), $p=0,036$; 3. уровень свободного Т4, ОШ = 0,98 (0,961 – 0,998), $p=0,032$; 4. степень тяжести тиреотоксикоза, ОШ = 0,3 (0,129 – 0,701), $p=0,003$.

Выводы. Выявлено несколько эндокринологических предикторов восстановления синусового ритма у больных МА на фоне тиреотоксикоза: объём ЩЖ, наличие узлов ЩЖ, уровень св.Т4 и степень тяжести тиреотоксикоза, все они оказывают отрицательное влияние на прогноз, уменьшая вероятность восстановления ритма у больных МА с тиреотоксикозом.

Бичан Н.А., Подхомутников В.М., Левиус Е.М. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИВОДИТ К СНИЖЕНИЮ ЛЕТАЛЬНОСТИ

МЛПУ «Городская клиническая больница №1», г. Новокузнецк;
ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ»

По результатам работы кардиологического отделения МЛПУ «ГКБ №1» проведен сравнительный анализ качества лечения больных инфарктом миокарда (ИМ) за 2003, 2005 и 2007 гг. и влияние совершенствования терапии на летальность. Группы больных не различались по тяжести ИМ, локализации, полу и возрасту. В 2007 г. в сравнении с 2003 г. достоверно увеличилось количество пациентов с сопутствующей АГ с 54% до 66,9%, и СД с 11% до 17,8%, $p<0,01$. Обращало на себя внимание достоверное увеличение больных нарушениями ритма с 38% в 2003 до 52% в 2005 г и 49% в 2007 г. По нашему мнению это связано с прекращением профилактического введения лидокаина бригадами СМП.

Тромболитическая терапия стрептокиназой проведена в 2003 г. у 2% больных, в 2005 – у 7,4% и в 2007 – у 10,9%. При этом в 2007 г. 60% тромболитизиса выполнено бригадами СМП, т.е. в ближайшие 30-90 мин от развития болевого синдрома. В качестве антикоагулянта в большинстве случаев применялся гепарин. Использование низкомолекулярных гепаринов достоверно увеличилось с 5,5% в 2003 г. до 14,1% в 2005 и до 20% в 2007 г. Дезагрегантная терапия у большинства пациентов проводилась аспирином. Плавикс использовался в 2007 г. у 13,9% больных, что было достоверно больше, чем в 2005 (4%) и 2003 (1%) годы. При этом в 2007 г. у 7,7% пациентов лечение плавиксом начинали с ударной дозы в 300 мг. Отмечено достоверное увеличение пациентов, которым бетаадреноблокаторы (ББ) и ингибиторы АПФ назначались в первые сутки ИМ. Так в 2003 г. ББ в первые сутки назначались 47,7% больных, в 2005 – 64,2% и в 2007 – 75,6%. Изменился качественный состав используемых ББ. Если в 2003 и 2005 гг. преимущественно назначался атенолол в 67,2% и 72% случаев соответственно, то в 2007 г. его использование уменьшилось до 11,7%. В 2007 г. достоверно увеличилось назначение липофильных ББ пролонгированного действия: метопролола у 47,1% больных, беталока-Зок у 38,2%, биспролола у 10% и небивола у 7%. Следует отметить, что лечение небивоолом имело место в 2005 г. только в 5% случаев, а в 2003 в 2,4%. Ингибиторы АПФ назначались в первые сутки госпитализации в 2003 г. у 19% больных, в 2005 – у 72,6% и в 2007 – у 75,3%. При этом в 2007 г. в 94% случаев ингибиторы АПФ применялись в первые часы после госпитализации. Достоверно увеличилось количество больных, получающих статины: с 0,5% в 2003 г. и 2% в 2005 г. до 22,9% в 2007 г.

Совершенствование комплексной терапии ИМ позволило снизить летальность от ИМ с 11,7% в 2003 г. до 8% в 2005 ($p<0,05$) и 9,3% в 2007 г. Среди причин смерти отмечено достоверно уменьшение отека легких с 20% в 2003 г. до 11,3% в 2007. Наибольший вклад в снижение количества отека легких внесло раннее назначение ингибиторов АПФ.

Боброва Е.И., Эверт Л.С., Паничева Е.С., Бороздун С.В. ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

В последние годы внимание педиатров привлекает проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей при различных за-

болеваниях. Соединительная ткань занимает половину всей массы тела и ее структура и разнообразные функции создают субстрат для возникновения различных аномалий развития. Синдром дисплазии соединительной ткани относится к заболеваниям, имеющим полигенно-мультифакторную природу. В структуре кардиоваскулярной патологии у детей одно из ведущих мест занимают изменения, связанные с дисплазией соединительной ткани.

Целью исследования было изучение частоты встречаемости и выраженности проявлений дисплазии соединительной ткани у детей с функциональной кардиоваскулярной патологией (артериальной гипертензией и артериальной гипотонией) и в группе сравнения (без АГ).

Обследовано 72 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (мальчики и девочки). Основную группу составили дети с артериальной гипертензией и артериальной гипотонией, группу контроля – дети без АГ.

Верификация диагноза дисплазии соединительной ткани проводилась согласно рекомендациям Т. Милковска-Дмитровой и А. Каркашевой. Выделяли главные и второстепенные признаки, оценивая степень выраженности ДСТ по их количеству. Фенотипические признаки ДСТ определяли при внешнем осмотре, нарушении рефракции выявляли при осмотре окулистом.

С целью выявления диспластических изменений внутренних органов всем детям проводилось ультразвуковое исследование сердца и органов брюшной полости, рентгенография, реоэнцефалография. Патологию позвоночника диагностировали клинически при осмотре. Арахнодактилию определяли с помощью теста большого пальца и теста запястья. Мобильность суставов оценивали по методике P. Beighton, F. Horan.

В результате проведенных исследований установлено, что дисплазия легкой и средней степени тяжести чаще регистрируется в группе детей с артериальной гипотонией, напротив, группа с артериальной гипертензией характеризовалась отсутствием ДСТ, в единичных случаях отмечалась легкая степень дисплазии соединительной ткани. Выраженная степень дисплазии соединительной ткани встречалась только в группе с артериальной гипотонией.

Таким образом, более высокая частота встречаемости и большая степень выраженности проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани характерны преимущественно для детей с артериальной гипотонией. Значительно реже встречается ДСТ у детей с нормальным и высоким АД.

Бутьянов Р.А., Шульман В.А., Шнайдер Н.А., Козулина Е.А. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; Институт последипломного образования, г. Красноярск

Большинство нейромышечных заболеваний относятся к генетически детерминированной патологии и могут передаваться от одного поколения к следующему. Наиболее распространенным заболеванием из этой группы является дистрофическая миотония (ДМ). Это мультигенное наследственное заболевание, нередко дебютирующее с нарушениями функции и структуры сердечно-сосудистой системы. Поражение сердца главным образом представлено нарушением ритма и проводимости, развитием дилатационной кардиомиопатии.

Целью работы было изучить особенности и частоту поражения сердца при наследственных нейромышечных заболеваниях. В ходе работы применялись следующие методы исследования: клинико-генеалогический, инструментальные и молекулярно-генетические (электрокардиография (ЭКГ), эхокардиоскопия (Эхо-КС), холтеровское мониторирование, игольчатая электромиография, ПЦР-диагностика для выявления экспансии нуклеотидных повторов СТГ). Было обследовано 21 больных ДМ в 9 семьях с ДМ, миотонией Томсена, мышечной дистрофией Эрба-Рота (9 пробандов и 12 членов семей). В трех семьях (9 пациентов) проведено ДНК-типирование. Данное исследование выполнено в лаборатории ДНК диагностики Медико-генетического научного центра РАМН (Москва) 08.02.2008г. Выявлено увеличение СТГ-повторов в 3 не транслируемой области гена DMPK, ответственного за развитие ДМ 1 типа.

В ходе электрокардиографического исследования в 9 семьях выявлены следующие патологические изменения: инфарктоподобные изменения передне-перегородочной области левого желудочка 13%; блокада левой ножки пучка Гиса 6,5%; блокада правой ножки пучка Гиса 38%; атриовентрикулярная блокада 1 степени 6,5%; синоартериальная блокада 2 степени 6,5%; полная AV-блокада 6,5%; синусовая аритмия 25%; синдром преждевременной реполяризации желу-

дочков 19%; суправентрикулярная экстрасистолия 13%; желудочковая экстрасистолия 6,5%; синусовая тахикардия 13%; миграция водителя ритма по предсердиям 6,5%; дилатационная кардиомиопатия 6,5%.

Таким образом, ДМ сопровождается разнообразной и нередко выраженной кардиальной патологией, которая может служить причиной смерти больного, в том числе и внезапной. Сердечная патология при ДМ может быть дебютом заболевания и первым врачом, к которому обращается больной с ДМ может быть терапевт или кардиолог. В связи с этим соответствующие специалисты должны быть знакомы с данным заболеванием и его кардиальными проявлениями.

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А., Терехова Ж.В.
ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОГО ПРИЕМА КОРИНФАРА И КОНКОРА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»

Цель исследования. Выявить характер изменений в микрососудистом русле после однократного приема коринфара и конкора у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование были включены две группы пациентов. Группы были равнозначны по возрастному-половому составу, степени АГ. Пациенты одной группы (n=20) однократно получали 20 мг коринфара, пациенты другой (n=23) – 5 мг конкора. До и после приема препаратов у всех пациентов исследовалась микроциркуляция методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАКК-02. Определялись следующие показатели микроциркуляции: показатель микроциркуляции (ПМ, перф.ед.), резерв капиллярного кровотока (РКК, %), нейрогенный тонус (НТ, ед), миогенный тонус (МТ, ед), индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ, ед), а также амплитудные показатели ЛДФ в дыхательном (ДА, перф.ед) и сердечном (СА, перф.ед) диапазонах. У всех исследуемых в динамике определяли гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Прием коринфара и конкора сопровождался снижением АД среднего на 10,7% и 10,6% соответственно.

В группе пациентов, принимавших коринфар, ПМ увеличился с 5,6±0,28 перф. ед до 7,2±0,32 перф. ед (p<0,01), произошло значительное увеличение среди больных доли гиперемического ГТМ с 35,3% до 82,3% и уменьшение застойного ГТМ с 35,4% до 5,9%, что можно объяснить усилением роли пассивных факторов регуляции микроциркуляции, увеличением показателей ДА и СА на 41,8% и 66,6% соответственно. В тоже время наблюдалось сокращение РКК с 193,8±6,9% до 135,5±7,3% (p>0,001). В группе конкора также произошло увеличение ПМ с 5,74±0,17 перф. ед до 6,63±0,38 перф. ед и, как следствие, повышение кровенаполнения микроциркуляторного русла (доля гиперемического ГТМ возросла с 33,3% до 38,9%), что при повышении нейрогенного тонуса с 2,3±0,2 ед до 2,9±0,2 ед (p<0,05) и миогенного тонуса с 3,1±0,2 ед до 4,3±0,4 ед (p<0,05) обеспечивалось ростом пульсового кровенаполнения микрососудистого русла (СА) на 104,6%. У исследуемых групп коринфара и конкора наблюдалось снижение ИЭМ с 1,64±0,11 ед до 1,25±0,14 ед и с 1,65±0,11 ед до 1,29±0,1 ед соответственно.

Заключение. Таким образом, однократный прием исследуемых препаратов на фоне гипотензивного эффекта вызывает перестройку микроциркуляции, характеризующуюся увеличением тканевой гемоперфузии за счет активации пассивных механизмов регуляции сосудистого тонуса.

Вахрушев А.К., Мулерева Т.А.
СВЯЗЬ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ В ПОКОЕ И ДАННЫМИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава

Эхокардиография (ЭхоКГ) и электрокардиография (ЭКГ) отражают ремоделирование миокарда на фоне коронарной патологии при ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ).

Цель нашей работы заключалась в выявлении связи ЭКГ изменений в покое с данными холтеровского мониторирования (ХМ) и уровнем холестерина (ХС).

В условиях кардиологического стационара проводилось полное клиническое исследование 39 больных с ИБС и ГБ. Мужчин – 21, женщин – 18. Средний возраст – 52,7±1,4. Нестабильная стенокардия (НС) была у 19 пациентов, стабильная стенокардия (СС) – у 13, аритмия без стенокардии – у 5, ГБ без стенокардии – у 2. У 38 пациентов – ГБ. Исходная ЭКГ в отведении V₆ (ЭКГисV₆) оценивалась на компьютере: площади зубцов комплекса QRST и сегмента S-T (мв•мс). Вычислялся индекс зубца Т (ИЗТ) как отношение площади зубца Т к площади комплекса QRS. Данные ХМ получены на аппарате «Кардиотехника-04» (ЗАО «Инкарт», С. Петербург). Результаты обработаны статистически с помощью программы Microsoft Excel. Вычислялись средние величины (M±m; различия средних величин считались достоверными при P<0,05) и коэффициенты корреляции (r). На ЭКГисV₆ комплекс QRS имел форму R у 15 больных (38,5%), реже выявлены другие варианты желудочкового комплекса: qR – у 10, Rs – у 9, qRs – у 5 пациентов. ИЗТ колебался от -0,5 до 4,2. У 16 больных (41,0%) выявлена депрессия сегмента S-T от 0,7 мв•мс до 26,4 мв•мс. При ХМ ишемические изменения выявлены у 23 больных (59%), среди них ИЗТ был равен 0,63±0,13. На ЭКГисV₆ депрессия сегмента S-T коррелировала с ИЗТ (r=0,53), с площадью зубца S (r=0,36) и толщиной стенки левого желудочка по ЭхоКГ (r=-0,3). На ЭКГисV₆ ИЗТ слабо коррелировал с ХС крови (r=0,35). Изменения сегмента S-T на ЭКГисV₆, по нашим данным, были значительно связаны со степенью (r=0,63) и с длительностью ишемии за сутки при ХМ (r = 0,4). У больных с НС на ЭКГисV₆ депрессия сегмента S-T была равна 4,55±1,7 мв•мс, что достоверно больше, чем при СС (-0,13±0,9 мв•мс, P<0,05). При ХМ выявлено, что при НС длительность ишемических изменений за сутки достоверно больше, чем при СС (соответственно 39,6±5,74 мин. и 15,46±4,45 мин., P<0,01), но степень депрессии сегмента S-T при СС и НС не отличалась.

Таким образом, при ИБС и ГБ по ЭКГ в отведении V₆ в основном на основании депрессии сегмента S-T и в меньшей мере по уменьшению ИЗТ можно предполагать ишемические изменения при ХМ.

Вербовская Н.В., Гринштейн Ю.И.
ПРОБА С НИФЕДИПИНОМ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; Краевая клиническая больница, г. Красноярск

Цель работы. Изучить состояние функционального сосудистого резерва стенозированной участка аорты у пациентов с коарктацией аорты (КА) для уточнения тактики лечения данной категории больных.

Материал и методы. Проведено обследование 20 пациентов с КА в возрасте 13,5±1,3 лет. Группа контроля состояла из 10 пациентов без патологии сердца и сосудов в возрасте 15,6±0,7 лет. Проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) по стандартной методике с измерением градиента систолического давления (ГСД) в месте стеноза с помощью непрерывно-волновой доплерографии (НВДГ). Пациентам проводилась нагрузочная фармакологическая проба с нифедипином (НФ) в расчете дозы 0,5 мг/кг. Методика пробы с НФ: сначала с помощью НВДГ измерялся ГСД в месте КА, затем пациент сублингвально принимал 5-10 мг НФ и через 20 минут после приема НФ с помощью НВДГ повторно измеряли ГСД в месте КА. Оценивалась динамика ГСД.

Результаты. В группе контроля получена однонаправленная незначительная реакция в виде минимальной дилатации аорты. До пробы с НФ средний уровень ГСД составлял 10,2±0,9 и после – 10,5±0,9 мм рт.ст. (p>0,05). У пациентов с КА в зависимости от степени выраженности на прием НФ получена у 5 (25%) больных выраженная дилатация, у которых до пробы с НФ ГСД был равен 53,8±6,82 и после приема НФ имелось достоверное снижение градиента систолического давления – 41,42±5,86 мм рт. ст. (p<0,01). У 10 (50%) пациентов выявлена умеренная дилатация – ГСД до приема с НФ был равен 33,18±3,13 и после – 26,12±3,2 мм рт.ст. (p<0,04). И у 5 (25%) пациентов практически отсутствовала реакция на НФ – ГСД до приема НФ составлял 38,0±8,98 и после – 37,6±8,75 мм рт.ст. (p>0,05).

Заключение. Выраженную и умеренную степень дилатации стенозированного участка аорты на прием НФ можно расценивать, как хороший сосудистый резерв и таким пациентам рекомендовать эндоваскулярные методы лечения КА – транслюминальную баллонную ангиопластику. Отсутствие реакции на нифедипин свидетельствует о недостаточном сосудистом резерве коарктанного участка аорты и данной категории больных целесообразно рекомендовать пря-

мые хирургические вмешательства – резекцию коарктации аорты с наложением анастомоза конец в конец или шунтов.

По данному способу получено положительное решение о выдаче патента РФ №2007125282/14 от 05.05.2008 г.

Виноградова О.А., Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В., Шангина А.М. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

ГОУ ВПО Читинская Государственная медицинская академия

Цель: комплексная оценка частоты факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с ожирением.

Методы исследования. Проведено выборочное исследование распространенности факторов риска ССЗ у пациентов с ожирением: курения, артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, избыточной массы тела, нарушений углеводного и пуринового обменов. Обследовано 80 мужчин с достоверным диагнозом ожирения, средний возраст которых составил $33,2 \pm 2,1$ года. Клиническое обследование включало: клинический осмотр, измерение артериального давления по методу Короткова, расчет индекса массы тела (ИМТ) в $\text{кг}/\text{м}^2$. Всем больным лабораторно определяли уровень мочевой кислоты сыворотки крови, глюкозу сыворотки венозной крови натощак, оральную глюкозо-толерантный тест (ОГТТ), липидный спектр по общепринятым методам. Ожирение диагностировали по $\text{ИМТ} > 30 \text{ кг}/\text{м}^2$. АГ согласно современным рекомендациям. Эхокардиографическое исследование проводили по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате Logic 400.

Результаты. У больных ожирением наиболее часто встречается ожирение первой степени – 61 человек (76,25%), второй степени – 17 человек (21,25%), третьей степени – 2 человека (2,5%) ($p < 0,05$). АГ сопровождает ожирение в 81% случаев, причем АГ первой степени выявлена у 63% пациентов, АГ второй степени – 16%, третьей – 2% ($p < 0,05$). Средняя продолжительность АГ составила $5,2 \pm 3,3$ года. Нарушение гликемии натощак выявлено в 20% случаев ($6,5 \pm 0,4$ ммоль/л), патологический ОГТТ – в 10% случаев. Дислипидемия – в 79% случаев (индекс атерогенности – 4,9 ЕД, гипертриглицеридемия – $2,27 \pm 0,6$ ммоль/л, снижение уровня липопротеидов высокой плотности – $0,83 \pm 0,6$ ммоль/л). Гиперурикемия сопровождает ожирение у 62% больных ($0,482 \pm 0,05$ ммоль/л). При проведении эхокардиографического исследования гипертрофия левого желудочка выявлена у трети пациентов, у 15% имела место диастолическая дисфункция ($p < 0,05$). Каждый шестой пациент является курильщиком.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о широком распространении основных факторов сердечно-сосудистого риска у больных ожирением. Таким образом, пациентам с ожирением нуждаются в тщательном изучении показателей липидного, углеводного, пуринового обменов, выявлении артериальной гипертензии с целью осуществления методов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Власенко А.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ

ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, г. Иркутск

Неуклонный рост и омоложение артериальной гипертензии (АГ) среди населения Российской Федерации, требует поиска новых подходов к решению этой медицинской проблемы. У детей и подростков на раннем этапе заболевания ведущим механизмом в формировании АГ являются функциональный дисбаланс в вегетативной нервной системе и эмоциональная напряженность. В комплексной коррекции на этом этапе лидирующую позицию занимает немедикаментозная реабилитация, в состав которой входят методы физиотерапии. В детской практике особенно важно учитывать не только патогенетический подход, но и безопасность воздействия. Наиболее оптимальным физическим фактором для реабилитации детей и подростков с АГ по нашему мнению является нормобарическая гипокситерапия (НГ) или «Горный воздух». На базе Клиники ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН было проведено проспективное когортное исследование 91 пациентов с АГ (ЭАГ 1 степени, 1 стадии, средней группы риска) в возрасте с 12-18 лет, получавших наряду с лекарственной терапией курс НГ по модифицированной нами методике (неинвазивным методом с инфрааудионого согласия в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации 2000 г.). В качестве критериев эффективности были выбраны показатели артериального давления (АД) по данным суточного мониторирования АД (СМАД) и уровень тревож-

ности по итогам психологического исследования по Дж. Тейлору. Полученные результаты сравнивались с контрольной группой, сопоставимой по полу и возрасту. Для анализа групп нами использовался дискриминантный анализ. Определялись: информативность симптомов, коэффициенты линейных классификационных функций (ЛКФ), вклад ЛДФ в дисперсию симптомов, коэффициенты канонических ЛДФ, координаты центроидов обследованных групп до и после лечения, на основании этого был построен график положения объектов. В группе детей, получавших НГ было получено достоверное снижение ($p < 0,05$) средних дневных показателей САД/ДАД с $127,7 \pm 1,3 / 79,3 \pm 1,3$ до $117,2 \pm 1,2 / 74,2 \pm 0,8$ мм рт. ст. и средних ночных показателей САД/ДАД с $120,7 \pm 0,9 / 77,9 \pm 0,5$ до $106,2 \pm 0,6 / 63,6 \pm 0,5$ мм рт. ст. В контрольной группе достоверных отличий получено не было. При исследовании эмоциональной сферы отмечалось также достоверное понижение уровня тревожности с $23,8 \pm 1,1$ до $16,9 \pm 1,1$ баллов в группе детей, получавших НГ. В контрольной группе достоверных отличий получено не было. Таким образом, включение НГ в комплексную реабилитацию детей и подростков с АГ приводит к достоверной стабилизации показателей уровня АД и нормализации эмоционального статуса.

Волкова Т.Г., Попонина Т.М., Комарова М.Г., Попонина Ю.С., Волков Р.В.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск;

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: изучить состояние функции эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ) населения Томской области.

Методы. Нами оценивалась функция эндотелия у 40 больных АГ с использованием пробы, предложенной D. Celermajer (1997), которую проводили исходно при рандомизации пациентов и через 1 год и оценивали динамику показателей. Больные были разделены на 2 группы: I группа ($n=20$), помимо гипотензивной терапии, получала статины, II группа ($n=20$) – не получала статины.

Результаты. При проведении пробы с реактивной гиперемией исходно максимальная потокзависимая вазодилатация составила 7,9%, у пяти пациентов наблюдалась вазоконстрикция, в среднем вазодилатация составила лишь $5,76 \pm 1,34\%$ (при норме не менее 10%). Через 1 год у пациентов I группы с ранее определяемой патологической вазоконстрикцией на пике пробы наблюдалась вазодилатация (до 7,34%). В среднем процент изменения диаметра плечевой артерии по отношению к исходному составил $8,98 \pm 0,47\%$, что было статистически значимо выше по сравнению с данным показателем при поступлении. В начале периода наблюдения было выявлено снижение уровня дилатации на пике пробы по сравнению с нормальным значением (15%), в среднем нитроглицерининдуцированная вазодилатация составила $11,65 \pm 1,36\%$. Через 1 год терапии статином выявлено статистически значимое увеличение степени вазодилатации до $15,3 \pm 0,76\%$. Во II группе пациентов статистически значимых изменений диаметра плечевой артерии через 1 год лечения не выявлено.

Выводы. Таким образом, назначение статинов больным с АГ улучшает функцию эндотелия сосудов: приводит к статистически значимому увеличению эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации плечевой артерии.

Вострикова Н.В.* , Фёдоров Д.В.* , Мамаев А.Н. , Климова Е.Е.* , Бишевский К.М.***

ЧАСТОТА ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ СРБ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

* ГУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет;

** Алтайский филиал ГУ ГНЦ РАМН, г. Барнаул

Артериальная гипертензия является ведущим фактором риска атеросклероза и его осложнений, приводящих к инвалидизации и гибели больных в трудоспособном возрасте. Прогрессирование атеросклероза, наблюдаемое при артериальной гипертензии, в настоящее время связывается с дисфункцией эндотелия, приводящей к выбросу цитокинов, которые впоследствии активируют продукцию печеночных белков острой фазы воспаления. Ранее было установлено, что одним из важнейших белков острой фазы воспаления, патогенетически связанным с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, яв-

ляется С-реактивный белок (СРБ). При этом большое значение уделяется концентрации этого белка в плазме.

Цель исследования. Целью нашего исследования было оценить частоту повышения уровня СРБ в период нестабильности артериального давления у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Для осуществления указанной цели нами было обследовано 54 больных (12 мужчин и 42 женщины) при ухудшении течения артериальной гипертензии в возрасте от 34 до 76 лет. Эту группу составили больные с осложнениями артериальной гипертензии (ОНМК, ОИМ) в анамнезе и без осложнений, больные с 3 и 4 степенью риска развития осложнений, а также с признаками системного атеросклероза. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. У всех больных и в группе контроля уровень СРБ определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. В контрольной группе уровень СРБ был равен $1,74 \pm 0,11$ мг/л ($n=30$). Из числа обследованных больных артериальной гипертензией уровень СРБ составил $8,7 \pm 0,9$ мг/л ($p < 0,001$). Низкие значения концентрации СРБ (до 1 мг/л) наблюдались лишь у 4 пациентов (7,4%), уровень СРБ от 1,0 до 3,0 мг/л – у 11 больных (20,4%) и высокие значения концентрации СРБ (более 3,0 мг/л) были выявлены у 39 больных (72,2%).

Выводы. Таким образом, в данной работе показано, что у больных артериальной гипертензией часто обнаруживаются высокие значения концентрации СРБ, что объясняет ассоциацию между уровнем СРБ и риском развития сердечно-сосудистой патологии.

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

ДИНАМИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»;

Лаборатория ЭИП ССЗ, г. Тюмень

Целью данного исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии (АГ) и ее основных факторов риска, 15-летняя динамика в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Проведено два одномоментных эпидемиологических исследования популяции школьников Ленинского округа г. Тюмени, выбранных по методу случайной выборки с периодом 15 лет. Первым кардиологическим скринингом было охвачено 3704 школьника 7-15 лет, с откликом 93% (в 1986-87 гг.), вторым – 2640 школьников (1308 мальчиков и 1332 девочки) 7-17 лет с откликом 87,7% (в 2004-2005 гг.). Обследование проводилось с применением аналогичных стандартизованных методов и соблюдением сезонности года. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

В динамике более низкие средние значения САД выявлены в популяции мальчиков и девочек второго скрининга во всех возрастах, кроме 15 лет, по сравнению с первым, ($p < 0,05$). Средние значения уровней ДАД были выше у мальчиков и девочек второго скрининга в возрастных группах 11-15 лет ($p < 0,05$), в группах 7-10 лет различия были статистически не достоверными.

Распространенность АГ в популяции современных школьников 7-15 лет составила 10,6%, среди школьников 1 скрининга – 11,9%.

При динамичном сравнении антропометрических данных наблюдалась тенденция к более низким показателям длины тела у мальчиков и девочек 2-го скрининга в возрасте 7, 9, 12, 14 лет, с достоверной разницей в 7 и 14 лет ($p < 0,05$). Средние показатели массы тела современных мальчиков были достоверно выше в возрастных группах 8, 9, 15 лет ($p < 0,001$), в остальных возрастных группах отмечена тенденция к более низким средним значениям, чем у мальчиков 1-го скрининга, с достоверной разницей в 14 лет ($p < 0,05$). У современных девочек средние значения массы тела были ниже, чем у девочек 1-го скрининга, почти во всех возрастных группах с достоверным различием в 7, 8, 14 лет ($p < 0,05$).

Наблюдалась тенденция к более высокой распространенности избыточной массы тела (ИМТ) среди современных школьников – 9,2% (1 скрининг – 8,5%), ($p > 0,05$), обусловленная увеличением лиц с ИМТ в популяции мальчиков.

При анализе выявлена прямая сильная корреляционная связь уровней систолического и диастолического АД с массой тела и ИК ($p < 0,05$).

Таким образом, отмечена положительная динамика распространенности АГ в популяции современных школьников 7-15 лет; отмечена тенденция к более низким средним значениям длины тела у мальчиков и девочек, массы тела у девочек 2-го скрининга, тенденция к увеличению распространенности ИМТ у школьников второго скрининга.

Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И.

ОБЩАЯ, ГОСПИТАЛЬНАЯ И ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ДИНАМИКА ЗА 1984-2006 ГГ.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: определить показатели и проследить тенденции в уровне общей (ОЛ), госпитальной (ГЛ) и догоспитальной (ДЛ) летальности больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в городе Томске за период с 1984 по 2006 гг.

Материал и методы. В основу исследования положены данные эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» действующей в городе с 1984 года. Эпидемиология ОИМ изучается среди постоянного населения в возрасте старше 20 лет. За анализируемый период зарегистрировано 21514 случаев ОИМ. В остром периоде погибло 8114 (37,7%) больных, в т.ч. на догоспитальном этапе – 5410 (66,7%) и в стационарах – 2704 (33,3%) человека.

Результаты. Уровень ОЛ за 23 года увеличился как в целом (35,5 – 41,7%, $p < 0,05$), так среди мужчин (35,3 – 41,0%, $p < 0,05$) и среди женщин (35,8 – 42,6%, $p < 0,05$). Соответствующий рост прослежен практически во всех возрастно-половых группах. Уровень ГЛ не изменился (14,1 – 12,1%). Среди мужчин 11,3 – 8,6%, среди женщин 18,4 – 19,1%. В течение всего срока исследования стационарная летальность была статистически достоверно выше среди женщин и среди больных старше 60 лет. С первого года исследования показатель ГЛ имел стойкую тенденцию к снижению, которая прослеживалась до 1994 года (7,5%, $P < 0,05$), однако затем ГЛ постоянно возрастала, почти достигнув исходного уровня. Это связано с ее ростом среди больных старше 60 лет в целом (1994 г. – 11,5%, 2006 г. – 22,4%, $P < 0,05$). Показатель ДЛ за 23 года увеличился с 21,4% до 29,0%, $p < 0,05$ (среди мужчин с 24 до 31,7%, $p < 0,05$, среди женщин с 17,4 до 23,4%, $p < 0,05$). Рост ДЛ произошел преимущественно за счет молодых возрастных групп. В течение всего срока исследования ДЛ была достоверно выше у мужчин и среди больных моложе 60 лет. За анализируемый период среди погибших на догоспитальном этапе стало больше больных умерших от «определенного» ОИМ (с 17,1 до 30,8%, $P < 0,05$), в том числе от разрыва миокарда (с 3,3 до 13,7%, $P < 0,05$). Увеличилось, с 9,6 до 32,3% ($P < 0,001$), число умерших, для которых эпизод ОИМ, закончившийся смертью, был повторным (т.е. развился в течение первых 12 месяцев после предыдущего).

Выводы. Таким образом, показатели ОЛ больных ОИМ в Томске за 23 года статистически достоверно выросли, за счет ДЛ. Увеличение уровня ГЛ за последние годы наблюдения связан с преобладанием в возрастной структуре больных лиц старше 60 лет. Стабильно высокий показатель ДЛ и выявленные, в ходе исследования, данные указывают на необходимость скорейшего восстановления в полном объеме диспансеризации лиц с сердечно-сосудистой патологией и улучшения амбулаторной реабилитации лиц перенесших ОИМ.

Гарганеева Н.П.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС И КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЕДИНСТВА

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск;
Кафедра поликлинической терапии, г. Томск, Россия

Комитет экспертов ВНОК в Российских рекомендациях (2004) обращает внимание на важность изучения психосоциального стресса как одного из факторов риска (ФР) развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений. В структуре существующей концепции психосоциальные, психоэмоциональные стрессорные факторы, и связанные с ними психопатологические расстройства невротического и аффективного уровня, оказывающие воздействие на сердечно-сосудистую систему, пока занимают скромное место. Тем не менее, результаты клинико-эпидемиологических исследований убедительно свидетельствуют о высоком риске фатальных и нефатальных кардиоваскулярных осложнений в условиях острого или хронического психосоциального стресса. В связи с высокой распространенностью в популяции расстройств тревожного и депрессивного спектра проблемы психического здоровья общества неразрывно связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель: изучить взаимосвязь соматических, психических и психосоциальных ФР и определить участие психосоциального стресса в развитии и прогрессировании кардиоваскулярных заболеваний, обуславливая приоритетность стратегии современного многофакторного превентивного направления.

Материал и методы. Обследовано 832 пациента (средний возраст $53,2 \pm 7,0$ года) отделения пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН с диагнозом гипертонической болезни (ГБ) I-III стадии и ИБС. Методом системного анализа изучена взаимосвязь соматических, психических и психосоциальных ФР.

Результаты. Наиболее тесная связь между психосоциальным стрессом и развитием ИБС отмечена у мужчин с впервые диагностированной прогрессирующей стенокардией. Это были случаи развития острого коронарного синдрома (нестабильная стенокардия, нефатальный инфаркт миокарда) у больных с депрессивным эпизодом, перенесших массивные психотравмирующие события, в среднем за 4 месяца предшествующие диагностике ИБС. Выявлена взаимосвязь между возрастом начала расстройств тревожного и депрессивного спектра, функциональным классом стенокардии ($p=0,0001$) и полом пациентов ($p=0,0007$). Установлено, что невротические расстройства, обусловленные психосоциальным стрессом, предшествовали развитию начальной стадии ГБ. При ГБ II-III стадии психострессоры, и связанные с ними аффективные и невротические расстройства, способствовали ее прогрессированию. ФР производственного плана, переживания утраты близкого, медицинские проблемы были более значимые для мужчин ($p=0,0001$). Жизненные события, семейно-бытовые и негативные межличностные отношения более актуальны для женщин ($p=0,0001$).

Выводы. Психосоциальный стресс, наряду с другими известными ФР, следует рассматривать в качестве критерия суммарной оценки стратификации кардиоваскулярного риска. Это создает условия для поиска перспективных мер интегративной многофакторной профилактики, разработки программ реабилитации при едином психосоматическом подходе к тактике введения больных.

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Сантрапинский Д.К.
НАРУШЕНИЯ СНА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА
МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ
(ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ
ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA»)

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Новосибирск

Цель исследования. Изучение влияния нарушения сна на риск возникновения инфаркта миокарда в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материал и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994 г. было проведено скрининговое исследование мужского населения в возрасте 25-64 лет. жителей одного из районов г. Новосибирска. Когорта отслеживалась в течение 8 лет (1994-2004 гг.) для определения конечных точек (инфаркт миокарда). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-10». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты. Только 1/3 мужчин в возрасте 25-64 лет с вновь возникшим ИМ, расценивали свой сон как «хороший», а 2/3 имели нарушения сна. Относительный риск развития инфаркта миокарда у мужчин в возрасте 25-44 лет в течение 10-летнего периода был в 9,25 раза выше с оценкой сна «плохо», чем «хорошо», т.е. в этой возрастной группе нарушения сна являются одним из важнейших факторов, приводящим к возникновению ИМ; в возрасте 45-64 лет эти различия не значимы. Риск возникновения инфаркта миокарда у лиц с нарушениями оказался выше у мужчин вдовцов, разведенных, у лиц с низким уровнем социальной поддержки, с начальным уровнем образования, относящихся к группе рабочих профессий и к пенсионерам.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение сна, прежде всего, проблема социальная и вносит весомый вклад в риск возникновения инфаркта миокарда у мужчин, причём молодой возрастной группы.

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Сантрапинский Д.К.
СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ
МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 10-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА
(ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ
ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA»)

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Новосибирск

Цель исследования. Изучение влияния уровня социальной поддержки на риск возникновения артериальной гипертензии в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материал и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – пси-

хосоциальная» в 1994 г. обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. В течение 10-летнего периода (1995-2004 гг.) в когорте были изучены все случаи возникновения артериальной гипертензии. Уровень социальной поддержки определялся с помощью теста Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-11,5». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения инфаркта миокарда.

Результаты. Распределение по индексу ICC, мужчин с впервые возникшей АГ: 63,9% – низкий индекс ICC; 25,4% – средний ICC; 10,7% – высокий ICC ($\chi^2=1,739$, $v=3$, $p=0,678$). Распределение по индексу SNI, мужчин с впервые выявленной АГ: 43,0% – низкий SNI; 36,5% – средний-1 индекс SNI, 16,5% – средний-2 индекс SNI; 4,0% – высокий индекс SNI ($\chi^2=8,863$, $v=4$, $p=0,065$). В течение первых 5 лет наблюдения относительный риск развития АГ в 2 раза у мужчин с низким индексом близких контактов, по сравнению с мужчинами с высоким и средним индексами близких контактов ($p<0,05$). В течение 10 лет наблюдается тенденция увеличения относительного риска развития АГ в 1,28 раз у мужчин с низким показателем индекса ICC. В течение первых 5 лет относительный риск развития АГ был выше в 3 раза среди мужчин с низким индексом SNI ($p<0,05$). Через 10 лет наблюдалась тенденция увеличения относительного риска в 1,43 раза у мужчин с низким показателем индекса SNI. Увеличение относительного риска АГ наблюдалось у мужчин разведенных, овдовевших, а так же среди лиц с низким профессиональным и образовательным уровнем.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск возникновения артериальной гипертензии связан с низким уровнем социальной поддержки.

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Сантрапинский Д.К.
РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА И СОЦИАЛЬНАЯ
ПОДДЕРЖКА (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA»)

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Новосибирск

Цель исследования. Изучение влияния психосоциальных факторов на риск возникновения инсульта в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материал и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994 г. обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. В течение 10-летнего периода (1995-2004 гг.) в когорте были изучены все случаи возникновения инсульта. Уровень социальной поддержки определялся с помощью теста Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-11,5». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения инсульта.

Результаты. В группе мужчин с впервые возникшим инсультом распространённость лиц ICC с низким составила 68,1%, со средним индексом – 21,3%, с высоким индексом – 10,6% ($\chi^2=3,149$, $v=2$, $p=0,207$). У большинства мужчин с инсультом был низкий индекс SNI – 55,3% ($p<0,05$), средний-1 индекс – у 21,3%, средний-2 – у 14,9% и высокий индекс у 8,5% ($\chi^2=11,619$, $v=3$, $p=0,009$). В течение 5-летнего периода относительный риск инсульта у мужчин с низким ICC был в 3,9 раза выше по сравнению с мужчинами с средним или высоким показателем индекса ICC ($p<0,001$). В течение 10-летнего периода относительный риск развития инсульта у мужчин с низким показателем индекса ICC был в 2,5 раза выше ($p<0,05$). В течение 5-летнего периода относительный риск возникновения инсульта был в 4,2 раза выше среди мужчин с низким индексом SNI, по сравнению с мужчинами с высоким и средним-1 и средним-2 индексами SNI ($p<0,0001$). В течение 10-летнего периода риск возникновения инсульта был в 3,4 раза выше среди мужчин с низким индексом SNI, по сравнению с мужчинами со средним-1 и средним-2 или высоким показателями индекса SNI ($p<0,01$). Протективными факторами в отношении риска развития инсульта явились высокий образовательный, профессиональный уровни, семейный статус – «женат» и высокий уровень социальной поддержки.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск возникновения инсульта связан с недостаточным уровнем социальной поддержки.

Герасименко Д.С.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИИ КРОВИ, ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА, ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ИШЕМИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЗГА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Изучение особенностей реологии крови, липидного спектра и оксидантного статуса у пациентов с сочетанием острого коронарного синдрома (ОКС) и острого ишемического повреждения мозга (ИПМ) проводилось с целью выявления патогенетически значимых изменений и разработки подходов в терапии по их коррекции.

Материал и методы. Исследовались реологические свойства крови, состояние про- и антиоксидантных систем организма, липидный спектр у больных с ОКС, осложненным острым ИПМ. В качестве группы сравнения выступали пациенты с изолированным острым ИПМ.

Исследование конечных продуктов свободнорадикального окисления (СРО) выполнялось по тесту с тиобарбитуровой кислотой, проводилось количественное определение компонентов липидного спектра с помощью биохимического анализатора «Kopelab». Оценка показателей проводилась в момент поступления пациента и через 7 суток. В процессе терапии пациентов с сочетанием ОКС и острого ИПМ помимо стандартного подхода в лечении ишемического инсульта применялась антикоагулянтная (низкомолекулярные гепарины в средних терапевтических дозировках), антиангинальная и обезболивающая терапия.

Результаты и обсуждение. Исходные показатели гидродинамической вязкости крови не отличались у пациентов обеих групп ($4,15 \pm 0,13$ и $3,64 \pm 0,22$ мПа*с, $p > 0,05$). Спустя 7 суток произошло достоверное снижение вязкости крови у пациентов с острой кардиоцеребральной патологией в сравнении группой больных с острым ИПМ где зафиксировано увеличение вязкости крови ($3,65 \pm 0,15$ и $4,2 \pm 0,06$ мПа*с, $p < 0,01$).

Концентрация малонового диальдегида в сыворотке крови больных с острой кардиоцеребральной патологией достоверно снизилась к 7 суткам пребывания в стационаре, а в группе сравнения имела место тенденция к увеличению его уровня. Достоверные отличия в уровнях фракций липопротеинов между основной группой и группой сравнения отсутствовали. Исходный уровень супероксиддисмутазы не отличался в изучаемых группах. Спустя семь суток в группе больных с острой кардиоцеребральной патологией уровень супероксиддисмутазы не изменялся, в то время как в группе сравнения больных с ИПМ он снизился ($4,9 \pm 0,4$ и $3,7 \pm 0,2$ ед/мг Нв, $p < 0,01$). Полученные результаты позволяют предположить, что система перекисного окисления липидов и антиоксидантная система функционируют более устойчиво у пациентов с сочетанием ОКС и острого ИПМ.

Годик С.Д., Зюбина Л.Ю., Шпагина Л.А., Андреев В.М., Зуева М.А. АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Новосибирский государственный медицинский университет; МУЗ ГКБ 2, г. Новосибирск

Актуальность исследования: высокая распространённость сердечно-сосудистой патологии, преимущественно ишемической болезни сердца (ИБС), нередкое сочетание ИБС и других заболеваний сердечно-сосудистой системы с анемическим синдромом, во многом усугубляющим течение обоих патологических процессов по принципу взаимного отягощения.

Цель исследования: изучить частоту, механизм развития анемического синдрома у лиц с ИБС и возможные пути профилактики прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 236 человек с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Среди обследованных мужчины составили 38,4%, женщины – 61,6%, из них с ИБС – 11 человек (4,6%), с артериальной гипертензией (АГ) – 58 человек (24%) и АГ + ИБС – 167 человек (70,8%). Средний возраст больных 78 ± 8 лет.

Общеклинические методы применялись для верификации основного диагноза и выявления анемического синдрома; определение показателей обмена железа; определение уровня витаминов В12 и В9, содержания эритропоэтина; изучения миелограммы.

Результаты. Среди обследованных больных анемический синдром выявлен у 49 человек (20,8%). У пациентов с ИБС в сочетании с АГ малокровие диагностировано в 12% случаев. Гендерного различия частоты анемического синдрома не определялось: женщины – 20%,

мужчины 19% случаев. Частота анемического синдрома находилась в прямой зависимости от тяжести ИБС в сочетании с АГ и от выраженности ХСИ. Обследованы: 10 человек с ИБС, стенокардией напряжения, ФК I, анемический синдром выявлен у 1 человека (0,5%), 54 человека с ИБС, стенокардией напряжения, ФК II, анемия обнаружена у 4 человек (2,2%); 80 человек с ИБС, стенокардией напряжения, ФК III–IV, анемический синдром диагностирован у 21 человека (11,7%); 15 человек с ИБС, нестабильной стенокардией, анемия выявлена у 5 человек (2,8%); 19 человек с ИБС, аритмическим вариантом, анемия обнаружена у 8 человек (4,5%). При ХСН ФК I (НИХА) анемический синдром был зарегистрирован у 15% больных, при ФК II – у 21% больных, а при ФК III–IV – у 29% больных. Средний уровень Hg у всех пациентов составил – 108,6% (от 70 до 115%); уровень эритроцитов $3,2 \times 10^{12}/л$ (от 3,0 до $3,6 \times 10^{12}/л$) с нормохромным значением цветового показателя. В целом анемия носила гипорегенераторный характер с уровнем ретикулоцитов – 2,7%. Анемия средней и тяжелой степени тяжести отмечена у 11,6% пациентов. Среднее содержание железа в сыворотке крови составило 12 мкмоль/л. Общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) – 54,7 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина – 24,7%, что свидетельствовало об отсутствии преобладания железодефицита в этой группе больных. Уровень витамина В12 был также в пределах нормативных значений и составил 150 пк/мл. У 6,1% больных отмечено снижение уровня витамина В12 до 115 пк/мл. Миелограммы указывали на сохраненный, нормобластический тип кроветворения у 75% больных с анемией и с некоторой редуцией эритроидного роста у 9%.

Выводы. Анемический синдром находится в прямой зависимости от тяжести ИБС (при ИБС, стенокардией напряжения, ФК III–IV анемия встречается гораздо чаще). Уточнен характер анемического синдрома при ИБС с АГ у лиц пожилого и старческого возраста, определяющий терапевтическую тактику для первичной и вторичной реабилитации больных этой патологией.

Гринштейн Ю.И., Попельшева А.Э., Барбараш О.Л., Яхонтов Д.А., Осетрова Н.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; ГОУ ВПО Государственная медицинская академия Росздрава, г. Кемерово; ГОУ ВПО Государственный медицинский университет Росздрава, г. Новосибирск

Цель работы явилось сравнительное изучение эффективности эналаприла и периндоприла у больных с артериальной гипертензией (АГ) и систолической дисфункцией миокарда.

Материалы и методы. В проспективном открытом рандомизированном сравнительном контролируемом исследовании находились 40 пациентов (23 мужчины и 17 женщин) с АГ и систолической дисфункцией (фракция выброса – $FB \leq 45\%$ по Симпсону). После рандомизации 1-ю группу ($n=20$) составили пациенты на терапии периндоприлом, 2-ю ($n=20$) эналаприлом. Периндоприл (престаринум, Сервье) назначался в дозе 8 мг/сут. однократно, эналаприл (энам, Доктор Редди'с) – 20 мг/сут (двукратно), оба препарата в сочетании с гипотиазидом 25 мг/сут. Длительность лечения составила 24 недели. Целевым АД считали средние показатели по СМАД менее 130/80 мм. рт. ст. Проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате Мн-СДП-2 (Vplab), фирмы ООО «Петр Телегин» (Россия). Результаты считались достоверными, если при автоматической обработке было исключено не более 20% измерений. В суточном профиле АД определяли средние значения систолического и диастолического АД (сАД, дАД-день, ночь, сутки), оценивали индекс времени гипертензии (ИВ- день, ночь), суточный индекс АД (СИ АД) и нагрузку 6-ти минутной ходьбой. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ Statistica 6.0 фирмы StatSoft Inc. (США). Для сравнения попарно связанных выборок применялся Т-критерий Уилкоксона. Различия считались достоверными при значении $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе данных «нагрузка давлением» по ИВ до лечения превышала 50% показатели по сАД и дАД в обеих группах. СИ АД до лечения составил более 4%, но менее 8% (нондипперы). При анализе СМАД в обеих группах на фоне лечения установлено достоверное снижение дневного и ночного АД до целевых цифр, нормализация ИВ и улучшение значений СИ (нондипперы). Уста-

новлена положительная динамика показателей 6-ти минутной ходьбы в обеих группах ($p < 0,06/p < 0,92$) и улучшение ФВ в группе эналаприла.

Выводы. В течение 24 недель терапии больных с АГ и хронической сердечной недостаточностью периндоприлом и эналаприлом в сочетании с гипотензивным достигнут достоверный равный гипотензивный эффект. По результатам СМАД на терапии эналаприлом отмечено более выраженное снижение нагрузки давлением и улучшение циркадного ритма АД. Отмечается достоверная динамика повышения ФВ на эналаприле и периндоприле.

Гринштейн И.Ю., Савченко Е.А., Филоненко И.В., Савченко А.А., Гринштейн Ю.И.

ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ И КЛОПИДОГРЕЛЯ НА АГРЕГАЦИЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

ГОУ ВПО Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; Краевая клиническая больница; Сибирский федеральный университет, г. Красноярск

Цель: определить влияние ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля на агрегацию и метаболическую активность тромбоцитов у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Методы. 77 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 74 лет с КБС и хронической сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA, после аорто-коронарного шунтирования (АКШ) и рандомизации в течение двух недель находились на терапии ацетилсалициловой кислотой в дозе 75-100 мг/сутки или клопидогрелем в дозе 75 мг/сутки. В исследование включались пациенты только с исходно повышенной агрегацией тромбоцитов на аденозиндифосфат (АДФ). После отмывочного периода 29 из них получали ацетилсалициловую кислоту в энтеральной оболочке по 100мг/сутки, 23 – ацетилсалициловую кислоту 75 мг в сочетании с магнием гидроксидом 15,2 мг по 1 табл/сутки и 25 – клопидогрел (зилт, KRKA) по 75 мг/сутки. До АКШ, а также спустя две недели после АКШ определяли показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза с оптической агрегатометрией.

Результаты. Через две недели терапии клопидогрелем у всех пациентов агрегация тромбоцитов с АДФ достоверно понизилась и достигла оптимального уровня. У 20,6% пациентов получающих ацетилсалициловую кислоту в энтеральной оболочке и у 21,7% пациентов получающих ацетилсалициловую кислоту в сочетании с магнием гидроксидом агрегация тромбоцитов с АДФ оставалась повышенной и не достигла оптимального уровня. Для пациентов, не отвечающих на терапию аспирином характерно понижение активности НАД-глутаматдегидрогеназы на лечении ацетилсалициловой кислотой в сочетании с магнием гидроксидом и НАДФ-изоцитратдегидрогеназы на лечении ацетилсалициловой кислотой в энтеральной оболочке ($P < 0,05$). При сравнении активности дегидрогеназ тромбоцитов у пациентов чувствительных к разным формам аспирина достоверных различий не установлено.

Выводы. Лабораторная резистентность к аспирину у пациентов получающих разные формы препарата составляет от 20,6 до 21,7%. При двухнедельной терапии клопидогрелем у всех пациентов достигалось оптимальное понижение агрегации тромбоцитов. У резистентных к аспирину пациентов понижена активность НАД-глутаматдегидрогеназы и НАДФ-изоцитратдегидрогеназы.

Губич С.Г., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ ОТ ВИДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ГОУ ВПО Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Цель. Оценивалась частота коронарных событий в зависимости от вида реваскуляризации коронарных артерий и факторов риска у больных перенесших острый инфаркт миокарда.

Материал и методы. В исследование включены 141 пациент, мужского пола, возраст 54,2±2,7 года, перенесшие острый инфаркт миокарда с различными видами реваскуляризации, прошедшие курс физической реабилитации в кардиологическом санатории «Енисей»

с последующим продолжением тренировок в домашних условиях в течение 12 месяцев. Группу с ЧТКА (n=48) составили пациенты с ОИМ и реваскуляризацией коронарных артерий (ЧТКА, стентирование), группу с ТЛ (n=44) составили пациенты с ОИМ и медикаментозной реваскуляризацией (стрептокиназа, актилизе), группу сравнения (n=50) составили пациенты с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий. Оценивалась частота коронарных событий в течение 12 месяцев наблюдения. Проводилось клиническое обследование, ЭКГ, ВЭМ проба с определением величины пороговой мощности (Ватт).

Результаты исследования. При оценке таких факторов риска как курение, артериальная гипертония, повышенный уровень холестерина, ожирение достоверных отличий в группах отмечено не было. При анализе конечных точек исследования установлено, что достоверно большее количество пациентов с повторным инфарктом миокарда отмечено в группе с ТЛ и группе сравнения (ГС), что составило 9,1% и 14% в сравнении с 2,1% в группе с ЧТКА ($p < 0,05$). За 12 месяцев отслежено достоверно большее количество госпитализации по поводу нестабильной стенокардии и повторного ОИМ в ГС и в группе с ТЛ по сравнению с группой ЧТКА. За период наблюдения в ГС повторные ОИМ развились в 14,0%, а клиника нестабильной стенокардии – в 24,0% случаев. У каждого третьего больного (30,0%) из этой группы была выполнена ЧТКА индуцированная обострением коронарной болезни сердца. Следует отметить, что процент ЧТКА в группах больных с ТЛ и ГС в течение 12 месяцев оставался высоким и составлял 29,5% и 30,0% соответственно. В то время, как в группе с ЧТКА процент повторных ЧТКА в течение 1 года наблюдения не превышает 10,4% ($p < 0,05$).

Выводы. Постстационарная реабилитация в совокупности с ЧТКА и/или стентированием достоверно улучшала клиническое состояние больных вследствие чего, достигалось уменьшение частоты коронарных событий. В группе с тромболлизом также установлена отчетливая положительная динамика клинического состояния, однако эти показатели достоверно уступала таковым в группе с ЧТКА. У больных группы сравнения, несмотря на активное проведение физической реабилитации в течение 12 месяцев, сохранялась высокая частота повторных коронарных событий.

Давидович И.М., Афонсков О.В., Козыренко А.В., Староверова Ю.К.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА – ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»; Окружной военный клинический госпиталь, г. Хабаровск

Изучили эпидемиологию артериальной гипертонии (АГ) и сопутствующих факторов риска у мужчин молодого и среднего возраста, офицеров Дальневосточного военного округа.

Обследовали репрезентативную выборку мужчин из 1014 мужчин молодого и среднего возраста, военнослужащих сухопутных войск Дальневосточного военного округа, средний возраст 36,0±0,22 года. Все с высшим образованием, 584 (57,6%) командной и 430 (42,4%) штабной специальностью.

Артериальная гипертония (АГ) выявлена у 349 человек (34,4%). Наибольшая распространенность АГ среди военнослужащих была в Амурской области, также на Сахалине и Курилах. Среди всех больных АГ преобладала I степень по уровню САД (246 – 76,9%) и II степень по уровню ДАД (124 – 69,7%). I и II стадии АГ встречались приблизительно одинаково (187 – 53,6% и 178 – 45,3% соответственно), больных с III стадией были единичные случаи, что обусловлено увольнением данных пациентов с воинской службы. 12,2% лиц было с высоким нормальным АД, причем 85% из них в возрасте до 40 лет. Среди больных АГ избыточная масса тела по оценке ИМТ наблюдалась достоверно ($p = 0,0001$) чаще, чем среди здоровых (282 – 82,8% и 335 – 50,5% соответственно). 80,8% больных АГ курили и 41,3% имели повышенный уровень общего холестерина крови. Недостаточная физическая активность было отмечена почти у каждого 4-го пациента с АГ (91 – 26,1%). Необходимо отметить, что среди военнослужащих молодого возраста с высоким нормальным АД избыточную массу тела наблюдали в 65,4% случаев, а курение и гиперхолестеринемия в 74,1 и 82,7% наблюдений соответственно, что позволяет отнести этих людей, согласно современным рекомендациям, в группу с высоким добавочным риском по развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Среди мужчин-военнослужащих ДВО распространенность АГ составляет 34,4%. При этом преобладают лица молодого

возраста с I и II стадией заболевания и множественными факторами риска. Подобная ситуация в определенной мере могла быть обусловлена особенностями воинской службы.

Давидович И. М., Афонасков О. В., Козыренко А. В., Староверова Ю. К.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»;

Окружной военной клинической больницы, г. Хабаровск

Изучали распространенность нормальной, избыточной массы тела и ожирения у больных артериальной гипертензией (АГ) мужчин молодого и среднего возраста, военнослужащих по контракту офицеров и оценили вклад трофического статуса в формирование АГ, сопутствующих ФР и ассоциированных клинических состояний (АКС) у данной категории больных.

Обследовали 349 больных АГ военнослужащих по контракту из 6 регионов Дальневосточного военного округа в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст – $40,2 \pm 0,32$ года.

Избыточная масса тела и ожирение наблюдались у 289 человек (82,8%), что было статистически достоверно чаще, чем у лиц без АГ (336 человек – 50,5%, $p=0,0001$). Средний ИМТ у больных АГ был $29,13 \pm 0,25$ кг/м², в то время как у здоровых людей – $25,46 \pm 0,13$ кг/м² ($p=0,0001$). С увеличением ИМТ наблюдали статистически более высокие значения, как САД, так и ДАД и достоверное возрастание содержания общего холестерина крови. Процент лиц с ГЛЖ увеличивался пропорционально нарастанию ИМТ, от 38,3% у лиц с нормальной массой тела до 74,4% с наличием ожирения ($p=0,04$). Наблюдали отчетливую тенденцию увеличения случаев ИБС среди военнослужащих молодого возраста с АГ по мере нарастания массы тела. Проведенная стратификация риска больных АГ мужчин, военнослужащих по контракту офицеров в зависимости от состояния питательного статуса показала, что с увеличением ИМТ от нормальных значений к ожирению статистически достоверно уменьшался процент больных с АГ и низким добавочным риском и достоверно возрастал процент лиц с высоким добавочным риском (10%, 27% и 52% соответственно, $p=0,001$) в основном за счет уменьшения числа пациентов с низким добавочным риском.

Наличие ожирения явилось одной из причин того, в группе пациентов, где было сочетание АГ и ожирения, СД типа 2 наблюдался в 6 раз чаще, чем в группе без ожирения. Сочетание повышенного АД, гиперлипидемии, ожирения и сахарного диабета, приводило к тому, что у таких пациентов, несмотря на еще достаточно молодой возраст, имелась отчетливая тенденция к возрастанию числа случаев ИБС и ЦВЗ, а также сосудистой патологии другой локализации.

Денисова Е. А., Ефремушкин Г. Г.

РЕАКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», г. Барнаул

Целью нашего исследования было изучить влияние велотренировок в режиме свободного выбора нагрузки (РСВН) на реакцию эндотелия у больных пожилого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. В исследование включено 65 больных в возрасте от 60 до 90 лет (средний возраст $75,7 \pm 8,6$), из них мужчин было 45, женщин 20, которые находились на стационарном лечении в Алтайском краевом госпитале для ветеранов войн. Перенесенный инфаркт миокарда был у 19% больных, гипертоническая болезнь у 15%, сочетание ИБС, гипертонической болезни и ХСН у 66%. Пациенты рандомизированы в группы: основная – 45 больных, которым ежедневно проводились велотренировки в РСВН и медикаментозная терапия; сравнения – 20 больных, получавших медикаментозную терапию. Длительность лечения составила в среднем 21 ± 3 день.

Изучение функции эндотелия проводили измеряя толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ, см), диаметр плечевой артерии (ДПА, см) линейным датчиком на аппарате VIVID-7 (США). Использовали пробу с реактивной гиперемией – 3-минутная окклюзия плечевой артерии (ПА) с наложением манжеты на плечо дистальнее сканируемой артерии – эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД). Проводилась проба с нитроглицерином (500мкг сублингвально) – эндотелий – независимая вазодилатация (ЭНЗВД). Все исследования проводились больным в начале и конце лечения.

Результаты и обсуждение. Исходно ТКИМ в обеих группах была $0,07 \pm 0,001$ см, ДПА – $0,42 \pm 0,01$ см. В основной группе к концу лечения ТКИМ уменьшилась у 20% больных, не изменилась у 80%. ДПА увеличился у 51% больных, уменьшился у 29% и не изменился у 20%. При проведении пробы на ЭЗВД ТКИМ уменьшилась у 4% больных, увеличилась у 40%, не изменилась у 56%. ДПА после пробы увеличился у 87%, уменьшился у 9%, не изменился у 4%. В группе сравнения значимых изменений не произошло. При пробе с нитроглицерином ТКИМ уменьшилась – у 29%, увеличилась у 27%, не изменилась у 40%. ДПА увеличился у 95% больных, уменьшился у 4%, не изменился у 2%. В группе сравнения значимых изменений не произошло.

Таким образом, комплексное лечение с включением велотренировок в РСВН приводит к уменьшению эндотелиальной дисфункции и улучшению реакции эндотелия у 70% больных.

Деревянных Е. В., Поликарпов Л. С., Петрова М. М. ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА, ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УРОВНЯ И СОМАТОТИПА

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Цель исследования: изучить отношение к лечению артериальной гипертензии у медицинских работников с различным соматотипом и образованием.

Материал и методы. Обследовано 1230 человек из них 979 женщин и 251 мужчин в возрасте от 19 лет и старше. Проводились следующие методы исследования: общий клинический осмотр, эпидемиологический, регистрация ЭКГ, измерение АД, анкетирование, антропометрия, психотестирование по анкете СМОЛ, статистическая обработка с использованием непараметрических критериев.

Установлено, что артериальная гипертензия (АГ) как у мужчин так и у женщин встречается часто (32,7%). Осведомленность о своем заболевании составила у мужчин 52,2%, у женщин 69,7%. Принимали гипотензивные препараты в целом 47,2%, из них регулярно 25,7%, нерегулярно 21,5%, отказ от лечения составил 18,3%. Контролирует лечение (АД на фоне регулярного приема гипотензивных препаратов ниже 140/90 мм рт. ст.) 17,6%. При этом мужчины относились к лечению хуже, чем женщины 35,4%, 17,6%, 20,4%, у мужчин и 51,9%, 28,9%, 23,1% у женщин соответственно. В зависимости от образования было отмечено, что наиболее адекватно к медикаментозной терапии относились лица, имеющие высшее образование, как среди мужчин, так и среди женщин. Среди мужчин, страдающих АГ чаще встречался брюшной соматотип, который составил 36,7%, а среди женщин мегалосомный соматотип 47,9%. Принимают гипотензивные препараты обследуемые с АГ брюшного соматотипа 37,3%, из них регулярно лечатся 15,3%, нерегулярно 22,1%, контроль 10,2%, отказ от лечения составил 23,0%. Отношение к лечению лучше наблюдалось у лиц с грудным соматотипом. У женщин среди медицинских работников с мегалосомным соматотипом принимают гипотензивные 52,5%, регулярно 27,8%, контролируют 20,3%, отказ 15,8%. Отношение к лечению было лучше у женщин с мезосомным соматотипом, в сравнении с неопределенным.

В обоих случаях более адекватно к лечению относились женщины с высшим медицинским образованием в сравнении с мужчинами. Наиболее худшее отношение к лечению наблюдалось среди младшего медицинского персонала.

Таким образом, следует отметить, что приверженность к лечению зависит от образования и пола обследуемых, а также наблюдается зависимость от соматотипов, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий.

Долгих В. В., Кулеш Д. В., Лебедева Л. Н. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН, г. Иркутск

В РФ заболевания органов системы кровообращения занимают ведущее место в структуре болезней, определяющих уровень временной и стойкой утраты трудоспособности, смертности населения. Анализ данных статистической отчетности у взрослого населения, детского населения и подростков Иркутской области выявил закономерности, отражающие особенности сердечно-сосудистой патологии у данных контингентов населения за пятнадцать лет (1993-2007 гг.).

В 2004 г. в структуре общей заболеваемости взрослого населения Иркутской области сердечно-сосудистые заболевания со второго рангового места переместились на первое. Оценивая динамику показателя распространенности по данному классу, следует отметить его увеличение за исследуемый период в 2,2 раза (с 11685,6 до 25730,3 на 100000), что выше уровня по России на 1,8%. Показатели распространенности сердечно-сосудистых заболеваний за данный период в возрастной группе 15-17 лет увеличились в 3,5 раза (с 790,4 до 2733,1 на 100 000). На протяжении последних 15 лет в Иркутской области регистрируется динамика роста показателя распространенности сердечно-сосудистыми заболеваниями у детского населения 0-14 лет, который в 2007 г. составил 1027,2 на 100 000, увеличившись относительно показателя 1993 года в 2,6 раза. Уровень данного показателя среди подростков в 2 раза выше, чем у детского населения в возрастной группе 0-14 лет.

Структура сердечно-сосудистой патологии по данным официальной статистической отчетности за последние 15 лет значительно изменилась. В начале 90-х годов данный класс болезней на 20% был представлен хроническими ревматическими заболеваниями сердца. Однако, в последующем, на 1 ранговом месте в структуре данного класса стала регистрироваться гипертоническая болезнь. Показатели общей заболеваемости гипертонической болезнью среди взрослого населения за исследуемый период увеличились в 3 раза (с 3489,9 до 10387,4 на 100000, по РФ – 8792,9), у детей – в 23,6 раза (с 3,4 до 80,4 на 100 000), у подростков в 8,7 раза (с 89,2 до 773,7 на 100 000). Отмечается увеличение частоты острых инфарктов миокарда у взрослого населения. Хронические ревматические болезни сердца регистрировались у детей в 23,5% случаев, у подростков – в 14,7%, в то время как сейчас на их долю приходится не более 1,0 и 1,5% соответственно. Вместе с тем показатели распространенности хронических ревматических болезней сердца за 15 лет снизились среди взрослого населения в 2 раза, у детей и подростков соответственно в 8,3 и 4,9 раза.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о негативных тенденциях, регистрируемых по классу заболевания органов кровообращения у населения Иркутской области.

Евдокимов В.М., Чумакова Г.А., Сидорова Т.И., Зиновьева Н.П.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕДМИЛ-ТРЕНИРОВОК
И ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В САНАТОРИИ «БАРНАУЛЬСКИЙ»
 Санаторий «Барнаулский»

В последние десятилетия быстро развивается новое направление в кардиологии – реабилитация. В санатории «Барнаулский» разработана и внедрена методика физических тренировок на тредмиле в сочетании с естественной ходьбой для больных инфарктом миокарда, разработанная докторами наук АГМУ Чумаковой Г.А., Лычевым В.Г., к.м.н. Киселевой Е.В.

Методика включает в себя подготовительный период тренировок в течении 5-7 минут. Начальная скорость движения ленты тредмила при разминке составляет 1,9 км/час, подъем головного конца ленты 0 градусов. Продолжительность основного периода, на первой тренировке составляет 10 минут, постепенно увеличиваясь до 30 минут/через 2-3 занятия. Тренировки проводятся при постоянном подъеме головного конца ленты тредмила на 5 градусов и скорости движения ленты тредмила, соответствующей индивидуальной ТН. В заключительный период /5-7 минут/, скорость движения ленты тредмила составляет 1,9 км/час, подъем головного конца 0 градусов. Пациент переходит на самостоятельные занятия в домашних условиях после выписки из санатория. По разработанной методике прошли занятия 71 пациент. У 80% больных по данным велоэргометрии увеличилась пороговая мощность, улучшилось качество ходьбы больных по терренкуру, улучшилось общее самочувствие по сравнению с больными которые проходили занятия по обычной методике реабилитации инфаркта миокарда.

Метод физических тренировок на тредмиле сочетался с психотерапией, которые оценивались тестами: Спилбергера-Ханина, СМОЛ, методики «Качество жизни SF-36». Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное перед выпиской.

Результаты. При первичном тестировании по методу Спилбергера-Ханина высокий уровень личностной тревожности /ЛТ/ выявлен у 38,9% больных, умеренно повышенный у 61,1% больных, с низким уровнем /ЛТ/ не выявлено. Высокий уровень реактивной тревожности /РТ/ выявлен у 5,5% пациентов, умеренно повышена /РТ/ у 27,85, низкая у 67,7%. При выписке высокий уровень /ЛТ/ снизился у больных до 20,4%, умеренно повышенный до 50,1%, низкого уровня /ЛТ/ не выявлено. Высокий уровень /РТ/ снизился до 2,1% у больных с инфарктом миокарда, умеренно повышенной /РТ/ до 20,2%.

По методу «Качество жизни» при первичном тестировании наиболее низкие показатели качества жизни выявлены по разделам «влияние физического состояния на ролевое функционирование» – 30,5±8,9, «социальное функционирование» – 41,2±4,0. При выписке повысился показатель по разделу «влияние физического состояния на ролевое функционирование» до 32,4±8,0.

Таким образом, можно предположить, что сочетание использования физических и психологических тренировок может повысить эффективность реабилитации больных с инфарктом миокарда на санаторном этапе.

Ефремушкин Г.Г., Денисова Е.А.
РЕОВАЗОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ
У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
 Алтайский государственный медицинский университет,
 г. Барнаул

Целью исследования было изучить особенности микроциркуляции (МЦ) в конечностях пожилых больных артериальной гипертензией (АГ) с применением метода реовазографии (РВГ) и определить значимость отдельных её элементов в оценке функциональных особенностей МЦ русла (МЦР).

Материал и методы. Обследовано 40 больных АГ в возрасте 60-90 лет (M=75,1±0,8 лет). Группу сравнения составили 24 здоровых человека в возрасте 18-52 лет (27,7±1,5 лет), АД – 124,1±0,7/81,9±0,5 мм рт.ст. МЦ исследовалась с применением аппаратно-программного реографического комплекса «Мицар-РЕО» (Россия). Рассчитывались показатели амплитуды систолической волны, скорости быстрого (СБКН), медленного (СМКН), объёмного (ОКН) и времени (ВКН) кровенаполнения.

Результаты. У здоровых лиц в МЦР предплечья в единицу времени в фазу БКН крови поступало больше (в 1,7 раза), чем в фазу МКН. В голени, наоборот, больший объём крови в МЦР поступал в фазу МКН (в 1,2 раза). У пожилых больных АГ СБКН в обеих конечностях была меньше по сравнению со здоровыми молодого возраста. СМКН у больных АГ была снижена по сравнению со здоровыми в предплечье в 1,8, в голени – в 3 раза. В предплечье у них в фазу БКН в единицу времени в МЦР поступало в 2,3 раза больше крови, чем в фазу МКН; в голени заполнение МЦР происходило также быстрее (в 2 раза) в фазу БКН. СБКН в предплечье последовательно снижается по сравнению с контрольной группой по мере нарастания АД. В голени она была снижена уже при высоком нормальном АД и это её значение оставалось без изменений и при более высоких значениях АД. СМКН у больных АГ была уменьшена по сравнению с контролем в предплечье в 2 раза, в голени – в 2,5-3 раза. В предплечье (артерии мышечного типа) снижение СКН сопровождается компенсаторным увеличением ВКН, в голени (артерии преимущественно эластического типа) – нет. У здоровых лиц ОКН в предплечье в фазу БКН был в 2 раза больше, чем в фазу МКН (p<0,01). В голени, наоборот, больший объём крови (в 1,4 раза, p<0,05) поступал в фазу МКН. В то же время ОКН в голени был больше такового в предплечье в фазу БКН на 37% (p<0,05), в фазу МКН – в 4 раза (p<0,001). У больных АГ пожилого возраста при АД до 160/90 мм рт. ст. ОКН в предплечье в обе фазы не отличался от такового у здоровых, но увеличивалось время быстрой и в меньшей степени медленной фазы. При АД 170 и > /90-100 мм рт. ст. ОКН был снижен ещё в большей степени в предплечьях за счёт снижения СКН. В голени величина ОКН не зависела от высоты АД и объём притекающей крови был снижен на всём протяжении ВКН, по-видимому, за счёт ремоделирования (инволюция, атеросклероз) крупных и средних артерий.

Ефремушкина А.А.
ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА
 Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Целью исследования было влияние индивидуализации годичных велотренировок (ВТ) у больных после инфаркта миокарда (ИМ) на физическую работоспособность (ФР). Обследовано 78 мужчин в возрасте 52,3±0,3 года через 8,8 ±0,5 недель после перенесенного ИМ. Больным групп А – 41 чел. и В – 37 чел. наряду с медикаментозным лечением 2-3 раза в неделю в течение одного года проводились ВТ в режиме 50-75% от пороговой мощности (ПМ) – в группе А, и ВТ в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) – в группе В. У всех пациентов в начале исследования, через 3, 6 и 12 месяцев производилась велоэргометрия (ВЭМ) для исследования ФР.

Результаты. Так как режим велотренировок у пациентов группы А подбирался в соответствии с функциональными классами

(ФК) по классификации Д.М. Аронова (1988), мы рассмотрели изменения параметров ФР, экономичности работы, уровня потребления кислорода в зависимости от ФК у пациентов групп А и В, тренировавшихся в течение 12 месяцев. У пациентов 1-2 ФК групп А и В динамики основных показателей ФР за год велотренировок в различных режимах не было, что свидетельствовало о неадекватности мощности тренирующей нагрузки. У пациентов 3-4 ФК групп А и В наибольший прирост ТФН, ХР, ДП наблюдался в первые 3 месяца, последующие 9 месяцев увеличение данных показателей было более постепенным. К 12-му месяцу у пациентов группы В экономичность выполняемой работы стала выше на 17,6%, чем в группе А ($P < 0,05$). Прирост ДП за счет меньшей ЧСС у пациентов группы В был ниже на 15,4%, чем в группе А ($P < 0,05$). Уменьшение энергозатрат при повышении ТФН в сочетании со снижением ДП было обусловлено недостаточной функцией кардиальных механизмов оптимизации кровообращения. Достижение тренирующего эффекта происходило за счет периферических механизмов оптимизации адаптационных процессов. Меньший прирост ЧСС (на 18,5%, $P < 0,05$) у пациентов группы В, чем у пациентов группы А, свидетельствовал об оптимизации нагрузок, поскольку тренируемыми величинами являлись силовые характеристики мышц и выносливость, а значительные по мощности физические нагрузки осуществлялись без повышения потребления миокардом кислорода.

Заключение. Таким образом, методика свободного выбора нагрузки обуславливала адекватное обеспечение физических тренировок, а также экономичный режим деятельности сердечно-сосудистой системы и скелетной мускулатуры, благодаря которым их функциональные резервы оказывались достаточными для выполнения работы на предложенном уровне нагрузки.

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Мурзина Т.А. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Цель: изучить взаимосвязь между тяжестью психопатологических расстройств и уровнем тестостерона у больных хроническим простатитом.

Материал и методы. В настоящей работе представлены результаты обследования 34 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил $30,8 \pm 6,1$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. В исследование не включались пациенты старше 45 лет, имевшие различные заболевания сердца и воспалительные заболевания любой другой локализации. Всем больным определялся уровень личностной и ситуативной тревожности при помощи теста Спилбергера-Ханнина. Гормональное обследование включало определение уровня общего тестостерона методом иммуноферментного анализа набором реагентов «СтероидИФА-тестостерон-01». Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0». Значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

Результаты. В зависимости от уровня общего тестостерона все больные ХП были разделены на две группы. Так, 1-ю группу составили 12 пациентов, уровень тестостерона в сыворотке крови у которых составил $11,1 \pm 1,46$ нмоль/л, что было значительно ниже аналогичного параметра 22 больных 2-й группы, уровень тестостерона которых находился в рамках нормальных значений ($22,79 \pm 5,44$) нмоль/л и лиц контрольной группы ($35,43 \pm 6,3$ нмоль/л) ($p < 0,05$). При беседе с больными хроническим простатитом и проведении психометрического тестирования у 28 (82,35%) из них диагностированы различные психопатологические нарушения, которые были преимущественно представлены тревожными расстройствами различной степени тяжести. Уровень личностной и ситуативной тревожности у больных ХП со сниженным уровнем тестостерона значительно превышал данный параметр пациентов с нормальным показателем тестостерона и показатели лиц контрольной группы. Так, для личностной тревожности количество баллов составило $40,1 \pm 3,91$, $35 \pm 2,83$ и $33,44 \pm 3,5$ балла соответственно, а для ситуативной тревожности – $38,83 \pm 2,17$, $33,75 \pm 2,34$ и $28,44 \pm 3,28$, соответственно ($p < 0,005$). По количеству полученных при тестировании баллов уровень личностной и ситуативной тревоги относился к показателю умеренной тревожности, ни у кого не достигнув крайней степени его выраженности.

Выводы. У больных хроническим простатитом тяжесть психопатологических расстройств зависит от уровня общего тестостерона. Наиболее высокий уровень тревоги характерен для лиц со сниженным уровнем тестостерона.

Зубакова Е.Е.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АКТИВНОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Омская государственная медицинская академия

Цель: оценить влияние активного амбулаторного наблюдения за пациентами старшей возрастной группы на течение ХСН и качество жизни.

Задачи: выявить особенности клинической картины ХСН у пациентов пожилого и старческого возраста. Оценить эффективность амбулаторного лечения пациентов с ХСН пожилого и старческого возраста при активном наблюдении. Оценить качество жизни пациентов старшей возрастной группы с ХСН в динамике при активном наблюдении.

Материал и методы. Обследовано 25 пациентов в возрасте от 69-85 лет (средний возраст $77,9 \pm 5,9$ лет), выбранных случайным образом из лиц, наблюдавшихся в территориальной поликлинике с диагнозом ХСН. Контроль состояния и лечения проводился на дому раз в две недели и еженедельно по телефону. Контролировались ФК ХСН по шкале оценки клинического состояния, толерантность к физической нагрузке (опросник DASI), качество жизни пациентов (опросник SF-36). Исключены из исследования два пациента. Анализ эффективности терапии и качества жизни в проведен через шесть месяцев наблюдения. Цифровые показатели представлены в виде $M \pm m$. Для анализа качественных показателей применялся корреляционный анализ (критерий соответствия χ -квадрат), сравнение количественных показателей в ходе лечения производилось с использованием парного критерия Стьюдента.

Результаты. Все обследованные имели полиорганную патологию, у $88 \pm 6,5\%$ имелась артериальная гипертензия; у $76 \pm 8,5\%$ – ИБС. Все пациенты имели выраженные ограничения способности к самообслуживанию. Диагноз ХСН по критериям ОССН подтвержден у 100% пациентов, по Фреммингемским критериям у $96 \pm 3,9\%$, I ФК соответствовало $4 \pm 3,9\%$, II ФК – $28 \pm 8,9\%$, III ФК – $56 \pm 9,9\%$, IV ФК – $12 \pm 6,5\%$ пациентов. При оценке качества жизни выявлены снижение площади под кривой качества жизни, значительное снижение показателей по шкалам ролевое эмоциональное функционирование, ролевое физическое функционирование, физическое функционирование. Применяемые схемы медикаментозного лечения соответствовали рекомендованным. В динамике имелась достоверная статистически тенденция к уменьшению клинических проявлений ХСН и индекса DASI, достоверное уменьшение ФК ХСН ($p < 0,001$). Достоверных различий результатов исследования качества жизни не получено.

Выводы. Активное амбулаторное наблюдение пациентов старшей возрастной группы с ХСН сопровождается достоверным ($p < 0,001$) улучшением клинических симптомов ХСН и снижением ФК ХСН. Показатели качества жизни у пациентов старшей возрастной группы с ХСН при наличии положительных клинических результатов активного амбулаторного наблюдения больных достоверно не изменились.

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Гарганеева А.А.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: оценить, на основании анализа случаев гибели больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на догоспитальном этапе (ДЭ), состояние медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) в Томске.

Материал и методы. В основе исследования лежат данные эпидемиологической программы «Регистр острого инфаркта миокарда» за 2001-2006 гг. За пять лет зарегистрировано 4987 случаев ОИМ. На ДЭ погиб 1151 (22,5%) больной. В возрастной структуре умерших 60% составили лица старше 60 лет.

Результаты. Уровень догоспитальной летальности за пятилетие не изменился ни в целом ($22,9-24,8\%$), ни у мужчин ($25,3-27,4\%$), ни у женщин ($18,5-21,1\%$). Установлено, что 56,3% умерших страдали при жизни различными ССЗ, но 65% из них не были у врача от 6 месяцев и более. Кроме того, 20,5% погибших перенесли ранее ОИМ и у каждого третьего из них (29%) эпизод острой коронарной катастрофы, завершившейся смертью, был повторным (развился в течение 12 месяцев после предыдущего). Ежегодно от 11 до 23,7% умерших отмечали ухудшение своего состояния в течение последнего месяца

до гибели. В 66,9% это ухудшение проявлялось различными формами нестабильной стенокардии. Каждый третий из них в этот период времени обращался за медицинской помощью, но их состояние было правильно оценено только в единичных случаях. В 15% случаев больные погибли из-за несвоевременного обращения за помощью, хотя клиника заболевания была вполне типичной. Еще 34,3% умерших погибли до приезда бригады скорой помощи в присутствии родственников. Попытки проведения первичных реанимационных мероприятий отмечены в единичных случаях. Наблюдался рост (с 10,4 до 20,3%, $P < 0,05$) числа случаев обнаружения, при патоморфологическом исследовании умерших, постинфарктных рубцов у лиц не имевших в анамнезе ссылок на перенесенный ранее ОИМ. В 65,3% случаев эти больные неоднократно были в поликлинике с различными заболеваниями, в том числе и с ССЗ, однако электрокардиограмма (ЭКГ) им или не регистрировалась совсем, или, в лучшем случае 1-2 раза.

Выводы. Таким образом, состояние медицинской помощи больным ССЗ на амбулаторном этапе в Томске не может считаться удовлетворительной. Необходимо восстановить диспансеризацию больных ССЗ в полном объеме, предусмотреть ряд мер по повышению санитарной грамотности населения. Максимально расширить показания для регистрации ЭКГ в поликлиниках.

Иванов А.Г.

ДИНАМИКА ВЕЛИЧИНЫ УГЛА АЛЬФА ЭКГ КАК МАРКЕР НАЛИЧИЯ ЗОНЫ ПОРАЖЕНИЯ И ЕЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Положение электрической оси сердца (ЭОС) и, следовательно, величина угла альфа (УА) является результатом взаимодействия электрически антагонистических участков миокарда. Очевидно, что ишемическое поражение какого-либо участка миокарда, нарушив изначальный баланс, повлияет на величину УА. Так как электроантагонистические участки являются и топографически антагонистическими, то по направленности изменения УА можно предполагать, какие зоны миокарда находились в состоянии ишемии при ОКС. Анализ изменения УА при ИМ различной локализации позволяет заключиться о следующих влияниях на УА разных зон сердца. Верхушка, боковая, латеральная часть заднеинфарктной зоны левого желудочка смещают УА влево. При их поражении и последующем восстановлении УА будет смещаться сначала по ходу часовой стрелки (вправо), затем назад (влево). МЖП, медиальная (прилежащая к МЖП) часть заднеинфарктной зоны ЛЖ, правый желудочек смещают УА вправо. При их поражении УА сначала будет изменяться против хода часовой стрелки (т. е. влево), затем назад (вправо).

Для подтверждения правоты предложенной методики можно рассмотреть 2 случая. В первом имел место ОКС с переходящей ишемией в V_3-V_6 , во втором – с переходящей в течение 1-х суток ПБПНПГ. При поступлении в первом случае УА был (-) 2° , через 17 дней – (-) 27° . Отмечалась динамика выраженности УА влево. Локализация зоны поражения – передне-боковая. Во втором, соответственно – (+) 7° – (+) 35° , через 7 дней, – вправо – МЖП с прилегающей частью ПЖ. Наличие ЭКГ-маркеров зоны ишемии: в первом случае – отриц. «Т» в V_3-V_6 ; во втором переходящей ПБПНПГ – позволяет подтвердить проверяемую гипотезу.

Таким образом, в случаях ОКС без ЭКГ изменений можно верифицировать зону ишемии двумя путями. Первый – сравнить выраженность УА у данного пациента на ЭКГ до и во время развития ОКС. Второй – в случае, если нет предшествующей ЭКГ – сравнить УА во время и после купирования ОКС. Локализация зоны ишемии будет определяться направленностью динамики УА.

Кроме того, появление после ОКС без изменений ЭКГ существенной динамики выраженности УА указывает на наличие переходящей ишемии миокарда.

Следовательно, предполагаемый способ позволяет:

- выявлять наличие ишемии;
- локализовать зону ишемии при ОКС без ЭКГ проявлений.

Что позволяет оценивать тяжесть ОКС и дифференцировать его с иными кардиопатиями.

Иванов А.Г.

ОСОБЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ФОРМЫ ЗУБЦА «Р» ЭКГ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПНЕВМОНИЕЙ, ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ЧАСТОТА ИХ ПОЯВЛЕНИЯ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Форма зубца «Р» зависит от величины биоэлектрического заряда, скорости ее изменения в единицу времени. На эти параметры влияет метаболическое состояние миокарда предсердий, уровень его вегетотонуса. В проведенном исследовании изучалась форма «Р» в остром периоде заболевания у больных инфарктом миокарда (ИМ) – 1-я группа сравнения (ГС); бронхиальной астмой (БА), пневмонией (Пн) – 2-я группа сравнения (ГС); пиелонефритом (П) – контрольная группа (КГ). Оценивались следующие критерии формы «Р»: «симметричная прямолинейность» (СП); «пологость восходящей части» (ПВ); «пологость нисходящей части» (ПН); «двугорбность/завзубренность вершины» (Д/ЗВ); «плоскость вершины» (ПлВ). Изучалась встречаемость этих изменений зубца «Р».

Обследовано 18 чел. с ИМ, 8 чел. с БА, 16 чел. с Пн., 11 чел. с П. Математическая обработка данных производилась по критерию Вальда-Вольфовица (χ^2) и методу углового преобразования Фишера (φ).

По параметру СП достоверная тенденция к различию была выявлена у больных 2-й ГС и контрольной ($P < 0,1$). Во всех остальных вариантах формы «Р» достоверных различий не получено.

Когда же для сравнения оценивалась сумма различных вариантов изменений «Р» в каждой из групп, были получены достоверные различия по критерию (χ^2) между всеми этими группами (в 1-й ГС – 94,4%; 2 – ГС – 79,2%; КГ – 63,6%).

Таким образом, в каждой из групп имеются свои особенности изменения формы «Р». При этом у больных ИМ частота изменений «Р» достоверно больше, чем у больных легочной патологией и пиелонефритом.

Можно выделить ряд качественных особенностей изменения «Р».

У больных 1-й ГС чаще отмечается «Р» с плоской вершиной, затем с двугорбой и зазубренной вершиной (почти у 50%); у больных 2-й ГС – с «симметричной прямолинейностью» восходящей и нисходящей частей (~37,6%). У больных КГ чаще всего встречается «Р» с двугорбой или зазубренной вершиной.

Выявленные различия указывают на то, что предсердия участвуют в регуляции внутрисердечного кровотока по-разному у больных с различными заболеваниями. И развивающиеся изменения в предсердиях у этих больных так же различные. Чаще всего изменения «Р» появляются при заболеваниях, вызывающих нагрузку (поражение) правых и левых отделов сердца.

Таким образом, форма «Р» может свидетельствовать о вовлечении в болезненный процесс миокарда предсердий, что указывает на тяжесть основного поражения.

Игитова М.Б., Воробьева Е.Н., Гольцова Н.П., Селиванов Е.В. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава;

ООО МЦ «Лаборатория ДНК-диагностики», г. Барнаул

В настоящее время установлено клинико-диагностическое значение определения С-реактивного белка методом высокочувствительного анализа (hsCRP) в качестве маркера риска сердечно-сосудистых заболеваний. Малоактивное воспаление, которое обнаруживается по изменению уровня hsCRP, позволяет прогнозировать вероятность развития атеросклеротических осложнений (острого инфаркта миокарда и инсульта). Однако определение hsCRP для прогнозирования осложнений практически не используется в акушерстве. Целесообразность изучения маркера определяется наличием даже при неосложненной беременности системного воспалительного ответа в материнском организме, физиологическая роль которого не полностью выяснена.

Целью настоящего исследования явилась оценка информативности определения hsCRP для прогноза эффективности терапии угрожающих спонтанных аборт в ранние сроки беременности.

Проведено исследование hsCRP в сыворотке крови у 147 женщин детородного возраста, в том числе у 117 беременных (средний возраст $24,9 \pm 0,4$ года), 95 из которых имели физиологическое течение

ние первого триместра гестации. У 22 пациенток беременность осложнилась не прогрессирующей частичной отслойкой плодного яйца. Группу контроля составили 30 небеременных женщин (средний возраст 22,9±0,6 года). Для определения концентрации hsCRP использовался метод иммунотурбидиметрии с помощью стандартных наборов реактивов («DiaSys», Германия).

Установлено, что при неосложненном течении ранних сроков беременности (7-12 недель) концентрация hsCRP в сыворотке крови – 4,34±0,23 мг/л – значительно превышает уровень белка у женщин вне беременности (1,24±0,14 мг/л, p<0,01), указывая на ключевую роль процессов воспаления на этапе эмбриогенеза и плацентации. У женщин с частичной отслойкой плодного яйца экспрессия белка была существенно выше (7,29±0,78 мг/л, p<0,05), т.е. начавшийся аборт протекал при более активном участии процессов воспаления. Поскольку проведение патогенетической терапии позволило сохранить беременность во всех случаях, можно предположить, что повышение экспрессии hsCRP при данном осложнении свидетельствует о наличии исходного латентного эндометрита, как причины начавшегося аборта. Исследование hsCRP в начале II триместра в исследуемой группе женщин выявило отсутствие увеличения показателя (7,15±0,79 мг/л), который был аналогичен уровню hsCRP, нарастающему в процессе плацентации при физиологической беременности (6,21±0,45 мг/л при сроке 16-18 недель, p>0,05).

Вывод. Повышенный уровень hsCRP в I триместре гестации является предиктором спонтанного аборта при явлениях угрожающего самопроизвольного прерывания беременности.

Игнатов С.В.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН НА ИНДЕКС ВРЕМЕНИ ГИПЕРТЕНЗИИ И ГИПОТОНИИ ВО ВРЕМЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»;

ХМАО «Ханты-Мансийская клиническая больница восстановительного лечения»

Цель: изучить влияние «сухих» углекислых ванн (СУВ) на индекс времени гипертензии и индекс гипотонии во время второй фазы восстановительного лечения у больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материал и методы. Особенности показателей суточного профиля АД были изучены у 53 пациентов в возрасте 40-59 лет, после инфаркта миокарда давностью не менее 24 дней. 1 группу составляют 28 пациентов, которым наряду с базисной медикаментозной терапией (стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний), ЛФК, дозированной ходьбой назначались СУВ по стандартной методике: скорость подачи CO₂ 15 л/мин., t° 30-32°, время – 20 мин. 2 группа составляют 26 больных, которым наряду с медикаментозной терапией, ЛФК, дозированной ходьбой будет назначена имитация СУВ. Курс лечения в обеих группах включал 10 ежедневных процедур. Всем пациентам в начале и в конце исследования проводилось СМАД с анализом суточного профиля АД.

Результаты. После проведенного комплексного лечения у пациентов в опытной группе, в дневные часы, выявлено снижение индекса времени гипотонии (ИВГипо) САД у 16 (57%) пациентов в среднем от исходного на 34%, ИВГипо ДАД у 21 (75%) пациентов в среднем на 43,5% от исходного, в ночное время снижение ИВГипо САД у 8 (28,5%) пациентов в среднем на 63% от исходного, ИВГипо ДАД у 6 (21,4%) на 41,9%. Малое количество пациентов с изменившимся ИВГипо в ночные часы связано с тем, что у 64% для САД и 60,7% для ДАД пациентов не было гипотонических состояний и после СУВ они не появились. Во 2 группе в дневные часы ИВГипо повысился для САД у 13 (50%) в среднем на 14,6%, для ДАД у 18 (69,2%) на 68,8%, в ночные часы ИВГипо для САД повысился у 8 (30,8%) пациентов на 53,8%. Малое количество пациентов с изменившимся ИВГипо в ночные часы связано с теми же причинами, что и в 1 группе. Что же касается индекса времени гипертензии (ИВГипер), то в 1 группе он уменьшился для САД у 50% пациентов на 19% в дневные часы. Ночью ИВГипер для САД уменьшился также у 50% пациентов, для ДАД у 69%, на 61% и на 55% соответственно. Во 2 группе мы наблюдаем рост ИВГипер в дневные часы у 61% для САД на 210%, для ДАД у 42% пациентов на 68%. ИАГипер повысился у 42% пациентов на 154% в ночные часы для САД и у 50% пациентов на 196% для ДАД.

Заключение. Согласно полученным результатам, можно сделать выводы о нормализующем воздействии СУВ на суточный про-

филь АД в виде снижения ИВ гипертензии и гипотензии, что в свою очередь способствует снижению риска сердечно-сосудистой смертности и ишемических осложнений со стороны сердца и головного мозга.

Игнатов С.В.

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН НА СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС И ВАРИАбельНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ФАЗЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»;

ХМАО Ханты-Мансийская клиническая больница восстановительного лечения

Цель нашего исследования заключалась в изучении воздействия «сухих» углекислых ванн на суточный индекс и суточные колебания (вариабельность) АД у мужчин, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы. Был проведен сравнительный анализ суточного профиля артериального давления (АД) у 53 мужчин в возрасте 40-59 лет, перенесших острый инфаркт миокарда давностью не менее 24 дней. 1 группу составляют 28 пациентов, которым наряду с базисной медикаментозной терапией (стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний: нитраты длительного действия, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин, статины), ЛФК, дозированной ходьбой назначались «сухие» углекислые ванны по следующей методике: скорость подачи углекислого газа 15 л/мин., температура 30-32°, продолжительностью 20 мин. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. 2 группу составляют 26 больных, которым наряду с медикаментозной терапией, ЛФК, дозированной ходьбой будет назначена имитация «сухих» углекислых ванн. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. В начале курсового лечения и по окончании курса «сухих» углекислых ванн, пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления с анализом суточного профиля АД.

Результаты. При анализе результатов исследования, в 1 группе было выявлено повышение степени ночного снижения систолического АД у 20 (71%) пациентов в среднем на 56% от исходного, диастолического АД у 23 (82%) пациентов в среднем на 40% от исходного. Во 2 группе отмечалась обратная динамика степени ночного снижения. Суточный индекс для САД и ДАД уменьшился у 16 (61%) пациентов в среднем на 6,7% для САД и 10,8% для ДАД. Что касается суточной вариабельности АД (ВАД) то, как в 1, так и во 2 группах до и после СУВ она находилась в пределах нормы. Однако в 1 группе мы зафиксировали снижение дневной вариабельности на 11% для САД и на 6% для ДАД, в ночные часы на 19,1% и 8,7% для САД и ДАД соответственно. Во 2 группе напротив, отмечается увеличение ВАД в дневные часы для САД на 20,1%, для ДАД на 14,9%, в ночные часы для САД на 18,8%. Для вариабельности ДАД в ночные часы отмечается снижение на 3,4%.

Заключение. Таким образом, прослеживается благоприятное воздействие СУВ на суточный профиль АД в фазе восстановительного лечения инфаркта миокарда. Нормализация СНС и снижение ВАД способствуют снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и улучшению прогноза у пациентов после инфаркта миокарда. Недостаточное ночное снижение АД является сильным и независимым предиктором смертности.

Карпов Р.С., Конобеевская И.Н., Ефимова Е.В., Кладов С.Ю.* МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И 15-ЛЕТНИЙ ТРЕНД ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТОМСКА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;

* ОГУЗ БСМ, г. Томск

Характеристика медико-демографических показателей, наиболее полно отражающих весь диапазон социально-экономических, этиологических, наследственно-генетических, природно-климатических и экологических факторов, воздействующих на состояние здоровья населения интересна и чрезвычайно важна для решения проблем, связанных с сохранением здоровья населения.

Цель исследования: изучить причину смерти лиц, умерших в возрасте 15-74 лет за период 1990-2005 гг. в г. Томске.

Материал и методы. Работа выполнялась в рамках международного проекта ЕРБ ВОЗ по программе – «Эпидемиологическое изучение причин резкого падения продолжительности жизни в России в 1990-х годах». Проект осуществлялся при поддержке Администра-

ции города в рамках совместной работы с практическим здравоохранением. Совместно с ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН в нём участвовали амбулаторные службы ЛПУ г. Томска (15 медицинских учреждений, обслуживающих население города). В работе использовался анкетный метод. Заполнялись стандартизованные вопросники на умерших лиц; изучались архивные данные статистического управления г. Томска, областного бюро судмедэкспертизы и актовые записи бюро ЗАГС. Базы данных создавались в формате «ACCESS», для программного обеспечения статистической обработки данных использовался пакет прикладных программ «Statistic 6.0».

Результаты. Анализ данных численности населения г. Томска показал, что за 15-летний период (1990-2005 гг.) общая численность населения несколько уменьшилась, за счет мужчин и женщин трудоспособного возраста. База данных умерших лиц содержала 71467 случаев. Показатели общей смертности варьировали в мужской популяции в пределах 889-1588, в женской – 509-784 на 100 000 населения (с минимальными значениями в 1990 г. и максимальными – в 1993-1995 гг.). Анализ динамики относительных показателей общей смертности в возрастном аспекте выявил, что в каждой последующей по возрасту группе этот показатель возрастал в среднем в 1,9-2,6 раза в группе мужчин и женщин. Показатели смертности от БСК в мужской популяции были в пределах 330-569, в женской – 140-365 (с минимальными значениями в 1990 г. и максимальными – в 1993-1995 гг.). Показатели смертности от злокачественных новообразований составили в мужской популяции 182-240, в женской – 122-186. Показатели смертности от внешних причин варьировали в мужской популяции в пределах 172-430, в женской – 47-110 (с минимальными значениями в 2000 и 2001 гг. и максимальными – в 1994-1998 гг.). Смертность среди женщин от этого класса причин почти в три раза ниже, чем среди мужчин. В структуре общей смертности первое место занимали болезни системы кровообращения (35,6 и 44,7% у мужчин и женщин), второе – у мужчин внешние причины (22,3%), у женщин – злокачественные новообразования (23,7%); третье – у мужчин злокачественные новообразования (17,4), у женщин – внешние причины (11,0%).

Заключение. Увеличение смертности по всем основным классам причин, свидетельствует о неблагоприятном тренде в популяции г. Томска. Аналогичные изменения в структуре общей смертности населения в возрасте 15-74 года, рост доли смертей от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин, внешних причин смерти свидетельствует о плохом прогнозе медико-демографической ситуации. Тренд смертности у мужчин практически в 2 раза выше, чем у женщин. Анализ различий в смертности мужчин и женщин от отдельных причин смерти показал, что основной вклад в дифференциацию смертности в зависимости от пола вносят сердечно-сосудистые заболевания и насильственная смертность в трудоспособном возрасте, что подтверждает необходимость разработки и внедрения превентивных мер, направленных на сохранение жизни и здоровья населения.

Карпущина Е.О.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; МУЗ городская клиническая больница № 6, г. Красноярск

С декабря 2002 г. на базе кардиологического отделения ГКБ № 6 г. Красноярска и с сентября 2003 г. на базе реабилитационного отделения кардиологического санатория «Енисей» проводился комплекс реабилитационных мероприятий, включающих фармакологический, физический и психологический аспекты – «школа коронарного больного». Эффективность вторичной профилактики ИБС зависит от эффективности реабилитационных мероприятий.

Цель работы: выявить значение обучения пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) на всех этапах реабилитации (стационарном, санаторном и амбулаторном) с оценкой его эффективности. В исследование включены 82 пациента методом случайной выборки, проходившие стационарное лечение по поводу острого ИМ – первичное обследование и повторно, спустя 6 и 12 месяцев после перенесенного ИМ. Больные разделены на две группы сопоставимые по полу и возрасту. 1-я группа (40 пациентов), проходившие лечение до организации «школы», вторая – (42 пациентов), прошедшие цикл обучения. Оценивалось выполнение врачебных рекомендаций по изменению образа жизни и применению медикаментозной терапии, а также изменение качества жизни по результатам анкетирования по опроснику «Качество жизни» в модификации Гладкова.

Результаты проведенного обследования показали, улучшение качества жизни (КЖ) пациентов 2 группы при повторном обследова-

нии по сравнению с 1 группой. Улучшение КЖ нами отмечено в категориях физическая и психическая активность, семейная жизнь, отдых. Уменьшилось число курящих пациентов, употребляющих спиртные напитки. Абсолютное большинство пациентов 2 группы регулярно принимали назначенные врачом медикаментозные средства (включая липидстабилизирующую терапию), и, что особенно важно, в рекомендованных дозах. Приверженность к терапии формируется у пациентов как при индивидуальном, так и групповом обучении, при формировании врачом осознанной мотивации к осознанию значимости выполнения пациентом врачебных рекомендаций, что приводит к повышению качества жизни по основным показателям (физическая и психическая активность, отдых, семейная жизнь, работа).

Кашталап В.В.**, **Барбараш О.Л.****, **Якубик Г.Г.**, **Зыков М.В.****, **Усольцева Е.Н.****, **Беленькова Ю.А.****, **Васильева О.А.**, **Чеснокова Л.Ю.**, **Херасков В.Ю.**, **Шафранская К.С.**, **Бернс С.А.***, **Барбараш Л.С.***

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»;

* ГОУ НППЛ РХСС СО РАМН;

** ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово

Известно, что атеросклероз – проблема междисциплинарная. Частота сочетанных поражений различных артериальных бассейнов может достигать 90%. Часто первым проявлением мультифокального атеросклероза оказывается внезапная коронарная смерть либо острый коронарный синдром (ОКС), то есть превалирует коронарная манифестация системного атеросклероза. В настоящее время неоспоримо, что ранний и отдаленный исход коронарного шунтирования определяются наличием и распространенностью атеросклеротического поражения других артериальных бассейнов и разработка оптимальных алгоритмов ведения таких больных является актуальной задачей. ОКС с подъемом сегмента ST также представляется актуальной проблемой здравоохранения, так как является основной причиной летальности и инвалидизации среди трудоспособного населения. Оптимальной признана ранняя инвазивная тактика ведения пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST. Однако до настоящего времени не оценивалась у пациентов с ОКС с подъемом ST клиническая значимость наличия сопутствующего атеросклеротического поражения других артериальных бассейнов и влияние такового на выбор оптимальной тактики реваскуляризации миокарда.

Цель исследования: определить частоту выявления и клиническую значимость мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, а также влияние такового на результаты и частоту использования раннего инвазивного лечения острой коронарной катастрофы.

Материалы и методы исследования. Используя за основу модифицированный вариант карты третьего Европейского регистра ОКС включали в настоящее исследование всех пациентов, поступающих в ККД с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST в период с ноября 2007 г. по январь 2008 г. (80 больных). Всем пациентам, помимо коронарной ангиографии (КАГ), для выявления мультифокального атеросклеротического поражения проводилось ультразвуковое исследование экстракраниальных и магистральных артерий нижних конечностей.

Результаты и их обсуждение. В исследование включили 80 больных с диагнозом ОКС с подъемом ST. В соответствии с выраженностью атеросклеротического поражения они распределялись на 3 группы. Первую группу составили пациенты без окклюзионно-стенотических поражений некоронарных бассейнов и толщины КИМ не более 0,1см – 9 больных (11,25%); вторую группу составили пациенты с гемодинамически незначимыми (менее 50%) стенозами некоронарных бассейнов – 53 (66,25%) и третью – с гемодинамически значимыми стенозами некоронарных бассейнов – 18 (22,5%). Обращает внимание достоверно малое количество больных с изолированным поражением коронарных артерий (КА) по результатам настоящего исследования, в то время как большинство больных имеют гемодинамически незначимое или выраженное атеросклеротическое поражение других артериальных бассейнов. По результатам КАГ множественные поражения КА выявлены в первой группе у 5 пациентов (55,6%), во второй – у 33 (62,3%), в третьей – у 12 (66,7%). Чрескожные коронарные вмешательства со стентированием инфаркт-зависимой КА успешно проведены у 5 больных в первой группе (55,6%), у 27 пациентов – во второй (50,1%) и лишь у 8 больных – в третьей (44,4%). Причиной отказа от раннего инвазивного лечения послужили распространенность и обширность склеротического пораже-

ния КА, у пациентов с значимым мультифокальным атеросклерозом они оказались достоверно выше. Для выявления возможных причин системности атеросклеротического поражения проведен анамнестический анализ факторов риска ИБС у пациентов с ОКС. Зафиксировано более высокое количество пациентов с наличием артериальной гипертензии (до 95%), сахарного диабета (22%), курящих (60%) во второй и третьей группах, чем в первой группе. Пациенты третьей группы оказались более «старыми» ($61,2 \pm 5,4$ лет), чем больные первой группы ($50,9 \pm 4,6$ лет). Таким образом, с увеличением распространенности основных факторов риска ИБС у пациентов с ОКС с подъемом ST увеличивается объем коронарного атеросклеротического поражения и распространенность поражения других артериальных бассейнов. По результатам исследования выявлена высокая распространенность сочетанного поражения артериальных бассейнов у больных с ОКС с подъемом ST (до 89%), из них гемодинамически значимые поражения сосудов выявлены почти в 23% случаев.

Кистенева И. В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНА БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования. Оценить влияние раннего назначения симвастина на показатели липидного спектра, а также на частоту рецидивов стенокардии, повторных ИМ, внезапной коронарной смерти, необходимости процедуры реваскуляризации миокарда за 150 дней у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

Материал и методы. В исследование включали больных нестабильной стенокардией III В класса (E. Braunwald, 1989) и инфарктом миокарда без зубца Q. 1-ю группу составили 60 больных, которым при поступлении в отделение неотложной кардиологии назначали надропарин кальция по 86 МЕ/кг веса, подкожно каждые 12 часов. Во 2-ю группу вошел 61 больной, которым при поступлении назначали надропарин кальция в том же режиме, а также, при поступлении (в среднем через 3 часа от момента госпитализации) назначали симвастин в дозе 40 мг/сут в течение 1-го мес, затем доза снижалась до 20 мг/сут. По всем основным клиническим, анамнестическим и демографическим показателям (возрасту, полу, диагнозу, изменениям ЭКГ, факторам риска, предшествующим коронарным событиям, сопутствующей патологии), а также по сопутствующей антиангинальной терапии статистически значимого различия между группами не было. Период наблюдения составил 150 суток.

Результаты. Исходно уровень всех показателей липидного спектра значимо не различался, включались пациенты как с повышенными, так и с нормальными липидами крови. Раннее назначение симвастина больным 2-й группы привело к достоверному снижению уровня ХС ЛПНП на 30-е сутки ($3,97 \pm 0,17$ и $2,41 \pm 0,08$, $P < 0,01$) и достоверному повышению уровня ХС ЛПВП ($0,91 \pm 0,03$ и $1,3 \pm 0,04$, $P < 0,05$). Целевого уровня ХС ЛПНП к 150-м суткам наблюдения достигли 93,4% пациентов этой группы. Межгрупповое различие при сравнении ХС ЛПНП и ХС ЛПВП появилось начиная с 8-х суток, по уровню ОХС – с 15-х суток. К 30-му дню исследования появилась значимая разница по частоте «комбинированной конечной точки» (31,7% в группе 1 против 13,1% в группе 2, $P = 0,02$). К 150-м суткам наблюдения выявленные на 30-е сутки преимущества дополнительного назначения симвастина к основной противотромботической терапии по-прежнему сохранялись (43,3% и 21,3% соответственно, $P = 0,011$).

Заключение. Раннее назначение симвастина больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST приводит к достоверному улучшению липидного обмена, сопровождаемая значимым уменьшением частоты развития комбинированного критерия неблагоприятных коронарных событий (рецидивов стенокардии, повторных ИМ, внезапной коронарной смерти, необходимости процедуры реваскуляризации миокарда) в течение 150 дней наблюдения.

Кладов С. Ю. *, Конобеевская И. Н.

АЛКОГОЛЬ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В Г. ТОМСКЕ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;

*Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Томск

По уровню смертности от употребления спиртных напитков, в том числе суррогатов алкоголя, Россия находится в числе лидеров и рост смертности от случайных отравлений алкоголем, занимающей третье место среди всех причин смертности, продолжается.

Цель исследования. Оценить вклад алкогольного фактора в

структуру преждевременной смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний и внешних причин в условиях г. Томска – типичного представителя средне урбанизированной территории Западной Сибири.

Материал и методы. В рамках международного проекта, поддержанного Европейским Комитетом ВОЗ по программе – «Эпидемиологическое исследование причин преждевременной смертности населения России в 1990-х годах» проведено эпидемиологическое исследование. Для получения информации по лицам, умершим за период 1990-2005 гг., опрашивались близкие родственники и заполнялись стандартизованные анкеты. Изучались архивные данные статистического управления г. Томска и акты бюро ЗАГС, а так же анализировались материалы областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Базы данных создавались в формате «Access», для программного обеспечения статистической обработки данных использовался пакет прикладных программ «Statistica 6.0». Критериями включения в базу данных умерших являлись сведения о мужчинах и женщинах, умерших в возрасте от 15 до 74 лет, постоянно проживавших в зоне проведения исследования. Проект в Томской области осуществлялся при поддержке Администрации города и области в рамках совместной работы с практическим здравоохранением.

Результаты. База данных умерших лиц составляла 41 075 случаев. Основные классы причин смертности составляли болезни системы кровообращения (35,6 и 44,7% у мужчин и женщин), новообразования (17,4 и 23,7% у мужчин и женщин), несчастные случаи, отравления и травмы (22,3 и 11% у мужчин и женщин), болезни органов дыхания (4,1%), болезни органов пищеварения (3,8%), инфекционные и паразитарные заболевания (1,6%) и другие причины (7,5%). Следует отметить возрастание количества экспертиз, проведенных областным Бюро: в 1999 году это было 3659 случаев, а в 2005 году в Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области проведено 5597 экспертиз и исследований трупов. При этом алкоголь обнаружен в 2997 случаях (53,5%). В 1999 эта цифра составила 1513 случаев (41,3%). Анализ случаев смерти от болезней системы кровообращения свидетельствовал о том, что даже при этих заболеваниях алкоголь обнаружен в каждом четвертом-пятом случае: 254 случая (24,2%) в 1999 году и 430 случаев (21,2%) в 2005, причем, в 74,1% случаев отмечалось употребление алкоголя в последний год жизни (у 84,6% мужчин и 58,4% женщин). В случаях внешних причин смерти употребление алкоголя выявлено у 89,1% мужчин и 68,7% женщин. За 2005 год при проведении экспертиз и исследований трупов в случаях смерти, связанной с внешними причинами, этиловый спирт обнаружен в 1580 случаях, что составило 63% от общего числа проведенных экспертиз и исследований при насильственной смерти, в 2001 году эта цифра составляла – 1355 (61%).

Выводы. Основное место в преждевременной смертности населения г. Томска занимают болезни системы кровообращения, внешние причины и новообразования, которые ответственны за 79% всех смертей. Обращает внимание как нарастание общей смертности населения в динамике за период 1990-2005 гг., так и смертности от различных причин и сопровождающее их возрастание случаев смерти, связанной с употреблением алкоголя, что является неблагоприятным в отношении продолжительности жизни населения г. Томска и подчеркивает необходимость соответствующих превентивных мер.

Козлова С. Н., Голубев А. В., Крылова Ю. С.

ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОБРАЗА ЖИЗНИ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова»;

СПбГМУ имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение возможного влияния уровня образования, профессиональной занятости, степени занятия физическими упражнениями и курения на развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование было включено 53 человека (мужчины, в возрасте от 33 до 72 лет), страдающие стабильными формами ИБС: постинфарктным кардиосклерозом и стенокардией напряжения различных функциональных классов. Коморбидной патологией у этих больных были тревожно-депрессивные расстройства, которые подтверждались на основании проведенного психопатологического обследования с участием психиатра с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Все пациенты были разде-

лены по четырем параметрам на следующие группы: больные, имеющие высшее образование и больные, не имеющие высшего образования; больные, работающие на момент обследования и не работающие больные; пациенты, занимающиеся и не занимающиеся физическими упражнениями в настоящее время; курящие и не курящие больные. Проанализированы результаты показателей шкал тревоги и депрессии в каждой из представленных групп.

Результаты. Достоверные различия по уровню тревоги и депрессии были получены только по параметру профессиональной занятости. Было выявлено, что в группе не работающих пациентов сумма баллов по шкалам тревоги составила $18,71 \pm 1,68$ балла, а в группе работающих пациентов – $15 \pm 2,15$ балла ($p < 0,01$). Сходная разница была обнаружена и по шкалам депрессии: в группе не работающих пациентов сумма баллов составила $15,62 \pm 1,14$ балла, а в группе работающих пациентов – $13,7 \pm 2,04$ балла ($p < 0,01$). Однако, следует обратить внимание на то, что при этом в группе не работающих больных был достоверно больше возраст пациентов и длительность стенокардии. По другим параметрам: уровню образования, степени занятия физическими упражнениями и курению достоверных различий по шкалам тревоги и депрессии выявлено не было.

Выводы. Выполненное исследование позволяет предположить вероятную связь уровня профессиональной занятости с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС: у не работающих пациентов степень тревожно-депрессивных расстройств была достоверно выше, чем у работающих. При этом следует учитывать возможное влияние разницы возраста пациентов в этом исследовании. По уровню образования, степени занятия физическими нагрузками и курению достоверных различий по шкалам тревоги и депрессии получено не было.

Комарова М.Г.* , Волкова Т.Г.* , Кобякова О.С.**

ПРАКТИКА НАЗНАЧЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ВРАЧАМИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

* ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;

** Департамент здравоохранения Администрации Томской области

Цель. Изучить тактику назначения гипотензивных препаратов участвующими врачами поликлиник города Томска и Томской области.

Методы. В рамках второго мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии (АГ) в г. Томске и Томской области было обследовано 806 человек, из них 375 в Томске и 431 в Томской области. Опрос проводился по стандартной анкете, утвержденной приказом Минздрава России №440 от 16.09.2003. Эффективность лечения оценивалась по степени охвата больных АГ гипотензивной терапией и количеству пациентов, получающих ее, с нормальным уровнем АД во время обследования ($< 140/90$ мм.рт.ст. согласно рекомендациям ВНОК, 2004г.).

Результаты. АГ страдают 47% обследованных в Томске и 73,6% по области, что в общей популяции составило 61,2%. Гипотензивную терапию получают 89%, эффективность составляет 19,3%. Основу назначаемой терапии пациентам с АГ составили 4 класса антигипертензивных препаратов: иАПФ – 47%, диуретики – 41,8%, бета-адреноблокаторы (БАБ) – 30,4%, антагонисты кальция (АК) – 25,2%. На долю прочих препаратов, представленных препаратами центрального действия, комбинированными нерезерпинсодержащими и резерпинсодержащими препаратами, приходится 15,2%.

Из группы иАПФ чаще всего назначаются (согласно международным названиям): эналаприл – 64,2%, лизиноприл – 19%, периндоприл – 13,8%. Среди диуретиков лидируют: индапамид – 43,2%, гидрохлортиазид – 20,9%. БАБ в основном представлены метопрололом – 48,7%, атенололом – 24%, бетаксололом и бисопрололом – по 2%.

В группе АК по городу первое место занимает нифедипин – 63,7%, затем идет амлодипин (21%) и верапамил (5,6%). Причем ретардные формы нифедипина представлены лишь в 4,8% случаев.

Среди препаратов, отнесенных к категории «прочих», на долю нолипрела (фирма SERVIER) приходится 38,6%, андипала – 20%, адельфана – 17,3%, клонидина – 14,7%, энапа-Н (фирма KRKA) – 2,6%.

Заключение. Следует отметить низкую эффективность гипотензивной терапии, назначаемой пациентам с АГ на территории Томской области. Одной из причин подобной ситуации может служить достаточно редкое назначение пролонгированных форм антигипертензивных препаратов, а также использование «устаревших» форм препаратов.

Кондратьева Д.С., Афанасьев С.А., Фалалеева Л.П., Козлов Б.Н., Попов С.В., Карлов Р.С.

ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕРВАЛ – СИЛА ИЗОЛИРОВАННОГО МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС С ДИАБЕТОМ II ТИПА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Зависимость интервал – сила миокарда характеризует функциональную активность саркоплазматического ретикула кардиомиоцитов. Вместе с тем, его кальций-аккумулирующая способность в ишемизированном миокарде пациентов с инсулиннезависимым диабетом недостаточно изучена.

Цель работы: исследовать зависимость интервал – сила изолированного миокарда больных ИБС с диабетом II типа.

Материал и методы. Работа выполнена на трабекулах ушка правого предсердия 27 пациентов в возрасте $50,6 \pm 2,4$ лет. 14 больных с диагнозом хроническая ишемическая болезнь сердца (II-III функциональный класс по NYHA) составили 1 группу. Остальные пациенты с диагнозом ИБС (III-IV функциональный класс по NYHA) в сочетании с диабетом II типа составили 2 группу. Фракция выброса левого желудочка в обеих группах была $49,0 \pm 17,3\%$ ($M \pm \sigma$). Всем пациентам была показана операция аортокоронарное шунтирование. Трабекулы перфузировали при температуре 36°C , оксигенированным раствором Кребса-Хензелейта. Регистрировали кривые изометрического сокращения при базовой частоте электрической стимуляции (0,5 Гц) и, после 60-ти секундного периода покоя. Достоверность полученных результатов оценивали по критерию Манна-Уитни.

Результаты исследований показали, что формирование сердечной недостаточности, в результате ИБС и, особенно, в сочетании с сахарным диабетом II типа приводило к искажению ритмоинотропной зависимости миокарда. При этом наблюдались два типа инотропной реакции на период покоя. Одна часть изолированных трабекул миокарда обеих групп пациентов после 60 с покоя сохраняла амплитуду сократительного ответа на уровне базового сокращения. Амплитуда сокращений миокарда пациентов обеих групп в среднем была 99% и 95% от базового сокращения, соответственно. Другая часть трабекул на это же воздействие отвечала депрессией сократительного ответа. Амплитуда сокращений этих мышц после периода покоя статистически значимо снижалась, и была 38% и 40% от базовых сокращений ($p < 0,01$) для миокарда больных ИБС и больных ИБС в сочетании с диабетом, соответственно.

Таким образом, ремоделирование кардиомиоцитов при ишемическом поражении миокарда на фоне диабета приводит к искажению зависимости интервал – сила миокарда, что может быть связано с серьезными нарушениями Ca^{2+} -аккумулирующей функции СР и, существенно влиять на изменение электрической стабильности сердца.

Работа поддержана грантом РФФИ (№07-04-01195).

Конобеевская И.Н.

КУРЕНИЕ – НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ КУРЕНИЯ В ТОМСКЕ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Курение в связи с глобальной распространенностью, высоким вкладом в преждевременную смертность населения и большим экономическим ущербом становится в ряд главных национальных проблем здоровья. В настоящее время Россия вышла на первое место в мире по потреблению табака на душу населения, темпам роста табакокурения, подростковому курению, в связи с чем проблема профилактики этого фактора риска является актуальной для сохранения жизни и здоровья нации.

Цель. Изучить распространенность курения у различных групп населения г. Томска и определить эффективность профилактики в рамках участия в международных кампаниях «Не курить и стать победителем», проводимых по программе CINDI-Томск.

Материал и методы. Статус курения изучался в условиях стандартизованного скрининга 2 650 студентов 17-25 лет (90% выборка), 1830 работников промышленного предприятия 25-64 лет (83% выборка) и неорганизованной популяции из 65 177 лиц в возрасте 30-74 лет. Также анализировались данные, полученные в рамках пяти антикурительных кампаний «Не курить и выиграть!», проводимых по единому международному протоколу. Статистические методы включали ранговый корреляционный анализ, непараметрический дисперсионный анализ и логистическую регрессию.

Результаты. Как в мужской, так и в женской популяциях выявлена широкая распространенность ежедневного курения (от 41,7% у студентов до 69% у мужчин и от 11,3% студенток до 20,6% женщин) с преобладанием средней и высокой интенсивности курения, а

так же пассивного курения – 7,7% и 49,4% соответственно; среди студентов – 41,7% у студентов – 21,3%. Подтверждена статистически значимая связь между курением, уровнем образования, профессиональным статусом, уровнем доходов, показателями липидного спектра крови и уровнем артериального давления. Впервые в условиях Томска апробирована популяционная стратегия профилактики курения с учетом международного опыта программы CINDI. Получен высокий отклик курящего населения на участие в пяти международных кампаниях «Quit and Win!» с числом участников 5010 человек, что свидетельствовало о высоком отклике населения (2,5% от курящих лиц в г. Томске в сравнении с 0,03% в целом по России). Принципиальными характеристиками кампании являлись: максимально упрощенный для населения доступ к участию, отказ от негативного воздействия на население, ориентация на всех курящих и свобода выбора, а также положительная мотивация в виде получения призов. Использованы как новые технологии массовой профилактики курения с привлечением СМИ и формированием «антитабачного лобби», немедицинских партнеров и населения, так и разнообразные методы поддержки лиц, участвующих в кампаниях (индивидуальные рекомендации, групповые поддержки). Средний возраст участников составил 322 года, длительность стажа курения $16,0 \pm 0,34$ и $10,1 \pm 0,36$ лет с неэффективностью предыдущих попыток отказа в 77% и 80% у мужчин и женщин соответственно. Впервые в Томске отмечались случаи коллективных (5 случаев) и семейных (33 семьи) отказов от табака. В итоге 78% всех участников не курили в течение месяца, 30,7% – в течение года, ещё 20% значительно снизили количество ежедневных сигарет. Следует отметить, что у 97% мужчин и 93,2% женщин привычка курить табак, так или иначе, была затронута кампанией. Вместе с тем, отмечено низкое (4,8%) участие медицинских работников в этих мероприятиях.

Заключение. Очевидно, что для такой глобальной проблемы как курение (ежегодно убивающего более 300 тысяч россиян) необходимо создание профилактических программ с использованием различных подходов поддержки населения при отказе от табака. Приоритетность применения популяционного подхода обосновывается огромным числом курящих лиц, из которых 80% нуждаются в помощи по отказу от курения.

Кнобеевская И.Н. *, Ефимова Е.В. *, Яковлева Ю.С. **, Сергеева Т.П., Сапунова Н.А., Минаева В.В., Вдовина Н.Н., Величко С.А.*, Карпов Р.С.***
ОПЫТ УЧАСТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;
** ГУ НИИ генетики Томского научного центра СО РАМН;
*** ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН;
Лечебно-профилактические учреждения г. Томска

Укрепление первичного звена здравоохранения для развития профилактики целесообразно и признано одним из приоритетных направлений в отечественном здравоохранении (Национальные проекты). Вместе с тем, для разработки и внедрения профилактических технологий в практику имеется необходимость изучения конкретной эпидемиологической ситуации, позволяющей выявить потребность и первоочередность таких вмешательств.

Цель исследования. Продемонстрировать возможность и эффективность совместного с практическим здравоохранением сотрудничества в рамках международного проекта по изучению здоровья населения России.

Материал и методы. По контракту о сотрудничестве, между Генеральным директором ВОЗ в рамках международного проекта по изучению Здоровья России («Epihealth Russia»), заключенного с МАИР (Международное Агентство Исследования Рака, Лион, Франция), НИИ канцерогенеза РОНЦ (Москва) и ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (Томск) осуществлялась программа «Эпидемиологическое исследование причин преждевременной смертности населения в России». В реализации проекта использовались стратегии Международной программы CINDI. Основные усилия направлялись на привлечение первичного звена здравоохранения к участию в исследовании, повышению информированности медицинских работников в оценке основных факторов риска НИЗ, обучению стандартизованным методом эпидемиологического исследования. Проект в Томской области осуществлялся при поддержке Администрации города и области в рамках совместной работы с практическим здравоохранением. На проведение исследования получено разрешение Этического Комитета. В проекте совместно с институтом

кардиологии участвовали амбулаторные службы ЛПУ г. Томска (15 медицинских учреждений, обслуживающих население города). Для всех участников проведены обучающие семинары и тренинги.

Результаты и обсуждение. Разработан и внедрён в ЛПУ города пакет соответствующих методических документов. Проведено пилотажное (2002 г.) и выполнен основной этап исследования (2003-2008 гг.). Медицинские работники (врачи, фельдшера) провели опрос 42 264 человек от 30 до 74 лет по стандартной анкете. Измерялись антропометрические данные (рост, масса тела, объем талии, бедер), артериальное давление. Следует отметить высокий комплаенс исследования (менее 1% отказа). Наиболее распространенным фактором риска являлось курение. В группе мужчин молодого возраста курило более 2/3 населения (78,2%) и ещё каждый пятый дополнительно являлся пассивным курильщиком. В группе женщин курила каждая пятая (20,6%), в молодом возрасте это было более 40% лиц и если учесть, что почти половина женщин (49,4%) дополнительно окуривались дома или на работе, следует прийти к выводу о том, что большинство населения курит и особенно часто этой привычке подвержены лица молодого возраста. Обращала внимание высокая распространенность артериальной гипертензии как у женщин (52,3%), так и у мужчин (44,1). Ассоциированным с артериальным давлением, и так же распространенным фактором риска, являлась избыточная масса тела, выявленная почти у каждого второго мужчины и каждой третьей женщины. А если прибавить к их числу лиц с различными степенями ожирения, то практически у 60,0% мужчин и 66,9% женщин имелся этот фактор риска.

Заключение. Наши результаты подтверждают возможность и эффективность сотрудничества работников первичного звена здравоохранения и научно-исследовательского института и в то же время, выявленное широкое распространение факторов риска и неблагоприятный профиль риска населения г. Томска, подчеркивают необходимость и приоритет разработки и внедрения в условия практического здравоохранения профилактических мероприятий.

Кривошапкина З.Н., Миронова Г.Е.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ЯНЦ СО РАМН, г. Якутск

Адаптация к суровым климатогеографическим условиям высоких широт зависит от состояния белкового и липидного обмена.

Цель работы – оценка некоторых показателей липидного и белкового обмена среди жителей Якутии в зависимости от этнической принадлежности.

Материал и методы. Материал для исследования набирался во время комплексных медико-биологических экспедиций. Всего обследовано 1719 жителей Якутии обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет. Из них лиц коренной национальности было 1340, приезжих – 379. Контрольная группа состояла из 50 здоровых лиц в возрасте от 20 до 40 лет (20 женщин и 30 мужчин). Анализ спектра аминокислот проводили на аминокислотном анализаторе фирмы «Hitachi» CLA-3B. Показатели липидного обмена определялись на биохимическом анализаторе Cobas Mira Plus.

Результаты. Согласно полученным данным у 35% из числа обследованных лиц выявлена гиперхолестеринемия, независимо от этнической принадлежности. При этом тенденция к увеличению уровня общего холестерина у жителей Якутии отмечается сравнительно в молодом возрасте (начиная с возрастной группы 30-39 лет), а у лиц старше 60 лет увеличение содержания холестерина в крови было статистически достоверным ($p < 0,05$). Концентрация в крови антиатерогенных липопротеидов у лиц якутской национальности была ниже нормы, и сочеталось с высоким содержанием атерогенной фракции липидов. В группе лиц русской национальности уровень ХС ЛПВП был выше чем у якутов, но в то же время высоким был и ХС ЛПОНП, который был также выше, чем у якутов. Коэффициент атерогенности превышал допустимую норму в обеих группах, при этом у якутов этот показатель превышал норму в 2,16 раза, у русских – в 1,9 раза.

Сравнительный анализ аминокислотного спектра крови показал, что у жителей Якутии отмечается аминокислотный дисбаланс, который наиболее выражен у приезжих. Так сумма свободных аминокислот в крови у приезжих была выше в 1,9 раза, а у коренных жителей Якутии – в 1,5 раза, по сравнению с контрольной группой. Повышение уровня в крови практически здоровых жителей Якутии пролина, тирозина, фенилаланина, изолейцина и метионина, принимающих участие в регуляторных процессах, сочеталось с из-

менением соотношения альбуминов и глобулинов в сторону некоторого повышения γ -глобулиновой фракции. При этом у коренных жителей Якутии, особенно у женщин, диспротеинемия была более выраженной.

Таким образом, высокая распространенность дислипидемии и диспротеинемии является ценой адаптации к современным социально-экономическим условиям жизни и может рассматриваться как один из факторов способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний, как среди приезжего, так и коренного населения Якутии.

Ксенева С.И., Бородулина Е.В., Кулакова Н.В., Семиглазова Т.А., Тарасова И.В., Мамонова Т.Ю.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

ГУ НИИ Фармакологии Томского научного центра СО РАМН

Метаболический синдром (МС) и артериальная гипертензия (АГ) – патогенетически связанные состояния, где интегрирующая роль принадлежит увеличению активности симпатической системы. В этой связи в плане базисной терапии представляется перспективным использование центрального симпатолитика – избирательного агониста имидазолиновых рецепторов 1 типа – моксонидина.

Целью исследования явилась оценка плейотропных эффектов прицельной (таргетной) симпатолитической терапии при АГ на фоне МС.

Суточный мониторинг артериального давления, изучение липидного спектра, анализ вегетативного обеспечения функций осуществляли исходно, на 3 неделе и 3 месяце применения препарат «Физотенз» (Solvay Pharma) в дозе 0,2-0,4 мг/сут. В исследовании приняли участие 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин, средний возраст 44,3 года) с гипертензивной болезнью 1-2 степени на фоне МС. Полученные результаты обрабатывались статистически с использованием непараметрических методов Вилкоксона-Манна-Уитни и углового преобразования Фишера. Выявлено, что уже к 3 неделе терапии уровень САД и ДАД достоверно снижались и составили соответственно 133,67±4,33 мм рт ст. и 79,83±2,44 мм рт ст. (исходный уровень САД – 145,33±4,38 мм рт ст., ДАД – 86,08±2,68 мм рт ст., $p < 0,05$). Эти изменения имели место на фоне выраженного снижения активности симпатического отдела ВНС (у 19 пациентов выявлена парасимпатикотония у 7 аутопии и лишь у 4 присутствовали признаки активации симпатического отдела ВНС). К 3 недели уменьшались объем талии и вес у мужчин в 89% случаев и в 100% случаев у женщин. На фоне тенденции к снижению уровня общего холестерина, уже к 3 неделе терапии определено статистически достоверное снижение концентрации ЛПОНП до 0,73±0,08 ммоль/л (исходно 0,97±0,10 ммоль/л, $p < 0,05$). Уровень ЛПВП практически не менялся на протяжении всего периода наблюдения. К 3 месяцу терапии физотензом зарегистрировано статистически значимое снижение уровня триглицеридов до 1,96±0,31 ммоль/л (исходно 2,93±0,63 ммоль/л, $p < 0,05$).

Таким образом, моксонидин, благодаря симпатолитическим свойствам, наряду с выраженным гипотензивным действием, оказывает ряд позитивных метаболических эффектов, что позволяет позиционировать его в качестве базисной терапии АГ при МС.

Лишманов А.Ю., Оюнаров Э.О., Марков В.А.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА «РЕКОРД» ИЗ НИИ КАРДИОЛОГИИ ТНЦ СО РАМН

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Регистры острых коронарных синдромов (ОКС) регулярно проводятся как в различных регионах, так и на международном уровне. Они позволяют более или менее точно описать картину, касающуюся лечения ОКС, выявить недостатки для каждого лечебного учреждения и в изучаемом регионе в целом, а также определить пути для улучшения лечения ОКС.

Цель проекта:

1. Получить реальную, непредвзятую картину о лечении ОКС в НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, его результатах и исходах
2. Сравнить подходы к лечению ОКС и его результаты в нашем стационаре и в европейских странах.

Критерии включения пациентов: в Регистр включались все последовательно госпитализированные больные с подозрением на острый коронарный синдром. Пациент должен был обратиться за медицинской помощью в течение 24 часов от индексного приступа.

Критерии не включения:

а) инфаркт миокарда, ставший осложнением чрезкожного коронарного вмешательства или АКШ;

б) пациент был переведен из другого стационара. В качестве регистрационной карты настоящего Регистра использовался адаптированный аналог Case Report Form (CRF) III европейского регистра ОКС. В исследование приняли участие 50 пациентов с подозрением на ОКС, последовательно госпитализированных в течение ноября 2007 года.

Результаты.

1. Летальность при ОКС с подъемом сегмента ST в нашем стационаре 10%, в Европе 7,3 % – данное различие не является статистически достоверным.

2. В нашем стационаре доля пациентов, имеющих сердечную недостаточность при выписке в 3 раза больше чем в Европейских центрах.

3. Пациенты, лечившиеся с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST, в 4,5 раза чаще имеют диагноз Q-инфаркт миокарда при выписке.

Возможными причинами выявленных различий могут быть:

1. Более позднее по сравнению с европейскими центрами начало реперфузионной терапии.

2. Отсутствие ингибиторов Пв/Ша гликопротеиновых рецепторов и современных тромболитиков (tPA)

4. Более тяжелое исходное состояние пациентов, во многом, обусловленное отсутствием государственных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: только 15% пациентов знают свой уровень холестерина; в 1,5 раза чаще чем в Европе пациенты имеют артериальную гипертензию на момент поступления; в 3 раза чаще, чем в странах Европы 3-х сосудистое поражение коронарных артерий, по результатам коронарографии; в 2 раза чаще повторный инфаркт миокарда

Логинова Е.Н., Рожина М.В., Есина Е.А., Погребняк Н.В. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ВЗГЛЯД ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА НА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ

Омская государственная медицинская академия; МУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Омск

Приоритетным направлением эффективного лечения артериальной гипертензии (АГ), особенно у лиц молодого возраста, является модификация образа жизни. Однако, несмотря на существование профилактических программ, на практике врачами отдается предпочтение назначению лекарственных препаратов, в то время как немедикаментозные методы коррекции АГ используются достаточно редко.

Цель исследования. Изучение отношения врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинического звена к немедикаментозной коррекции АГ у молодых.

Методы исследования. В рамках вводного контроля знаний на кафедре внутренних болезней ПДО ОмГМА проведено анкетирование 320 врачей-терапевтов, приступающих к обучению на сертификационных циклах «Терапия». Сбор данных осуществлялся методом анкетирования на основе прямого опроса респондентов. В анкете были использованы открытые и закрытые вопросы, содержащие ограниченное количество информации, однозначно сформулированные и представленные в доступной форме, в соответствии с особенностями эпидемиологического и социологического исследований.

Результаты и обсуждение. Признают, что немедикаментозная коррекция является эффективной мерой в лечении АГ у лиц молодого возраста 63,4±0,03% терапевтов. Большинство из них связывают целесообразность проведения немедикаментозной коррекции с естественностью, доступностью, влиянием на организм в целом, а не на отдельное звено патогенеза. Однако 36,6±0,01% терапевтов считают, что, несмотря на целесообразность профилактических мероприятий, проведение последних у молодежи малоэффективно, поскольку им присуща низкая мотивация и приверженность к лечению в целом. Кроме того, у большинства молодых людей нет возможности изменить образ жизни из-за загруженности в учебе, создания семьи и т.п. Большинство врачей (81,4±0,04%) связывают сложности проведения немедикаментозной коррекции АГ со слабой организацией данного направления деятельности в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), а также недостаточным финансированием профилактических программ.

Заключение. К сожалению, не всеми терапевтами амбулаторно-поликлинического звена признается эффективность немедикамен-

тозной коррекции в лечении АГ у лиц молодого возраста. Низкую приверженность к лечению связывают с гендерными особенностями молодых пациентов. Свою же инертность врачи-терапевты объясняют недостаточной организацией и финансированием профилактической деятельности ЛПУ.

**Логонова Е.Н., Есина Е.А., Рожина М.В., Гладкова Т.М.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Омская государственная медицинская академия;
НУЗ ОКБ на станции Омск

Известно, что оценка качества жизни (КЖ), осуществленная больным и врачом, часто не совпадает. Между тем информация о КЖ, сообщаемая больным, позволяет не только составить полную и объективную картину болезни пациента, но и выявить особенности реакции пациента на заболевание.

Цель исследования. Изучение КЖ у лиц молодого возраста в аспекте ранней диагностики артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Обследовано 219 студентов (54,7% женщин и 45,3% мужчин; средний возраст $20,68 \pm 0,19$ лет) 4-х вузов г. Омска с эссенциальной АГ 1-2 степени, низким и умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений (ВНОК, 2004). Группа сравнения: здоровые студенты тех же вузов ($n=1320$ человек), сопоставимые по полу и возрасту, с неотягощенным по АГ семейным анамнезом. КЖ изучалось методом анкетирования с использованием русской тест-версии стандартизованного опросника SF-36.

Результаты и обсуждение. У молодых людей с АГ КЖ по большинству шкал находится на высоком уровне. Однако при сравнении со здоровыми сверстниками выявлено, что лишь показатель физического функционирования не отличался от такового в группе сравнения ($PF: 89,37 \pm 0,30$ vs. $88,75 \pm 1,84\%$; $p > 0,05$). Ухудшение КЖ у лиц молодого возраста с АГ вследствие боли ($BP: 70,66 \pm 0,61$ vs. $80,11 \pm 2,53\%$; $p < 0,001$), быстрой утомляемости и снижения работоспособности ($RP: 47,09 \pm 1,09$ vs. $58,93 \pm 4,25\%$; $p < 0,01$) определили более негативное отношение к состоянию своего здоровья ($GH: 51,74 \pm 0,54$ vs. $56,43 \pm 1,91\%$; $p < 0,05$). Но в физическом отношении молодые люди с АГ в целом оценили себя ничуть не хуже, чем их здоровые сверстники ($PH: 54,07 \pm 0,19$ vs. $54,61 \pm 0,78\%$; $p > 0,05$). Превышение рубежа в 50 баллов по шкалам жизненной активности и психического здоровья характеризует молодых лиц с АГ как активных, жизнерадостных, полных сил и энергии. Тем не менее, уровень КЖ у представителей основной группы был значительно ниже по шкале жизненной активности ($VT: 53,82 \pm 0,61$ vs. $60,89 \pm 2,24\%$; $p < 0,001$) и по шкале психического здоровья ($MH: 53,56 \pm 0,57$ vs. $58,50 \pm 2,20\%$; $p < 0,05$), что существенно повлияло на их повседневную деятельность ($RE: 44,33 \pm 1,11$ vs. $54,76 \pm 4,84\%$; $p < 0,05$). Выраженное увеличение КЖ по шкале социального функционирования ($SF: 88,49 \pm 0,51$ vs. $78,79 \pm 2,38$ баллов; $p < 0,001$) может быть обусловлено особенностями личности, проявляющимися гиперсоциальной направленностью интересов. Разнонаправленная динамика по шкалам VT , RE и MH с одной стороны, и SF – с другой, обусловили снижение суммарного компонента психического здоровья на 1,54% ($Mh: 40,29 \pm 0,26$ vs. $41,83 \pm 1,14\%$; $p < 0,05$).

Заключение. Учитывая столь выраженные изменения структуры качества жизни у молодых лиц с АГ, представляется небезынтересным его анализ в зависимости от уровня и стабильности повышенного артериального давления.

**Макарова М.В., Аверьянова О.В., Ларькина М.В., Потупчик Т.В.,
Кимяева С.И., Эверт Л.С., Прахин Е.И.
СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У
ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ**

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; Краевое образовательное учреждение «Школа Космонавтики», г. Железногорск

Обследование детей проводилось на базе Школы космонавтики города Железногорска Красноярского края – 64 человека и гимназии № 3 города Красноярска – 78 человек.

Особенностью проведения педагогического процесса в школе космонавтики являлось активное использование здоровьесохраняющих технологий обучения, в том числе метода индивидуальных дозированных физических нагрузок наряду с обязательными 2 часами занятий физической культурой. Обследование проводилось во второй половине второго учебного полугодия, все обследуемые дети имели

средние показатели физического развития, на момент осмотра у них отсутствовали признаки острых заболеваний.

За нормальный уровень АД принималось значение то 25 до 75 перцентилей кривой распределения данного показателя в каждой возрастно-половой группе. Дети, имеющие значения АД в диапазоне от 90 до 95 перцентилей кривой распределения данного показателя, расценивались как имеющие лабильную артериальную гипертензию. Дети, имеющие АД равное или превышающее 95 перцентиль кривой распределения относились к группе со стабильной артериальной гипертензией. Для верификации лабильной и стабильной артериальной гипертензии на первом этапе определялся перцентиль роста, на втором этапе с учетом перцентилей роста определялся перцентиль АД. Показатели систолического артериального давления распределились следующим образом: у курсантов школы космонавтики в 48,46% случаев имело место нормальное систолическое АД, у учащихся гимназии в 20,53%.

Уровень стабильной артериальной гипертензии в школе космонавтики составил 3,12%, а среди учащихся гимназии – 8,97%.

Основная масса учащихся гимназии – 70,50% имела низкий уровень систолического АД – ниже 25-го перцентилей распределения, причем на уровне 5-го перцентилей распределения находилось 58,97% детей от общего числа обследованных гимназистов. В школе космонавтики уровень пониженного систолического АД отмечался в 45,30% случаев, а на уровне 5%-го перцентилей распределения находилось 23,43% детей.

Таким образом, в школе космонавтики почти в три раза реже, чем в гимназии отмечались случаи стабильной артериальной гипертензии и в 2,5 раза реже встречались дети с очень низким уровнем систолического АД (артериальная гипотония).

**Мамонова Т.Ю., Марков В.А., Удуд В.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА
ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

ГУ НИИ фармакологии Томского научного центра СО РАМН;
ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Острая сердечная недостаточность (ОСН) является причиной неблагоприятного исхода острого инфаркта миокарда (ИМ) в 3-58,8% случаев. Лечение ОСН при ИМ ингибиторами АПФ затруднено из-за опасности развития гипотонии, а их влияние на рецидивирование ИМ, нарушения ритма, постинфарктную стенокардию остается недоказанным. В отдельных работах показано, что до 15% больных имеют противопоказания к назначению ИАПФ. В то же время бета-блокаторы имеют определенные ограничения именно при лечении острой СН.

Целью работы было определение возможности раннего назначения карведилола (К) при остром ИМ и изучение его влияния на реперфузионные аритмии (РПА), течение ОСН, постинфарктную стенокардию. В рандомизированное открытое контролируемое исследование было включено 60 больных острым крупноочаговым и трансмуральным ИМ, поступивших в отделение неотложной кардиологии в первые 12 ч от начала болевого синдрома. Все больные получили эффективную системную тромболитическую терапию стрептокиназой. Больные основной группы ($n=29$) получали при поступлении 6,25 мг К (препарат Дилатренд, фирма ROCHE) с последующей плановой терапией в дозе 12,5 мг/сут с титрованием дозы до 50 мг/сут. Больные контрольной группы ($n=31$) получали традиционную терапию без бета-блокаторов. В контрольной группе достоверно чаще наблюдались тяжелые РПА, в частности пароксизмальная желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков: 4 (12,9%) случая в контрольной группе против 0 в основной ($p < 0,05$). Чаще встречались пароксизмы фибрилляции и трепетания предсердий (9,7% против 3,5%), желудочковая экстрасистолия > III гр. по Lowp (41,9% против 24,1%), эпизоды ускоренного идиовентрикулярного ритма (12,9% против 3,5%). Чаще у больных основной группы встречались эпизоды АВ-блокады при заднем ИМ – 13,8% против 3,26% ($p > 0,05$) – но все они легко купировались введением атропина в/в. Среди больных, получавших К, не было случаев рецидива ИМ, тогда как во второй группе это осложнение встретилось у 7 больных. В контрольной группе было 3 летальных исхода (разрыв миокарда в первые сутки), в основной группе за время наблюдения летальных исходов не было. Отмечалось более быстрое и эффективное разрешение симптомов СН в первой группе. Вероятно, данный эффект связан с активным вазодилатирующим действием К. Переносимость лечения была хорошей: лишь в двух случаях (6,9%) К был отменен на 5-21 сут из-за бронхообструкции, а в двух случаях (6,9%) из-за брадикардии. При интенсивном наблюдении за больными не обна-

ружено опасных для жизни побочных эффектов. Таким образом, препарат способен предупреждать реперфузионное повреждение миокарда при ТЛТ ИМ, а гемодинамические эффекты К позволяют использовать его для лечения ИМ даже при выраженной ОЛЖН.

Масунов В.Н.*, Павлюкова Е.Н., Гарганеева Н.П.***, Карпов Р.С.**
ДИНАМИКА УПРУГО-ЭЛАСТИЧНЫХ СВОЙСТВ СОННОЙ
АРТЕРИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ
АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ВЕРАПАМИЛОВОГО РЯДА
И СЕЛЕКТИВНЫМ АНКСИОЛИТИКОМ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

* Томский Военно-медицинский институт МО РФ;
** ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;
*** ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск

Целью исследования явилось оценить связь между уровнем тревоги и упруго-эластичными свойствами сонной артерии у больных с артериальной гипертензией (АГ) и определить влияние комбинированной терапии антагониста кальция изоптина SR и противотревожного препарата афобазола.

Материал и методы. В исследование включены 29 пациентов с АГ в возрасте от 30 до 59 лет ($42,65 \pm 7,45$ лет), с уровнем артериального давления более 140 и 90 мм рт.ст. и давностью АГ $5,7 \pm 3,2$ года. Результаты клинического обследования дополнялись показателями шкалы Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale) для оценки тревоги (HARS). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от уровня тревоги. Первую группу составили 15 больных АГ, у которых выявлялись субклинические и клинически выраженные симптомы тревоги. Пациенты этой группы принимали изоптин SR и афобазол. Во вторую группу вошли 14 пациентов АГ без симптомов тревоги, которым использовалась монотерапия изоптином SR. Выполнено открытое, рандомизированное, параллельное исследование. Изоптин SR (Knoll AG, BASF Pharma, Германия) назначали в дозе 240 мг/сут в течение 3 месяцев. Афобазол (Мастерфарм, Россия) – селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов, назначался в дозе 30 мг/сут в течение от 2 до 4-6 недель до полной редукции симптомов тревоги с учетом основных точек приложения препарата: астения, тревога, гипотимия. С использованием кривой сфигмографии и кривой периферического пульса оценивали скорость распространения пульсовой волны, индекс жесткости и индекс аугментации. Упруго-эластичные свойства сонной артерии оценивали до и через 3 месяца терапии.

Результаты. Больные двух групп статистически значимо не различались по возрасту, полу, длительности АГ, индексу массы тела. Не выявлено различий между скоростью распространения пульсовой волны, индексами жесткости и аугментации до назначения терапии между пациентами указанных групп. В первой группе уровень тревоги составил $17,60 \pm 4,27$ баллов, во второй – $6,70 \pm 1,12$ баллов ($p < 0,001$). Суммарный балл по шкале тревоги HARS в группе больных, получавших афобазол, снизился до $7,3 \pm 0,2$ ($p < 0,01$). Через 3 месяца уровень тревоги не различался между пациентами обеих групп. Установлены корреляционные связи редукции тревоги с изменениями индексов аугментации ($r = -0,42$; $p = 0,02$) и жесткости ($r = -0,41$; $p = 0,03$) только в группе больных, находившихся на комбинированной терапии. Таким образом, устранения симптомов тревоги у пациентов с АГ при использовании афобазола в комбинации с изоптином SR улучшает упруго-эластические свойства сонной артерии.

**Минин С.М., Савенкова Г.М., Лишманов Ю.Б.
ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОНУКЛИДНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ
В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТА РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И СОКРАТИМОСТЬ
МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ
ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ**

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Введение. У ряда пациентов с выраженной сердечной недостаточностью регистрируется нарушения внутри и межжелудочковой проводимости, которые, прогрессируя, приводят к дискоординации сокращения желудочков и ухудшению сократительной функции миокарда. Сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ) зарекомендовала себя как эффективный способ лечения данной группы пациентов. Однако влияние ее на центральную гемодинамику и сократимость ЛЖ практически не изучено.

Цель исследования: скintiграфическая оценка влияния СРТ

на центральную гемодинамику и сократимость миокарда у больных с сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование было включено 19 пациентов (10 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 21 до 72 лет (средний возраст – $55,4 \pm 8,3$ года). На ЭКГ у всех пациентов зарегистрированы нарушения внутрижелудочкового проведения в виде блокады левой ножки пучка Гиса. Ширина комплекса QRS варьировала от 146 мс до 240 мс (средняя 183 ± 32 мс). Радионуклидные исследования были выполнены на гамма-камере «Омега-500» («Technicare» США-Германия). Легочную гемодинамику оценивали методом радионуклидной ангиопульмонографии (РАПГ), а для оценки сократительной функции левого желудочка использовали радионуклидную равновесную вентрикулографию (РРВГ).

Результаты. В течение первого месяца после имплантации кардиоресинхронизатора, у пациентов увеличился минутный объем с $3,67 \pm 1,24$ до $4,32 \pm 1,1$ ($p = 0,004$), ударный объем с $52,08 \pm 18,8$ до $64,4 \pm 17,6$ ($p = 0,02$), сердечный индекс $1,92 \pm 0,63$ до $2,21 \pm 0,51$ ($p = 0,009$) и ударный индекс с $26,8 \pm 9,8$ до $32,05 \pm 9,9$ ($p = 0,03$). Имело место и улучшение сократимости левого желудочка, фракция выброса которого возросла с $26,6 \pm 8,3$ до $31,9 \pm 8,3$ ($p = 0,02$). У всех пациентов отмечалась положительная динамика временных показателей гемодинамики малого круга кровообращения: артериальное модальное время уменьшилось с $7,95 \pm 3,3$ до $6,25 \pm 2,5$ ($p = 0,01$), а среднее время циркуляции крови в малом круге – с $16,89 \pm 6,45$ до $13,8 \pm 5,59$ ($p = 0,01$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что сердечная ресинхронизирующая терапия улучшает сократительную функцию миокарда ЛЖ и центральную гемодинамику, при этом радионуклидная вентрикулография и радионуклидная ангиопульмонография позволяют объективно оценить эффект ресинхронизирующей терапии у пациентов с ХСН.

**Минин С.М.
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЦИНТИГРАФИИ
123I-ЙОДОФЕНОМ В ИЗУЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ
МЕТАБОЛИЗМА СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ**

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Выявление жизнеспособного миокарда в областях коронарной ишемии активно используется в клинической практике. Жирные кислоты (ЖК) являются основным источником энергии для нормально функционирующего миокарда. Это создало предпосылки использования радиофармпрепаратов (РФП) на основе жирных кислот для оценки метаболических нарушений в кардиомиоцитах. Наиболее перспективной ЖК применяемой для визуализации миокарда является радиофармпрепарат ^{123}I -15-(п-йодфенил)-3-метилпентадекановая кислота (^{123}I -ФПДК).

Цель работы: оценить диагностические возможности скintiграфии с ^{123}I -Йодофеном в выявлении нарушений миокардиального метаболизма жирных кислот.

Материалы и методы. Исследованию подвергался раствор ^{123}I -Йодофена для инъекций. Динамику распределения ^{123}I -Йодофена исследовали на белых крысах-самцах массой 250-300 г. Радиометрию внутренних органов осуществляли на гамма-спектрометре «Tracor Analytic» (США) через 5, 15, 30, 60, 120, 180, 360 минут после инъекции ^{123}I -Йодофена. В клиническое исследование были включены 11 пациентов, в возрасте от 20 до 65 лет. Всем обследуемым была проведена метаболическая ОЭКТ миокарда с ^{123}I -Йодофеном в состоянии покоя. Все скintiграфические исследования проводили на томографической гамма-камере Омега-500 (Technicare, США-ФРГ) и гамма-камере «Форте» фирмы Philips.

Результаты. С первых минут после инъекции препарата отмечалась высокая аккумуляция ^{123}I -Йодофена в миокарде и печени. Максимальное накопление препарата в сердце наблюдалось на 5 минуте эксперимента 5,7% и к 30 минуте составило 5,1%. Качество изображения сердца кролика при скintiграфии с ^{123}I -Йодофеном было вполне приемлемым, начиная с 10 мин наблюдения. После внутривенного введения пациентам ^{123}I -Йодофен током крови доставлялся в ткани, где включался в обменные процессы, а затем радионуклидная метка выводилась кишечником и почками. При сравнении полярных карт каждого пациента нами были обнаружены как согласованные, так и не согласованные дефекты накопления РФП.

Выводы. Биологическое поведение ^{123}I -Йодофена характеризуются достаточно выраженной аккумуляцией РФП в сердце (по данным эксперимента на крысах), при скintiграфическом исследовании по уровню накопления ^{123}I -Йодофена в сердце можно судить об уровне активности β -окисления жирных кислот в интактных и ишемизированных участках миокарда, что позволяет судить о нали-

чии жизнеспособного миокарда, но при этом необходима комплексная оценка и перфузии и метаболизма.

Митьковская Н.П., Патеюк И.В.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ВЕРИФИКАЦИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С ФАКТОРАМИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Безболевая ишемия миокарда часто встречается среди практически здоровых лиц, имеющих факторы риска ИБС. Клиническая манифестация ИБС в ближайшие годы у этих лиц наступает в 3-4 раза чаще по сравнению с теми, кто не имеет бессимптомных эпизодов. Это прогностически неблагоприятный фактор, который повышает риск коронарогенных осложнений.

60 женщинам старше 40 лет с факторами риска ИБС выполнена эхокардиография, рассчитан индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), согласно которого пациентки разделены на 2 сопоставимые группы. В основную группу (ОГ) включены женщины (n=45) с гипертрофией миокарда левого желудочка (ИММЛЖ >110 г/м²), в контрольную группу (КГ) – пациентки (n=15) с нормальной геометрией левого желудочка (ИММЛЖ < 110 г/м²).

Всем женщинам проведено суточное мониторирование ЭКГ. Бессимптомное ишемическое смещение сегмента ST выявлено у 30 (66%) женщин ОГ и у 3 (20%) пациенток КГ. В соответствии с продолжительностью диагностически значимой депрессии сегмента ST за сутки пациентки ОГ разделены на две подгруппы: ОП1, n=14 (суммарная длительность ишемии за сутки у них менее 29 минут и составила 24,3±0,09 мин.) и ОП2, n=16 (суммарная длительность ишемии за сутки – 30 и более минут и составила 36,8±0,11 мин, что достоверно больше в сравнении с женщинами ОП1 и КГ). У пациенток КГ суммарная длительность ишемии за сутки составила 5,9±0,06 мин.

Для верификации бессимптомного смещения сегмента ST как ишемического 18 пациенткам выполнено радиоизотопное исследование – однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). Исследование выполнялось по двухдневному протоколу в последовательности REST-STRESS с использованием ^{99m}Tc-метоксиизобутилонитрил. В качестве нагрузочного теста использовалась фармакологическая проба с внутривенным введением раствора дипиридамола. Ишемия, выявленная по результатам суточного мониторирования ЭКГ, верифицирована ОФЭКТ: у пациенток ОП1 в 87,5%, а в ОП2 в 100% случаев, в КГ – в 50% случаев.

Таким образом, можно считать, что бессимптомное ишемическое смещение сегмента ST, выявленное методом суточного мониторирования ЭКГ, у женщин с гипертрофией миокарда левого желудочка, длительностью 30 минут и более может служить критерием наличия ишемической болезни сердца и показанием к проведению более детального обследования.

Митьковская Н.П., Статкевич Т.В.

ОСТРЫЙ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: изучить распространенность, степень поражения сердечной мышцы и общую сократимость левого желудочка у больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда при сочетании с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование включены 50 больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда, находившихся на лечении в инфарктном отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска с октября по июнь 2007-2008 гг. Для выявления метаболического синдрома были использованы диагностические критерии, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (1999) и Национальным институтом здоровья США в рамках АТР-III (2002). Степень поражения сердечной мышцы оценивалась по пиковым значениям кардиоселективного фермента – МВ-фракции КФК, общая сократимость левого желудочка анализировалась путем измерения фракции выброса при проведении ЭХО-КГ.

Результаты. Распространенность метаболического синдрома среди больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда составила 62% (n=31).

Среднегрупповые значения пикового уровня МВ-фракции КФК в группах больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда с метаболическим синдромом и при отсутствии необходимого для диагностики метаболического синдрома сочетания факторов риска составили 84,8±44,2 и 31,5±39,8 соответственно (p<0,01).

Проведение ЭХО-КГ в подостром периоде инфаркта миокарда продемонстрировало более низкие значения фракции выброса левого желудочка в группе больных крупноочаговым инфарктом миокарда с метаболическим синдромом. Так среднегрупповые значения изучаемого показателя в указанной группе составили 40,6±18,9, в группе больных крупноочаговым инфарктом без необходимого для диагностики метаболического синдрома сочетания факторов риска – 54±19,6 (p<0,05).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой степени распространенности метаболического синдрома у больных крупноочаговым инфарктом миокарда (62%). Для группы больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда с метаболическим синдромом характерна более высокая степень поражения сердечной мышцы и более низкие значения фракции выброса левого желудочка в подострый период, что является фактором риска неблагоприятных исходов у данной категории больных как в ранний, так и в поздний период течения заболевания.

Митьковская Н.П., Григоренко Е.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ИШЕМИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Белорусский государственный медицинский университет; УЗ «9-я городская клиническая больница», г. Минск, Беларусь

Ремоделирование сердца включает весь комплекс изменений размеров, формы, структуры, биохимических и функциональных свойств миокарда под влиянием различных компонентов, в том числе составляющих метаболического синдрома (МС). Сегодня гипертрофию левого желудочка рассматривают как один из наиболее значимых факторов риска инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности, желудочковых нарушений ритма, внезапной смерти, при этом, не отрицая ее изначально компенсаторный характер.

Целью исследования являлась оценка структурно-функциональных особенностей сердца и центральной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с МС.

Обследовано 117 пациентов с ИБС, 59 из которых имели МС. Методы обследования включали сбор анамнеза, клиническое наблюдение, комплекс антропометрических, лабораторных и инструментальных (ЭКГ-12, ЭхоКГ, ВЭП, мультиспиральная КТ сердца) исследований, направленных на верификацию диагноза ИБС. Среднее значение ИММЛЖ у больных ИБС с метаболическим синдромом достоверно превышало аналогичный показатель в группе сравнения (116,23±3,85 г/м², 104,63±4,31 г/м², p<0,05). Доля лиц, имеющих нормальную геометрическую модель левого желудочка, в основной группе исследования была достоверно ниже, чем в группе сравнения (37,3±6,29%, 56,9±6,50%, p<0,05). В структуре ремоделирования у больных ИБС в сочетании с МС преобладала эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка (37,29±6,29%, 15,52±4,75%, p<0,05), отмечалось нарушение его диастолической функции (Е/А_{МК} – 0,98±0,02, 1,23±0,06, p<0,01). Сократительная способность миокарда ЛЖ у обследованных пациентов соответствовала нормальным значениям, однако средние показатели в основной группе исследования были достоверно ниже, чем в группе сравнения (ФВ – 57,34±1,65%, УО – 29,56±2,48 мл/м²; 63,47±2,53% и 35,18±1,34 мл/м² соответственно, p<0,05).

Выводы. При наличии метаболического синдрома у больных ИБС преобладает эксцентрический тип гипертрофии левого желудочка.

Несмотря на сопоставимую давность заболевания, индекс массы миокарда левого желудочка у лиц с метаболическим синдромом достоверно выше, чем при наличии изолированной ИБС.

Диастолическая дисфункция левого желудочка у пациентов с метаболическим синдромом дебютирует раньше, чем у лиц с коронарным атеросклерозом, не имеющих МС.

Морова Н.А., Файль И.Л., Смирнов Д.Е., Цеханович В.Н., Киреева Н.В. АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ – ДИАГНОСТИКА, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Омская государственная медицинская академия, ГУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

Цель: выявить частоту встречаемости аспиринорезистентности у пациентов после коронарного шунтирования (КШ), оценить эффективность комбинированной антиагрегантной терапии у аспиринорезистентных лиц.

Методы. В исследование включено 45 мужчин (средний возраст $55,4 \pm 6,04$ лет) до и после операции КШ. Проведено исследование агрегатограммы и коагуляционного звена гемостаза до операции и в послеоперационном периоде (через 14 дней) после КШ. Больным с недостаточным уровнем гипoaгрегации на прием ацетилсалициловой кислоты (АСК-резистентным) был дополнительно назначен клопидогрель («Зилт», KRKA) в дозе 75 мг/сут. Повторное обследование проводилось через 7-10 дней после коррекции антитромбоцитарной терапии. Контрольную группу составили 26 здоровых мужчин, средний возраст – $54,7 \pm 1,1$ года. Оценивали следующие показатели агрегатограммы: интенсивность агрегации тромбоцитов спонтанная, индуцированная АДФ (5мкг/мл и 1,25мкг/мл), адреналином (5мкг/мл), коллагеном (20мг/мл) и ристомидином (12мг/мл). За АСК-резистентность принималось значение адреналин-агрегации выше 33%.

Результаты. После КШ АСК-резистентность обнаружена у 13 человек (29%), причем у 7 пациентов до операции этого феномена не было. Агрегация тромбоцитов с адреналином составила $40,6 \pm 4,14$ против $18,2 \pm 1,48$ в контрольной группе ($p < 0,001$), с АДФ 5 мкг/мл – $53,8 \pm 2,9$ против $43,4 \pm 1,99$, ($p < 0,0001$); с АДФ 1,25 мкг/мл – $27,2 \pm 3,38$ против $16,2 \pm 2,26$ ($p < 0,001$). В коагуляционном звене гемостаза в группе АСК-резистентных был достоверно выше уровень VIII-фактора, антитромбина III, плазминогена, удлинение АЧТВ и скрипинг-нарушения в системе протенина С, угнетение XIa-зависимого фибринолиза. Уровень D-димеров в плазме у больных этой группы был выше на 27%, чем в группе АСК-чувствительных больных. С целью достижения необходимого уровня гипoaгрегации АСК-резистентным лицам назначен клопидогрель. У АСК-резистентных лиц это привело к достоверному снижению агрегационного ответа тромбоцитов как спонтанной, так и индуцированной агрегации со всеми индукторами. Выявлены положительные изменения в коагуляционном звене гемостаза.

Выводы. У 29% пациентов после операции коронарного шунтирования выявлены признаки аспиринорезистентности. Добавление к терапии аспирином второго антиагреганта – клопидогреля позволяет достичь необходимого уровня гипoaгрегации. Результаты работы указывают на необходимость исследования агрегатограммы у всех больных после операций прямой реваскуляризации.

Морозов Ю.А., Чарная М.А., Савостьянова Н.М.
РОЛЬ ГЕМОЛИЗА В РАЗВИТИИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГУ Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского РАМН, г. Москва

Операции в условиях искусственного кровообращения (ИК), оказывают многофакторное воздействие на функциональное состояние почек, что может быть связано с гемодилюцией, изменением температурного режима организма, использованием лекарственных средств и компонентов крови. Возникновение почечной дисфункции (ПД) играет важную роль в развитии полиорганной недостаточности и повышении летальности больных, оперированных на сердце в условиях ИК. ПД может проявляться в виде снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), не требующего лечения или может переходить в острую почечную недостаточность, требующую проведения гемодиализа.

Цель работы: изучить роль интраоперационного гемолиза в развитии почечной дисфункции у больных после операций в условиях ИК.

Материалы и методы. Обследован 151 человек (средний возраст $52,3 \pm 8,9$ лет), оперированный на сердце в условиях ИК. ПД считали снижением СКФ (мл/мин) по Кокрофту более чем на 33% от дооперационных значений, которую определяли на 1, 3 и 7 сутки после операции. Степень гемолиза измеряли на приборе «Plasma/LowHb» (НемоСие АВ, Швеция).

Результаты. На 1 сутки после операции ПД отмечалась у 29%, на 3 сутки – у 26,5%, на 7 сутки – у 9,3% больных. При дискриминантном анализе достоверными факторами риска развития ПД явились наличие гемолиза в ходе операции, трансфузии донорских эритроцитов и отмытых аутоэритроцитов, продолжительность ИК, диурез за время ИК. Наиболее часто гемолиз развивался при использовании оксигенатора «Д-703», причем степень его выраженности была самой высокой. Наименьшее повреждающее действие на эритроциты оказывало применение оксигенатора «Medos». Осмотическая стойкость аутоэритроцитов зависела от способа (аппаратной или ручной) отмывки и особенно страдала при необходимости многократной ручной, центрифужной отмывки.

Заключение. Гемолиз, возникающий во время операций с ИК, является наиболее значимым фактором риска развития ПД. Поражение почек может наступать при превышении почечного порога для свободного гемоглобина плазмы, который снижается при ИК до 50 мг/% и ниже. Травма крови возникает вследствие ее соприкосновения с синтетическими поверхностями аппарата ИК, наличия по ходу тока крови условий для развития турбулентностей с явлениями кавитации, а также непосредственным контактом крови с кислородом в оксигенаторе. Значительная механическая нагрузка на форменные элементы крови создается и в системе кардиотомного возврата и при многократной ручной отмывке эритроцитов дренажной крови.

Морозов С.Н., Донская А.А., Морозова Е.А.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА «ЭКВАТОР»

Якутская городская клиническая больница № 1

Целью данного исследования явилось изучение метаболических эффектов комплексного препарата «экватор» (лизиноприл 10 мг + амлодипин 5 мг) у пациентов с артериальной гипертензией, жителей города Якутска.

Материал и методы. В исследовании участвовало 29 пациентов от 35-55 лет, страдающих АГ 1-11 степени. Изучалась динамика натощаковой глюкозы, мочевины, креатинина и характера липидограммы крови в зависимости от этнической принадлежности и пола пациентов. Длительность наблюдения составила 180 ± 10 дней, контроль проводился на 30, 90 сутки и по завершению исследования.

Результаты. Группа исследуемых была разделена на мужчин ($n=19$) и женщин ($n=10$), по этническому признаку на русских ($n=15$) и саха ($n=14$), все больные регулярно принимали препарат, нежелательных лекарственных явлений не выявлено. На начало исследования повышение уровня натощаковой глюкозы крови найдено у 36% мужчин и у 50% женщин, в равной степени как у русских, так и у саха. Повышение общего холестерина выявлено у 31% мужчин и 20% женщин, изменение данного показателя нами в большей степени отмечено в группе русских пациентов (60%). Показатели мочевины крови у обследуемых находились в пределах нормы. Уровень креатинина крови был повышен за счет изменений данного показателя в подгруппе русских женщин в 43%. Нами отмечено, что на 90 день исследования в общей группе несколько повысился уровень креатинина (с 129 моль/л до 136 моль/л).

Увеличение креатинина в ответ на один из компонентов препарата (иАПФ) говорит о патологии почек у обследуемых лиц. Однако на 180 день исследования дальнейшее повышение уровня креатинина нами не отмечено. Динамики липидного спектра крови на 90 день исследования нами не выявлено, а на 180 день мы отметили снижение уровня общего холестерина и ЛПНП. Корреляции метаболических изменений при лечении экватором от пола и этнической принадлежности нами не установлено.

Заключение. Исследование показало высокую комплаентность пациентов при приеме экватора 1 раз в сутки. Отмечена метаболическая нейтральность препарата при его использовании в течение 3 месяцев и гиполлипидемический эффект при длительном (до 6 месяцев) его приеме не зависимо от пола и этнической принадлежности.

Морозов Ю.А., Чарная М.А., Савостьянова Н.М.
СТАДИЙНОСТЬ ТУБУЛО-ГЛОМЕРУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского РАМН, г. Москва

Искусственное кровообращение (ИК) является существенным фактором риска развития послеоперационной почечной дисфункции (ПД). Транзиторные ренальные нарушения после операций в условиях ИК возникают даже у пациентов с исходно нормальной функцией почек. Во время ИК и после реперфузии почечным нарушениям обычно предшествует период сниженного почечного кровотока, что в основном проявляется на тубулярном уровне. Этот же фактор оказывает существенное влияние и на снижение клубочковой фильтрации.

Цель работы: изучить тубуло-гломерулярные нарушения, возникающие у больных при операциях на сердце в условиях ИК.

Материал и методы. Обследовано 80 больных, которым была выполнена операция АКШ в условиях ИК. Больные были разделены на две группы: группа 1 ($n=45$) – без ПД в послеоперационном периоде, группа 2 ($n=35$) – с развитием ПД на 1 сутки после операции.

ПД считали снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) на 33% и более от исходных значений. Тубулярную функцию оценивали по фракциональной экскреции натрия (ФЭНа, мл/100 мл), гломерулярную – по уровню микроальбумина (МАУ, мг/л) в моче (аппарат «Albumin 201», НемоСие АВ, Швеция) и концентрационному коэффициенту (КК). Исследования проводили до операции, по окончании ИК и на 1 сутки после операции.

Результаты. До операции у больных обеих групп ПД не выявлялась. После окончания ИК у всех пациентов регистрировалось снижение СКФ, более выраженное в группе 2. На 1 сутки после операции в группе 1 СКФ несколько превышала исходные значения, тогда как в группе 2 она оставалась сниженной, причем СКФ на этом этапе была достоверно меньше по сравнению с дооперационными значениями. До операции КК был одинаковым в обеих группах. После окончания ИК отмечено возрастание КК в обеих группах, но на 1 сутки в группе 1 КК оставался на уровне постперфузионных значений, в то время как в группе 2 регистрировалось значимое и выраженное его уменьшение. Уровень МАУ на 1 сутки в большей степени возрастал у больных группы 2. После ИК в обеих группах отмечалось значимое повышение ФЭНа, причем в группе 2 этот показатель был в 1,7 раза выше, чем в группе 1. На 1 сутки после операции ФЭНа в обеих группах снижалась, причем в группе 1 до значений ниже первоначальных, а в группе 2 она превышала исходные величины ($p < 0,05$).

Заключение. При операциях в условиях ИК тубуло-гломерулярные нарушения носят стадийный характер. После окончания ИК отмечается дисфункция тубулярного аппарата почек, в дальнейшем при сохранении ишемических повреждений – клубочка. Выявленные нарушения реализуются чаще всего в развитии транзиторной ПД, не требующей гемодиализа.

Мошкина А.А., Зонов О.А., Зонина Ю.А.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия

Цель. Изучить особенности изменения артериального давления (АД) в период обострения бронхиальной астмы (БА) у пожилых пациентов, страдающих БА в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 44 пациента, страдающих БА средней степени тяжести и АГ. Из них 1 группа – 22 пожилых пациента (средний возраст 69 ± 5 лет), 2 группа – 22 пациента в возрасте $52 \pm 4,3$ года. Исходно группы не различались статистически по особенностям течения БА и АГ. Все пациенты получали терапию по БА, соответствующую 3 ступени (GINA) и антигипертензивную терапию (верапамил, индапамид) под контролем пикфлоуметрирования и мониторинга АД.

Результаты. В 1 группе у 5,8% пациентов выявлена I стадия АГ, у 62,5% – II стадия АГ, у 31,7% – III стадия АГ, при этом АГ дебютировала: у 53,5% – раньше БА, у 40,5% – позже БА, у 6% больных – одновременно с БА. Во 2 группе у 20,9% пациентов выявлена I стадия АГ, у 70,3% – II стадия АГ, у 8,8% – III стадия АГ, при этом АГ дебютировала: у 34% – раньше БА, у 55% – позже БА, у 11% больных – одновременно с БА. Исходные (до обострения БА) показатели пикового экспираторного потока (ПЭП) и среднего АД составляли соответственно: в 1 группе наблюдаемых – $85,4 \pm 4,3\%$ от наилучшего и $103 \pm 3,7$ мм Hg, во 2 группе – $91,4 \pm 7,2\%$ и $98 \pm 3,5$ мм Hg. При обострении у пациентов обеих групп отмечалось повышение среднего АД и падение показателя ПЭП, что требовало пересмотра не только противоастматической терапии, но и усиления антигипертензивного лечения: в 1 группе у 90% пациентов отмечалось повышение среднего АД до $120 \pm 3,2$ мм Hg, на фоне снижения ПЭП до $51,3 \pm 7,5\%$ от наилучшего, во 2 группе у 81,8% пациентов на фоне снижения ПЭП до $54,5 \pm 8,4\%$ от наилучшего отмечалось повышение среднего АД до $115,2 \pm 5,5$ мм Hg. При сравнении групп отмечалось достоверно большее ($p = 0,03$) повышение среднего АД и достоверно большее ($p = 0,02$) падение ПЭП у пожилых пациентов на фоне обострения БА.

Выводы. При обострении БА у пожилых пациентов отмечается достоверно большее ($p = 0,02$) падение ПЭП, сопровождающееся достоверно большими ($p = 0,03$) цифрами повышения среднего АД, в отличие от молодых пациентов.

Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ ЗА 1984-2006 ГГ.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: проанализировать уровень заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ) среди постоянного населения города Томска старше 20 лет за период с 1984 по 2006 год.

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» действующей в городе с 1984 года. За анализируемый период было зарегистрировано 21514 случаев заболевания ОИМ, в том числе 13861 (64,4%) «определенным» и 7653 (35,6%) – «возможным». Среди больных мужчины составили 13066 (60,7%), женщины – 8448 (39,3%). В большинстве случаев (78,5%) ОИМ проявлялся классическим ангинозным статусом, в 21,5% случаях клиника заболевания была атипичной. В возрастной структуре больных, в течение всего срока наблюдения, преобладали лица старше 60 лет (54,6 – 69,0%).

Результаты. В первые 3 года исследования уровень заболеваемости ОИМ вырос с 2,18 до 2,69 ($P < 0,05$) случая на 1000 жителей (у мужчин – с 2,92 до 3,63, $P < 0,05$, у женщин – с 1,56 до 1,85, $P < 0,05$). В отдельных возрастных группах рост данного показателя отмечен только среди жителей старше 60 лет (как в целом, так у мужчин и у женщин). В последующие годы уровень заболеваемости статистически достоверно не менялся ни среди населения в целом, ни в отдельных возрастных группах. В последние два года отмечено снижение данного показателя по отношению к предыдущему году как в целом (с 2,73 до 2,46 и 2,45 соответственно), так у мужчин (с 3,71 до 3,34 и 3,35) и у женщин (с 1,93 до 1,74 и 1,73) ($P < 0,05$). Снижение заболеваемости выявлено во всех возрастных группах, за исключением мужчин в возрасте 40-49 лет, где изменения данного показателя были незначительны и недостоверны. Сокращение заболеваемости произошло за счет первичных случаев, тогда как уровень заболеваемости повторным ОИМ (повторным считался инфаркт миокарда, развившийся в течение 12 месяцев после предыдущего) за последние два года вырос (с 0,22 до 0,26). Следует отметить, что не только за анализируемый период времени, но и за все время работы регистра, уровень заболеваемости ОИМ в молодых возрастных группах не только не увеличился, но и имел тенденцию к снижению.

Заключение. Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске наметилась тенденция к снижению данных показателей. К числу возможных причин способствующих снижению уровня заболеваемости ОИМ можно отнести постоянную санитарную пропаганду, появление и использование для лечения сердечнососудистых заболеваний эффективных лекарственных средств и желание активно и правильно лечиться у лиц потенциально угрожаемых в плане развития ОИМ. К особенностям эпидемиологии ОИМ в Томске следует отнести отсутствие тенденции к «омоложению» данного заболевания.

Ополонский Д.В., Максимов Н.И.

СОСУДОДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГОУ ВПО «ИГМА Росздрава», Ижевск

Актуальность. Наиболее важная кардиологическая патология связана с морфологическим и/или функциональным поражением артериальной системы. Большинство артерий организма (туловища, конечностей, внутренних органов) относится к артериям мышечного типа и способны адаптивно менять кровоток в зависимости от потребностей органа. Сосудодвигательная функция артерий (СДФ) складывается из базального тонуса (БТ), способности к вазодилатации (ВД) и вазоконстрикции (ВК), которые зависят от активности центральных и локальных механизмов регуляции. В состав интимы артерий входит эндотелий, вырабатывающий NO, с ним связывают ВД. Большая часть кровеносных сосудов иннервируются волокнами симпатической нервной системы, с ними связывают ВК. Баланс ВД и ВК определяет БТ. Исследование СДФ плечевой артерии (ПА) используется для «суррогатной» оценки СДФ коронарных артерий (КА) при ишемической болезни сердца (ИБС). Наиболее частое проявление ИБС – стабильная стенокардия напряжения (ССН). Большинство больных ССН имеют признаки метаболического синдрома (МС).

Цель. Оценить сосудодвигательную функцию плечевой артерии при ИБС с МС.

Материал и методы. Обследован 81 больной (42 мужчины и 39 женщин) ССН с МС в дефиниции IDF-2005. Средний возраст $52,5 \pm$

5,2 лет. Всем пациентам проводили исследование СДФ ПА с помощью ультразвуковой системы SSD-4000 ProSound PHD датчиком линейного формата 7,5 МГц. Для оценки ВД использовали компрессионную пробу (КП) по методике Celermajer DS с наложением пневматической манжеты в средней трети предплечья ниже зоны локации ПА. Для оценки ВК использовали дыхательную пробу (ДП). Диаметр ПА измеряли исходно и после проведения проб.

Результаты. Средний диаметр ПА составил $4,5 \pm 0,55$ мм, что в 1,4 раза выше среднего значения в популяции среднего возраста. Это явление расценивается нами как компенсаторная ВД и/или экспансивное ремоделирование артерии с целью обеспечить адекватный кровоток в условиях атеросклероза. При проведении КП прирост диаметра ПА составил $4,0 \pm 2,5\%$, что свидетельствует о недостаточной ВД. При проведении ДП диаметр ПА уменьшился на $3,9 \pm 2,4\%$, что свидетельствует о недостаточной ВК. Выраженность патологических изменений коррелировала с компонентами МС и с поражением других органов мишеней.

Выводы. Одновременное нарушение ВД и ВК при ИБС с МС свидетельствует о выраженной дисфункции центральных и локальных механизмов регуляции сосудистого тонуса. Для СДФ ПА, отражающей СДФ КА, при ИБС с МС характерно состояние артериопареза с экспансивным ремоделированием. В данном состоянии артерии не способны к адаптивному изменению кровотока в органах в зависимости от их потребностей.

Ополонский Д.В., Максимов Н.И.

НОВАЯ ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГОУ ВПО «ИГМА Росздрава», Ижевск

Актуальность. Несмотря на многообразие лекарственных средств и инвазивных методов лечения, имеется потребность в принципиально новых подходах к терапии ишемической болезни сердца (ИБС). Стабильная стенокардия напряжения (ССН) – наиболее частое проявление ИБС. Большинство больных ССН имеют метаболический синдром (МС). Структуры сердца больных ССН с МС находятся в условиях повреждающего действия как метаболических, так и гемодинамических факторов. Состоянию вегетативной нервной системы (ВНС), как структурному и функциональному компоненту сердца, в современных исследованиях уделяется недостаточное внимание. Проводящая система сердца и большинство внутрисердечных нейронов имеют нейрогенное происхождение и являются конечным звеном парасимпатической иннервации. Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) позволяет оценить состояние ВНС сердца. Использование современных нейротропных препаратов, в частности бенфотиамина (БТ), можно рассматривать как потенциальную возможность коррекции выявленных нарушений.

Цель. Оценить возможность применения БТ с целью коррекции нарушений вегетативной иннервации сердца у больных ИБС с МС.

Материал и методы. В исследовании участвовали 50 больных (28 мужчин и 22 женщины) ССН с МС в дефиниции IDF-2005. Средний возраст $50,5 \pm 5,4$ лет. Группу наблюдения составили 24 пациента – в дополнение к стандартной терапии принимали БТ 300 мг/сутки в течение 15 недель, контрольную группу составили 26 пациентов – получали только стандартную терапию. До и после курса лечения проводился анализ ВРС по стандартным методикам на «коротких» (5 минут) с проведением функциональных проб и «длинных» записях ЭКГ (24 часа).

Результаты. Исходно у всех обследованных значительно снижены временные (SDNN, RMSSD, pNN50%) и спектральные (HF) показатели ВРС на «коротких» и «длинных» записях ЭКГ. При проведении функциональных проб не происходил достаточный прирост показателей, связанных с парасимпатическим отделом ВНС. После 15 недель лечения в обеих группах пациентов наблюдались положительные изменения исследуемых показателей ВРС. В группе наблюдения увеличение временных (SDNN, RMSSD, pNN50%) и спектральных (HF) показателей ВРС было достоверно более выражено.

Выводы. Применение нейротропного БТ для коррекции нарушений вегетативной иннервации сердца является патогенетически обоснованным. Полученные результаты свидетельствуют о достоверном положительном влиянии БТ на показатели ВРС, отражающей состояние ВНС сердца. Данное направление фармакотерапии ИБС с МС мы считаем перспективным и требующим дополнительного изучения.

Панькова А.Н.

РАДИОНУКЛИДНАЯ РАВНОВЕСНАЯ ВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЛЕГОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМ

Цель работы. Изучить особенности гемодинамики правых отделов сердца и состояние легочной микроциркуляции у пациентов с тромбозом легочной артерии.

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 25 больных. Основную группу составили 15 пациентов (средний возраст 62 ± 11 лет) с ТЭЛА, верифицированной по данным V/Q сцинтиграфии. В группу сравнения вошли 10 пациентов (средний возраст 59 ± 9 лет) страдающих ИБС, с недостаточностью кровообращения I-II ФК по NYHA и исключенным по данным полного клинико-инструментального исследования диагнозом ТЭЛА. Критериями исключения из групп явились: фибрилляция предсердий, ортопноэ в состоянии функционального покоя, наличие рецидивирующих тромбозов легочной артерии в анамнезе, дилатационная кардиомиопатия, хронические обструктивные болезни легких, пороки сердца. Радионуклидное исследование включало выполнение радионуклидной равновесной томографии и перфузионно-вентиляционной сцинтиграфии легких. В процессе обработки изображений были определены основные систолические и диастолические показатели ПЖ.

Результаты. Было установлено, что значения фракции выброса ПЖ были достоверно меньшими в группе пациентов с ТЭЛА. Значения КДО и КСО достоверно между группами не различались. Связано это, на наш взгляд, с тем, что среди пациентов данной выборки не было больных с рецидивирующими тромбозами, которые, как известно, осложняются развитием легочного сердца с дилатацией правого желудочка. У пациентов с ТЭЛА мы выявили достоверно меньшие значения ударного объема правого желудочка. Основные различия между группами были выявлены по диастолическим показателям. Причиной ухудшения показателей наполнения и изгнания правого желудочка является, на наш взгляд, не столько сам факт выключения части легочных капилляров из кровотока, сколько повышение давления в системе легочной артерии. Так повышенное сопротивление току крови в легкие будет приводить к замедлению выброса крови из ПЖ, что проявляется уменьшением максимальной скорости изгнания. Увеличение послегрузки на правый желудочек является также причиной достоверного уменьшения пиковой скорости наполнения, как за всю диастолу, так и за ее треть.

При анализе кровенаполнения легких было установлено, что в эмболизированных зонах кровенаполнение было статистически достоверно снижено, по сравнению с интактными зонами. В ряде случаев площадь зоны редуцированного кровенаполнения была большей, по сравнению с областью гипоперфузии (по данным перфузионной томосцинтиграфии легких), что может быть обусловлено рефлекторным вазоспазмом по периферии области тромбоза.

Выводы. Развитие тромбоза легочной артерии сопровождается достоверным снижением фракции выброса, ударного объема, пиковой скорости изгнания, а также ухудшением диастолической функции правого желудочка.

Радионуклидная равновесная томография позволяет определять легочный кровоток и полуколичественно оценивать выраженность легочной эмболии. Выполнение радионуклидной томографии показано пациентам с тромбозом легочной артерии для оценки гемодинамической перегрузки правых отделов сердца и мониторинга эффективности проводимой терапии.

Перминов М.Г., Шимкевич А.М., Шабанов А.А., Жовмир Н.Г., Бабич Н.Н.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕЗКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПЕРВИЧНОГО КРУПНОЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ГУЗ СО Клинико-диагностический центр «Кардиология», г. Екатеринбург

Цель: выявить процент окклюзии «инфарктзависимого» сосуда в группах сравнения; доказать необходимость проведения ЧКВ после предшествующей ему ТЛТ; выявить медико-экономическую целесообразность комбинации ЧКВ и ТЛТ при лечении первичного ОИМ с зубцом Q.

Методы исследования. В исследование вошло 115 пациентов с первичным ОИМ с зубцом Q: мужчин 80, женщин 35. Все пациенты разделены на две группы: с предшествующей ЧКВ тромболитической терапией (n=42), возраст 40-78 лет, и с первичным ЧКВ (n=73), возраст 34-78 лет. Диагноз верифицирован клиникой, динамикой ЭКГ, лабораторными данными: КФК, МВ – КФК, тропонины. Время от начала болевого приступа до ТЛТ не более 12 часов, время от начала болевого приступа до ЧКВ не более 24 часов.

Результаты. Характер поражения коронарных сосудов в группах исследования не имеет статистически значимых различий (p>0,05). Окклюзия «инфарктзависимой» артерии по данным КАГ в группах исследования к моменту проведения ЧКВ сохраняется у пациентов с предшествующим системным тромболлизом в 8 случаях 19%, а у пациентов с первичным ЧКВ в 44 случаях 60,2% (p<0,05). Стенты имплантированы: в группе с предшествующим ЧКВ системным тромболлизом 34 пациентам или 80,1%; в группе с первичной ЧКВ 63 или 86,3% (p<0,05), в то время число имплантированных стентов в группе без предшествующей ТЛТ было статистически значимо больше, так как 2 пациентам стенты были имплантированы в 2 секунда (p<0,05).

Выводы. Тромболитическая терапия должна сопровождаться КАГ, так как после проведения ТЛТ в 19% случаев сохранялась окклюзия «инфарктзависимого» сосуда, а число пациентов нуждающихся в имплантации стента статистически не достоверно отличалось от группы с первичным ЧКВ. Предшествующая ЧКВ тромболитическая терапия по данным данного исследования позволяет уменьшить число имплантированных стентов (p<0,05), а следовательно, уменьшить затраты на стационарное лечение и постинфарктную реабилитацию.

**Петелина Т.И., Гапон Л.И., Бахматова Ю.А., Горбатенко Т.Г.
МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»

Цель работы: на основании использования комплексного подхода (параллельного проведения СМАД и ЭКГ, исследования липидного спектра плазмы крови и мембранно-клеточных тестов) выявить маркеры развития ИБС у больных АГ с МН.

Материал и методы. В исследование включено: 1 основная группа 82 пациента, страдающих АГ с ИБС и МН (АГ I-III степени, сахарный диабет (СД) 2 типа, абдоминальное ожирение (АО), ИБС, стабильная стенокардия напряжения (СН) II-III ФК). 2 группа сравнения 38 больных АГ с МН без ИБС (АГ I-III степени, СД 2 типа, АО). Пациенты достоверно не различались по полу, возрасту, офисному АД, степени АГ, АО, компенсации СД. Суточный профиль АД оценивали по данным СМАД (аппарат «ИНКАРТ», комплекс «Кардиотехника»). Анализировали показатели САД, ДАД во все временные интервалы суток, ЧСС, двойное произведение (ДП), индекс времени (ИВ), вариабельность, суточный индекс (СИ), величину и скорость утреннего подъема (УП) АД. На биохимическом анализаторе «Еос-Вгаво» определяли: уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), ХС ЛПВП, ХС ЛПНП. Определение показателей ПОЛ в мембранах тромбоцитов – диеновые конъюгаты (ДК) проводилось спектрофотометрическим методом.

Результаты. Чтобы выявить маркеры ИБС у больных 1 и 2 групп, на основании использования исследуемых параметров, были выделены признаки, достоверно различающие их. В это число вошли: с/с, с/д, с/н ДАД и ЧСС (p<0,05), СИ, величина и скорость УП САД и ДАД (p<0,05), ОХС, ХС ЛПВП (p=0,004), уровень каталазы (p=0,006), шиффовые основания и ДК в эр. и тр. (p=0,016). Методом логистического регрессионного анализа установлено, что с/с и с/д показатели ЧСС и ДП, СИ САД, величина УП САД, уровень ОХС и ДК в тромбоцитах являются независимыми маркерами ИБС у больных АГ с МН. На основании моделирования с использованием метода логистической регрессии получена формула для расчета коэффициента вероятности события (P). $P = e^y / (1 + e^y)$, где $e = 2,72$ (математическая константа), а y – уравнение логистической регрессии. $y = 3,77 + ЧСС$ (сут.) $\times 0,342 + ЧСС$ (ноч.) $\times (-0,592) + СИ$ САД $\times 0,446 + В$ УП САД $\times (-0,043) - ДП$ (сут.) $\times 0,508 + ДП$ (ноч.) $\times 0,653 + ОХЛ$ $\times 0,016 - ДК$ тр. $\times 0,003$. Для группы больных без ИБС – P<0,5, с ИБС – P>0,5. Чувствит. метода 87,5%, специфичность 73,3%, прогностическая ценность 83%.

Вывод. Таким образом, имея данные суточного профиля СМАД, параметры биохимического и мембранно-клеточного исследова-

ования, можно у больных АГ с ожирением и сахарным диабетом 2 типа рассчитать коэффициент вероятности развития у них ИБС.

**Гапон Л.И., Петелина Т.И., Стукалова Т.Г., Рычихина К.С.
АТАКАНД В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»

Цель работы: изучение влияния терапии атакандом на показатели суточного мониторирования АД (СМАД), упругости сосудистой стенки и параметры ПОЛ у больных артериальной гипертонией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов с мягкой и умеренной АГ в сочетании с абдоминальным ожирением. Средний возраст (44,68±1,02), стаж АГ (8,02±0,8), ИМТ 31±1,08 кг/м². Обследование проводилось на чистом фоне и через 4 недели терапии атакандом (кандесартан) «Astra-Zeneca» (16 мг/сут).

СМАД проводилось на аппарате АВРМ-04 венгерской фирмы Meditech. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), «Поли-спектр – ФС» (Россия). Определяли показатели на каротидно-фemorальном (эластический тип артерий) и на каротидно-радиальном (мышечный тип артерий) сегменте (Сэ и См, соответственно), высчитывали модуль упругости по артериям эластического (Еэ) и мышечного (Ем) типов. ПОЛ оценивалось по уровню диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты. Целевой уровень достигли 62% пациентов. По СМАД выявлено достоверное снижение (p<0,05) среднесуточных параметров, индекса нагрузки временем и площадью САД и ДАД. Зарегистрировано достоверное (p<0,05) повышение процента лиц с адекватным суточным индексом (группа dipper), снижение скорости утреннего подъема (СУП) ДАД. Через 4 недели терапии выявлено достоверное снижение показателей Сэ (м/с) и Еэ (1000*дин/см²) (9,59±0,45 / 8,72±0,22; 11,4±0,37 / 9,35±0,33, соответственно). Зарегистрировано (p<0,05) снижение уровня МДА, повышение уровня СОД (p<0,05). Выявлены корреляционные взаимосвязи (p<0,05) показателей АД, индексов нагрузки АД, Сэ с уровнем МДА.

Выводы. Гипотензивный эффект, увеличение процента лиц с адекватным СИ, снижение СУП, нормализация параметров СРПВ дает возможность использовать атаканд для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ. Достоверное снижение уровня продуктов ПОЛ, повышение активности СОД на фоне нормализации показателей СМАД свидетельствует о наличии у атаканда мембранно-клеточного механизма коррекции АД.

**Петрова В.В., Петрова М.М., Захарова Т.Г.
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ**

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Проанализировано 162 истории родов, женщин, проживающих в г.Красноярске, с установленным до беременности диагнозом артериальная гипертонии. Возраст в исследуемой популяции составил от 19 до 47 лет (Me – 29 лет, интерквартильный размах от 26 до 34 лет).

Среди экстрагенитальной патологии у женщин с АГ наиболее встречающимся заболеванием являлось ожирение, которым страдало больше половины беременных. Высок процент вредных привычек у женщин исследуемой выборки, среди которых ведущее место занимает курение. Так процент женщин-курильщиц составил 14,2%, 9 детей у этих женщин родились в состоянии никотиновой интоксикации.

У 75 беременных (46,3%) повышение АД отмечалось уже с первого триместра беременности, хотя у здоровых беременных отмечается тенденция к некоторому снижению. Среднее максимальное АД, зафиксированное во время беременности, систолическое – 153,7 мм рт.ст, диастолическое – 96,7 мм рт.ст. Повышение АД в родах наблюдалось у 108 женщин (66,7%), в послеродовом периоде повышение зафиксировано у 88 женщин (54,3%).

Беременность закончилась срочными родами у 139 женщин (85,8%), преждевременные роды наступили у 21 женщины, запоздалые у двух. Больше половины женщин с АГ (50,6%) родоразрешены путем операции кесарева сечения, наиболее частым показанием к оперативному родоразрешению являлся сочетанный гестоз, который развился у 27,8%, что несколько ниже средних данных по России (36%). Преэклампсия диагностирована у трех женщин (1,9%). Столь значительная частота этого осложнения беременности обу-

словлена общностью многих патогенетических механизмов регуляции сосудистого тонуса и деятельности почек при обоих заболеваниях.

Всего родилось 162 живых детей (одна двойня), два плода погибли антенатально. Масса детей при рождении, включая мертворожденных, составили Ме 3265 г (25-75%: 2900-3700 г). Наиболее частым диагнозом новорожденных у женщин с АГ была церебральная ишемия (53,7%), задержка внутриутробного развития (23,5%), асфиксия (8%) и недоношенность (13%).

Таким образом, артериальная гипертония у беременных является неблагоприятным фоном для вынашивания беременности. Почти треть таких беременностей осложняется сочетанными формами позднего гестоза. Высок уровень заболеваемости новорожденных. Все вышесказанное требует разработки эффективных лечебно-профилактических и медико-организационных мероприятий для профилактики осложнений и улучшению перинатальных исходов у женщин с АГ.

Петрова М.Н., Маркова О.Г., Саввина Г.Р., Дьячковская С.В., Труфимова Н.И.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

МУ ЯГКБ, г. Якутск

Актуальность: первичная заболеваемость острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) в России 0,027/1000 населения. Частота впервые выявленной хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) – 0,097/1000; распространенность – 0,45/1000 детского и 2,6/1000 взрослого населения. В Республике Саха (Якутия) частота впервые выявленной ХРБС в 2005-2007 гг. 0,4-0,3-0,3/1000 взрослого населения, распространенность – 4,4-4,4-4,1/1000 соответственно. В отношении ОРЛ: впервые выявленная ОРЛ в 2005-2007 гг. 0,1-0,1-0,1/1000 взрослого населения, распространенность – 0,2-0,3-0,2 соответственно. ОРЛ встречается преимущественно в детском возрасте, однако ее осложнения актуальны во «взрослой» практике.

Цель исследования: выявить проблемы диагностики ОРЛ и мероприятий по эффективной вторичной профилактике ХРБС.

Методы и пациенты. Проанализированы истории болезни пациентов с ХРБС и ОРЛ, получивших стационарное лечение в 2005-2007 гг. ХРБС в 2005 зарегистрирована у 44 женщин (средний возраст 55,3±2,1 г.) и 23 мужчин (50,6±3,7); в 2006 году у 48 женщин (54,7±4,3) и у 28 мужчин (25,6±1,9); в 2007 году у 36 женщин (55,3±5,4) и у 16 мужчин (26,5±2,8). Наибольшее число больных было возрастной группе 40-49 (мужчины)/50-59 лет (женщины). Наиболее молодой возраст больных с ХРБС у женщин – 15 лет, у мужчин – 17 лет. Осложнения ХРБС наблюдались в виде НК II-III ст. (14,5%), атриомегалии (13%), мерцательной аритмии (4,3%), кардиогенного фиброза печени (3,4%). Перенесли оперативное вмешательство по поводу коррекции порока 25,6%. По тяжести течения основного заболевания I группа инвалидности была определена 9 пациентам (4,3%) с ХРБС, II – 82 больным (39,6%). Наиболее молодой возраст у женщин – 20 лет, у мужчин – 39 лет.

С ОРЛ в 2005 госпитализирована 1 женщина 23 лет; в 2006 году также 1 женщина 18 лет и 1 мужчина 17 лет; в 2007 году – 4 женщины (20,7±2,5) и у 5 мужчин (21,5±3,8). Наибольшее число больных было в возрастной группе до 20 лет. Наиболее молодой возраст больных с ОРЛ у женщин – 15, у мужчин – 17 лет. Основные проявления ОРЛ: ревмокардит (33,3%), артриты/полиартриты (33,3%/33,3%); у 16,6% больных выявлена хроническая тонзиллогенная инфекция.

Результаты: выявлено тяжелое течение ХРБС; инвалидизация в молодом, трудоспособном возрасте. Среди пациентов с ХРБС, получивших стационарное лечение преобладают женщины, однако наблюдается тенденция к «омоложению» контингента больных мужского пола.

Заключение. Результаты проведенного исследования привлекают внимание педиатров, терапевтов, врачей общей практики для своевременной диагностики, тщательного обследования детей, адекватной терапии ОРЛ, для оптимизации мероприятий по первичной и вторичной профилактике ХРБС с целью предотвращения осложнений и инвалидизации пациентов.

Пешкова Н.С., Чумакова Г.А., Старкова Л.А.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ КОРОНАРНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФУНКЦИЮ СЕРДЦА

Алтайский краевой кардиологический диспансер, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Одним из методов, позволяющих оценить прогноз больных, является вариабельность сердечного ритма (ВСР).

Цель исследования: выявить различия и прогностическую значимость показателей ВСР у больных с Q-инфарктом миокарда (ИМ), которым в острую стадию проводилась или нет транслюминальная коронарная баллонная ангиопластика инфаркт-зависимой коронарной артерии (ТКБА ИСКА).

Материал и методы. В исследование включено 97 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил 53,5±8,4 года, с диагнозом Q-инфаркт миокарда. Все пациенты имели дисфункцию 4-6 сегментов левого желудочка.

Больные разделены на две группы: 1 группа – 52 больных, которым была проведена ТКБА ИСКА в сроки от 2 до 8 часов с момента развития ИМ, 2 группа – 45 больных с ИМ, которые велись без применения агрессивных методик (эндоваскулярных вмешательств, тромболизиса). Все больные получали терапию β-блокаторами, ингибиторами АПФ, антиагрегантами. Пациенты обследовались через 2-3 недели после ИМ, через 6 и 12 месяцев. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ с расчетом временных (SDNN, rMSSD, pNN50%, TINN) и спектральных (HF, LF, LF/HF) показателей ВСР, эхокардиография (ЭХОКГ) с оценкой конечного систолического и диастолического размеров и объемов и фракции выброса левого желудочка (КСР, КДР, КСО, КДО, ФВ).

Результаты исследования. При изучении динамики ВСР было выявлено, что в группе 1 через 2-3 недели после ИМ временные и спектральные показатели были достоверно выше, чем в группе 2: SDNN(1) 154,3±2,6 и SDNN(2) 141,1±4,3 (p=0,012), rMSSD(1) 24,7±1,1 и rMSSD(2) 21,3±0,9 (p=0,03); pNN50%,(1) 7,3±0,04 и pNN50%,(2) 6,3±0,01 (p=0,04), TINN(1) 35,5±1,2 и TINN(2) 30,1±1,0. Эта тенденция сохранилась и в дальнейшем.

По данным ЭХОКГ КСР уменьшился с 42,4±3,6 мм до 36,9±4,6 (p=нд); КДР уменьшился с 53,8±1,7 мм до 46,1±5,8 мм (p=нд); ФВ увеличилась с 52,8±2,2% до 58,1±5,9% (p=нд); ФУ увеличилась с 26,2±2,3 до 29,1±3,1%; за исключением КДО и КСО, эти показатели улучшились достоверно: КДО уменьшился с 163,4±5,8 мл до 150,8±5,3 мл (p=0,045), КСО уменьшился с 69,7±3,4 мл до 62,4±2,1 мл (p=0,041). В группе 2 структурно-геометрические показатели левого желудочка достоверно ухудшились.

Таким образом, реваскуляризация ИЗКА в остром периоде Q-ИМ, сдерживает процесс постинфарктного ремоделирования ЛЖ, способствует улучшению его систолической, диастолической функции и восстановлению адекватной ВСР.

Погодина А.В., Долгих В.В., Вальянская О.В., Зурбанов А.В.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПАССИВНОЙ ОРТОПРОБЫ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ПАРАМЕТРОВ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОКАРДИОГЕННЫХ СИНКОПЕ У ДЕТЕЙ

ГУ НЦ медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН, г. Иркутск

«Золотым стандартом» в диагностике синкопе неясного генеза является длительная пассивная ортопроба (ДПОП). Однако динамика АД и ЧСС во время исследования не всегда дает достаточную информацию о генезе синкопе. В связи с этим представляет интерес исследование параметров церебральной гемодинамики при проведении ДПОП, что и явилось целью нашего исследования.

Материал и методы. Обследовано 77 детей в возрасте 14,37±2,4 лет; 46 девочки, 31 мальчик с синкопальными состояниями в анамнезе и 15 детей группы контроля. Всем детям проведена ДПОП по Вестминстерскому протоколу, в который был включен мониторинг параметров мозгового кровотока (МК) методом транскраниальной доплерографии (АНГИОДИН, БИОСС (Россия)).

Результаты. При проведении ДПОП нейрокardiогенная природа обмороков подтверждена у 40,2% детей: смешанный вариант (СМ) – у 23 (74,2%), вазодепрессорный (ВД) – у 4 (12,9%), кардионгибиторный «2В» (КИ) – у 4 (12,9%). При развитии пресинкопе и синкопе наиболее ранним предвестником развития обморока являлось изменение параметров МК. Симптомы пресинкопального периода

появлялись позднее, опережая или совпадая по времени со снижением АД и/или урежением ЧСС. Во всех случаях ВД и у 87% детей со СМ вариантом обмороков изменения скорости МК в СМА предшествовали снижению АД, по меньшей мере за 2 мин, формируя фазу «латентного» пресинкопе. Дети с КИ синкопе имели очень короткую латентную фазу и достоверно более короткий пресинкопальный период, по сравнению с детьми других групп ($0,41 \pm 0,5$ мин, $4,5 \pm 0,56$ мин соответственно, $p=0,001$). Динамика характеристик МК в этой группе характеризовалась выраженным снижением в период пресинкопе и систолической, и диастолической (Vd) скоростей, что связано, очевидно, с выраженным хроно- и инотропным угнетением миокарда при обмороках этого вида. Наиболее универсальным для всех типов обмороков было снижение Vd. У всех детей с положительным результатом ТТ симптомы пресинкопального периода ассоциируются со снижением Vd более, чем на 50% от исходных значений, что может быть одним из критериев остановки пробы и верификации диагноза НКС.

Выводы.

1. Модифицированный вариант ДПОП позволяет уточнить патогенетические механизмы синкопе.
2. У всех больных с синкопе снижение в ходе ДПОП Vd более чем на 50% ассоциируется с развитием обморока, что может служить дополнительным критерием прекращения пробы, уменьшая агрессивность исследования.

**Подзолков В.И., Королева Т.В., Синицына М.Г., Даабуй К.С.
КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
У БОЛЬНЫХ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Цель исследования: изучить состояние некоторых показателей эндотелиальной дисфункции в зависимости от клинических проявлений сахарного диабета II типа (СД).

Задачи исследования. 1. Определить содержание цитокинов (интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли (ФНО)) в сыворотке крови у больных с СД II типа. 2. Изучить сывороточную концентрацию эндотелина-1 (Эн-1) у больных с СД II типа. 3. Оценить функциональное состояние эндотелия сосудистого русла у больных с СД в зависимости от клинических признаков заболевания.

Материал и методы. Исследование ИЛ-6, ФНО, Эн-1 проводилось на автоматизированной системе методом химиоломинисценции «Иммулайт 1000». Обследовано 13 больных с СД в возрасте от 32 до 54 лет ($41,1 \pm 3,06$): из них 4 мужчин и 9 женщин, с длительностью заболевания от 5 до 14 лет.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что содержание противовоспалительных цитокинов (ИЛ-6 и ФНО) в сыворотке крови больных с СД достоверно превышало таковые у здоровых людей и составляло соответственно: ИЛ-6 – $157,6 \pm 15,2$ пг/мл и ФНО – $206 \pm 10,3$ пг/мл против $79,2 \pm 10,7$ пг/мл и $93,8 \pm 13,4$ пг/мл в контроле. При этом уровень изучаемых цитокинов противовоспалительного действия зависел от длительности и степени гипергликемии, уровня артериальной давления (АД), что свидетельствует о нарушении эндотелиальной функции, ускоряющей процесс атерогенеза в том числе коронарных сосудов. Изучение сывороточной концентрации Эн-1 показало его достоверное увеличение у больных с СД в сравнении со здоровыми людьми и составляло соответственно $55,2 \pm 1,4$ нг/л против $17,9 \pm 0,62$ нг/л. Выявленная гиперпродукция Эн-1 отражала снижение вазорегулирующей активности эндотелия при СД, что также ускоряет атеросклеротическое поражение сосудов.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой степени риска развития сердечно-сосудистой патологии у больных СД и необходимости разработки методов медикаментозной коррекции эндотелиальной дисфункции у больных с СД, как способе ее профилактики.

Покушалов Е.А., Чернявский А.М., Кливер Е.Н., Ефанова О.С., Ларионов П.М., Терехов И.Н.

**ОПЫТ ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
МОНОНУКЛЕАРНОЙ ФРАКЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ
СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

ГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения МЗ РФ»

Цель исследования: оценка эффективности и выявление степени влияния эндомикардиального введения мононуклеарной фрак-

ции аутологичных стволовых клеток костного мозга (МФСККМ) на симптомы стенокардии, сердечной недостаточности, функцию левого желудочка и миокардиальную перфузию.

Материал и методы. В исследование вошли 53 пациента с ишемической болезнью сердца. Соотношение мужчин/женщин составило 48/5 (90,5/9,5%). Средний возраст пациента составил $60,5 \pm 5,0$ лет. Средний функциональный класс стенокардии (ССС) $2,2 \pm 0,8$, сердечной недостаточности $2,7 \pm 0,5$ (NYHA). Критерии включения пациентов в исследование: пациенты с низкой сократительной способностью миокарда левого желудочка, пациенты после операции коронарного шунтирования с возвратной стенокардией в различные сроки после операции, пациенты с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, с невозможным выполнением стандартной реваскуляризации миокарда. Всем больным перед вмешательством проводилось полное клинико-инструментальное обследование, включая ЭХОКГ, 2-х этапную сцинтиграфию миокарда (покой и нагрузка), тест 6-минутной ходьбы, опросник качества жизни SF-36, селективная коронарография. Полученную МФСККМ вводили в зоны, идентифицированные электромеханическим картированием миокарда левого желудочка на аппарате NOGA, в среднем 10 миокардиальных инъекций по 0,2 мл каждая. После данной процедуры пациенты наблюдались в течение 6-ти месяцев и получали стандартное лечение.

Результаты. Имплантация МФСККМ в миокард с использованием системы CARTO NOGA не имела осложнений. При контрольном обследовании через 6 месяцев у пациентов с возвратной или исходной стенокардией отмечено уменьшение функционального класса стенокардии до $1,4 \pm 0,6$, повышение толерантности к нагрузке, стабилизация состояния и уменьшение функционального класса сердечной недостаточности у пациентов с низкой ФВ левого желудочка до $2,1 \pm 0,5$ с уменьшением зон гипоперфузии миокарда.

Выводы. Полученные клинические результаты по эндокардиальной имплантации аутологичных стволовых клеток у больных с ишемической болезнью сердца показали, что данная методика лечения является безопасной для пациентов. Кроме этого отмечается улучшение показателей внутрисердечной гемодинамики с уменьшением проявлений сердечной недостаточности и снижением функционального класса стенокардии.

**Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Россовская М.Л.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНии У МУЖЧИН
С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА**

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск; ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Проведено обследование 130 мужчин в возрасте 38-69 лет с артериальной гипертензией находящихся на диспансерном учете в двух поликлиниках г. Красноярск: 79 мужчин у которых показатель гемоглобина при повторном исследовании через 4 недели составил более 160 г/л (средний уровень $165,08 \pm 0,60$ г/л) и 51 мужчина с уровнем гемоглобина ≤ 160 г/л (средний уровень $144,33 \pm 0,77$ г/л).

Обследование включало анкетный опрос, клинический осмотр, измерение АД, клинический анализ крови, эхокардиографию, исследование липидного спектра крови, исследование системы гемостаза. Холестерин липопротеидов низкой плотности был повышен у 42,86% больных основной группы и только у 7,14% больных группы контроля. Частота дислипидемий у больных АГ в сочетании с ИБС не различалась у больных с повышенным и нормальным уровнем гемоглобина. Острые сердечно-сосудистые осложнения (ОНМК и ОИМ) в анамнезе имели 40,7% больных АГ. У больных с ОНМК в анамнезе гематокрит был выше ($45,85 \pm 1,28\%$), по сравнению с лицами без осложнений ($43,64 \pm 0,40\%$). Причиной высокой частоты встречаемости сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ с повышенным уровнем гемоглобина может быть полицитемия, но, вероятнее, увеличение частоты осложнений связано с тем, что в группе с повышенным уровнем гемоглобина чаще встречались такие факторы риска как курение, ожирение, наличие трех и более факторов риска, по сравнению с больными АГ имеющими нормальные уровни гемоглобина. У больных АГ с концентрическим ремоделированием ЛЖ концентрация гемоглобина и количество эритроцитов были выше, чем при эксцентрической гипертрофии ЛЖ, $161,25 \pm 3,10$ г/л, $4,99 \pm 0,10$ млн./мкл и $154,35 \pm 2,19$ г/л, $4,74 \pm 0,08$ в группах соответственно.

При АГ выявлены признаки активации сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Активность фактора Виллебранда и фактора VIII была выше, чем у лиц с нормальным уровнем АД из группы контроля. Выявлена тенденция к увеличению количества активных

форм тромбоцитов при АГ. Активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза являлась частой патологией у обследованных больных АГ. Эндотелиальная дисфункция в виде повышения активности фактора Виллебранда выявлена у 58,93% больных АГ. Количество активных форм тромбоцитов было повышено у 71,60%.

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА
СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ,
РАБОТНИКОВ КУЗБАССКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗАПАДНО-
СИБИРСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ ОАО «РЖД»

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования: изучить распространенность некоторых факторов риска – ожирения, дислипидемии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), рабочих и служащих Кузбасского отделения Западно-Сибирской железной дороги ОАО «РЖД».

Материал и методы. Проведено обследование 134 пациентов с АГ I-3 степени; I стадия АГ диагностирована у 40%, II стадия – у 55,6%, III стадия – у 4,4%. Мужчин было 52,2%, женщин – 47,8%, в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил $50,6 \pm 0,7$ лет. Помимо физикального и клинико-лабораторного обследования, у всех пациентов исследовался липидный профиль сыворотки крови с определением уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), индекса атерогенности (ИА). Для оценки степени ожирения использовали показатель индекса массы тела (ИМТ).

Результаты исследования. Согласно полученным данным, нормальная масса тела (ИМТ $18,5-25 \text{ кг/м}^2$) выявлялась всего у 16,7%, пациентов, избыточную массу тела (ИМТ $25-29,9 \text{ кг/м}^2$) имели 32,3% мужчин и 26,5% женщин, ожирение (ИМТ $>30 \text{ кг/м}^2$) диагностировалось у 63,3% женщин и у 38,3% мужчин. Таким образом, ожирение чаще регистрировалось у женщин по сравнению с мужчинами.

Согласно рекомендациям ВНОК (2007), уровень ОХС в сыворотке крови у пациентов с АГ должен быть в пределах $4,5-5,0 \text{ ммоль/л}$, а уровень ХС ЛПНП – в пределах $2,5-3,0 \text{ ммоль/л}$. В нашем исследовании уровень ОХС оказался повышенным у 78 пациентов (58,2%) и составил в среднем $5,6 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$, уровень ХС ЛПНП превышал рекомендуемые значения у 43 (32,1%) больных и составил в среднем $3,5 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$. Средний уровень ТГ у мужчин и женщин составил $1,56 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$ и $1,52 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$, соответственно; ХС ЛПВП – $1,41 \pm 0,08 \text{ ммоль/л}$ и $1,39 \pm 0,04 \text{ ммоль/л}$, соответственно. Средние значения ИА: у мужчин – $3,5 \pm 0,3$, у женщин – $3,2 \pm 0,1$.

Заключение. Среди работников Кузбасского отделения Западно-Сибирской железной дороги ОАО «РЖД» с АГ распространенность модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений остается высокой: ожирение встречается у 38,3% мужчин и у 63,3% женщин, гиперхолестеринемия – у 58,2% пациентов.

Попонина Т.М., Попонина Ю.С., Хадько Ю.А., Симонова Н.М.,
Ивченко О.А.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ЗИЛТ» БОЛЬНЫХ
С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: изучить влияние препарата «зилт» на состояние плазменного и тромбоцитарного гемостаза у больных с атеросклерозом периферических артерий.

Методы. В исследование включены 40 больных с атеросклерозом периферических артерий. Больные I группы (n=10) не получали дезагреганты; больные II группы (n=10) получали зилт (клопидогрел производства компании KRKA, Словения) по 75 мг/сут; больные III группы (n=10) – плавикс (клопидогрел производства компании Sanofi-aventis, Франция) по 75 мг/сут; больные IV группы (n=10) – комбинацию зилта в дозе 75 мг/сут и кардиомагнила в дозе 75 мг/сут. Изучали агрегацию тромбоцитов, индуцированную аденозиндифосфатом и адреналином, на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов 230-LA. Анализ реологических характеристик цельной крови проводили методом низкочастотной вибрационной гемостазиографии на анализаторе АРП-01 «Меднорд».

Результаты: в группе пациентов, не получавших лечения дезагрегантами, наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов. Зилт статистически значимо снижал только АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов. Показатели агрегации тромбоцитов в группе зилта

были сходны с показателями в группе плавикса. Значения степени агрегации тромбоцитов по кривой светопропускания (индуктор АДФ $2,5 \text{ мг/мл}$) составили в группе без лечения $72,6 \pm 6,6 \text{ мг/мл}$, в группе зилта – $26,4 \pm 3,1 \text{ мг/мл}$ ($p=0,01$), в группе плавикса – $27,6 \pm 4,2 \text{ мг/мл}$ ($p=0,01$). Комбинация зилта и кардиомагнила показала наиболее эффективные результаты: светопропускание при воздействии индукторов АДФ и адреналина было снижено примерно вдвое по сравнению с нормальными показателями.

Выводы.

1. Показатели агрегации тромбоцитов в группе зилта сходны с показателями в группе плавикса (клопидогреля оригинального производства).

2. Комбинация зилта и кардиомагнила – наиболее эффективна по влиянию на агрегацию тромбоцитов.

Попонина Т.М., Ноль Е.С., Попонина Ю.С., Столяров В.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАРДОСОМ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГОУ ВПО Сибирский Государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск;

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;

Томский военно-медицинский институт

Цель работы: изучить влияние кардоса на клиническое состояние больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы. Обследовано 30 больных ишемической болезнью сердца стенокардией напряжения ФК III, течение которой осложнилось развитием ХСН II-III ст. ФК III (NYHA). У 22 больных в анамнезе выявлен крупноочаговый инфаркт миокарда, у 6 пациентов – аневризма левого желудочка, у 27 – артериальная гипертензия, у 16 – постоянная форма фибрилляции предсердий. Заболевание протекало на фоне сахарного диабета у 8 больных. Средний возраст больных составил $60,4 \pm 1,7$ лет. Все пациенты получали в течение 6 мес кардос, содержащий сверхмалые дозы афинно очищенных антител к С-концевому фрагменту AT_1 -рецептора ангиотензина-II, в дозе 6 табл./сутки на фоне общепринятой терапии ХСН, включающей ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, диуретики и сердечные гликозиды. Исходно и через 6 мес. лечения кардосом всем больным было проведено общеклиническое обследование, регистрация ЭКГ, ЭхоКГ, тест 6-ти минутной ходьбы, оценка качества жизни и клинического состояния (ШОКС).

Результаты. Исходно фракция выброса левого желудочка составила $27,5 \pm 1,1\%$ (19-35%); дистанция 6-ти минутной ходьбы – $281,8 \pm 20,5$ метров. Через 6 мес. лечения кардосом на фоне общепринятой терапии ХСН фракция выброса левого желудочка увеличилась статистически значимо до $31,9 \pm 1,7\%$ ($p=0,0279$), причем у большинства больных (20) отмечалось увеличение фракции выброса (от 1 до 22%), у одного больного не было изменения фракции выброса, а у 7 больных фракция выброса уменьшилась (от 3 до 15%). Соответственно изменились результаты теста 6-ти минутной ходьбы через 6 мес.: дистанция 6-ти минутной ходьбы составила $324,6 \pm 22,0$ метра ($p=0,0279$), причем у большинства больных (25 чел.) дистанция увеличилась на 10-190 метров, а у 3 пациентов уменьшилась (от 20 до 100 метров).

Выводы. Таким образом, добавление кардоса к стандартной терапии ХСН приводит к статистически значимому улучшению глобальной сократимости левого желудочка и к снижению функционального класса хронической сердечной недостаточности.

Прохорова С.В., Рахматуллово Ф.К., Беляева Ю.Б., Левина И.А.,
Пчелинцева С.А.

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пензенский государственный университет,

Медицинский институт, г. Пенза

Цель исследования. Проводить скрининговую диагностику заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Работа проводилась на базе кардиологических отделений стационара и поликлиники ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина г. Пензы. Всего анализировано 1176 больных стационара и поликлиники, которые в зависимости от характера кардиологического заболевания нами были разделены на 5 групп. В первую группу вошли пациенты со стенокардией I-III ФК, во вторую – с аритмическим вариантом ИБС, в третью группу – с АГ I-II стадии. В четвертой группе представлены пациенты со стенокардией I-III ФК в сочетании с

АГ I-II стадии, в пятой группе – пациенты с аритмией в сочетании с АГ. Скрининг заболеваний ЩЖ проводился в стационаре кардиологами, в поликлинике – кардиологами и эндокринологами.

Результаты. Частота выявления заболеваний ЩЖ у больных стационара в первой группе составила 12,5%, во второй группе – 15,6%, в третьей – 25%, в четвертой – 12,5%, в пятой – 25%. В структуре заболеваний ЩЖ в стационаре эутиреоидный зоб был выявлен в 75,8% случаев, субклинический гипотиреоз – в 2%, субклинический тиреотоксикоз – в 4%, гипотиреоз – в 10,1%, тиреотоксикоз – в 8,1%. Совершенно иные данные были получены, когда скрининг заболеваний ЩЖ у больных ИБС и АГ в поликлинике проводился кардиологами и эндокринологами совместно. Частота распространенности заболеваний ЩЖ составила в первой группе – 55% больных, во второй группе – 65%, в третьей группе – 60%, в четвертой – 57%, в пятой – 65% заболеваний ЩЖ. В структуре заболеваний ЩЖ у больных поликлиники нозологические единицы также распределились иначе: эутиреоидный зоб был выявлен в 65,9% случаев, субклинический гипотиреоз – в 10,2%, субклинический тиреотоксикоз – в 11,3%, гипотиреоз – в 5,2%, тиреотоксикоз – в 7,4%.

Заключение. Наиболее частым сочетанным с ИБС и АГ заболеванием ЩЖ является эутиреоидный зоб. При плановой консультации больных кардиологического профиля эндокринологом частота выявления заболеваний ЩЖ увеличивается от 22% до 60%. Также отмечается увеличение выявляемости субклинических форм дисфункции ЩЖ от 2-4% до 10,2-11,3%.

**Пятакова Е.Ф., Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Позднякова С.К.
ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА
ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ
ТЕЛМИСАРТАНОМ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Известно, что в механизмах прогрессирования артериальной гипертензии (АГ) имеют значение нарушения в системе гемостаза, нередко ведущие к развитию тромбозов и тромбо-геморрагических осложнений. Многие гипотензивные препараты (антагонисты кальция, статины, α_1 -блокаторы, ингибиторы АПФ) уменьшают степень гиперкоагуляции. В ряде работ имеются указания на положительное влияние некоторых блокаторов ангиотензиновых рецепторов (БАР), используемых в лечении АГ, на показатели гемостаза [А.П. Сандомирская и др., 2001; А.П. Соловьев и др., 2007]. В связи с этим важным является изучение роли других БАР в нормализации синдрома гиперкоагуляции. Целью исследования явилось изучение состояния сосудисто-тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза у больных АГ в динамике терапии телмисартаном. Обследовано 35 пациентов с АГ длительностью до 10 лет, без регулярной адекватной гипотензивной терапии, в течение последних 4 недель не получавших лечения. Средний возраст – $55,6 \pm 5,9$ лет. Преобладали больные с АГ III степени (64,3%) и риском 4 (88,9%). Продолжительность заболевания составила $16,2 \pm 4,1$ г. Все пациенты в течение 3 недель получали телмисартан (микардис) фирмы Boehringer Ingelheim в суточной дозе 80 мг. Группу сравнения составили 25 здоровых доноров аналогичного возраста.

Результаты. Исследования показали, что у больных АГ II степени до и после лечения телмисартаном количество тромбоцитов не отличалось от группы сравнения. Исходно их агрегация с универсальным индуктором, АДФ, адреналином и коллагеном в 1,3 раза оказалась повышенной у 55,8-76,3% пациентов. Параметры АПТВ и ПТИ были изменены у 20% из них, тромбиновое время – у всех. Гиперфибриногенемия выявлена в 60%, повышение РФМК в 2 раза – 40%. Уровни фактора Виллебранда и антитромбина III (АТ III) не менялись, фибринолиз был ускорен в 1,4 раза. У всех пациентов с АГ II степени через 3 недели лечения выявлена положительная динамика. Так, агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ, адреналином и коллагеном значительно снизилась и приблизилась к параметрам группы сравнения. Величина АПТВ возросла до значения группы сравнения. В динамике лечения показатели фактора Виллебранда, ПТИ и тромбинового времени практически не менялись. Уровень фибриногена снизился незначительно, а РФМК оставались на одном уровне. Показатель АТ III снизился с 97,0% до 81,8%, фибринолиз возрос с 5,8 до 7,0 мин. У больных АГ III степени исходно наблюдались более выраженные изменения в системе гемостаза. До начала лечения у 1/5 больных отмечена наклонность к гипертромбоцитозу. Агрегация тромбоцитов с АДФ оказалась повышенной у 62,5% больных, коллагеном – у 60%, с адреналином и универсальным индуктором – у всех. Параметры прокоагулянтной активности характеризовались ускорением в 1,1-1,2 раза величины АПТВ у 66,7% больных, ТВ – до 15,9 сек., тогда как ПТИ соответствовал

показателю группы сравнения (104,4%). Гиперфибриногенемия исходно имели все пациенты с III степенью АГ, при этом уровень фибриногена превышал значение группы сравнения в 1,9 раза. Повышение РФМК наблюдалось у 57,1%. АТ III имел тенденцию к росту, фибринолиз – оставался на уровне значения группы сравнения. В процессе лечения телмисартаном в течение 3-х недель у больных АГ III степени наблюдались менее выраженные положительные сдвиги в показателях системы гемостаза. Это характеризовалось сохраняющейся высокой степенью агрегации тромбоцитов с АДФ, адреналином и коллагеном (58,6%-78,9%), а также с универсальным индуктором, повышенной прокоагулянтной активностью крови, высоким уровнем РФМК, АТ III (104,5%) и фибринолиза (8,5 мин.), показатели фибриногена снизились до 3,9 г/л.

Заключение. Таким образом, на фоне 3-недельной терапии телмисартаном происходит улучшение отдельных компонентов сосудисто-тромбоцитарного, прокоагулянтного и антикоагулянтного звеньев гемостаза. В большей степени это касается пациентов, имеющих АГ II степени. Выявлена необходимость пролонгированного лечения указанным препаратом, что, вероятно, позволит нормализовать большинство гемостазиологических параметров крови и явится важным фактором профилактики цереброваскулярных и сердечно-сосудистых осложнений заболевания.

**Реброва Т.Ю., Афанасьев С.А., Медведева О.Д., Сухушина Е.А.
ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРЕКИСНОГО
ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У КРЫС С ПОСТИНФАРКТНЫМ
КАРДИОСКЛЕРОЗОМ**

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: изучить влияние карведилола на перекисное окисление липидов (ПОЛ) и активность антиоксидантных ферментов в сыворотке крыс разных возрастных групп с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Материал и методы. Исследование проведено на 60 крысах-самцах линии Вистар. Были сформированы две возрастные группы: 4 месяца ($n=30$) – I группа и 12 месяцев ($n=30$) – II группа. Каждая возрастная группа включала 10 интактных животных, 10 крыс с ПИКС и 10 крыс с ПИКС, которым через 45 дней после выполнения коронароокклюзии внутрижелудочно вводили карведилол в течение 28 дней в дозе 2,1 мг/кг. Перекисное окисление липидов оценивали по содержанию в сыворотке крови малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК). Состояние ферментативной антиоксидантной системы оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы.

Результаты. Было установлено, что с возрастом происходит увеличение активности ПОЛ и снижение антиоксидантной защиты. В I группе у крыс с ПИКС наблюдали достоверное ($p<0,05$) увеличение МДА на 20% и ДК на 48% от соответствующих значений у интактных животных ($20,54 \pm 4,08$ и $1,02 \pm 0,002$). При этом у животных с ПИКС активность каталазы достоверно ($p<0,05$) снизилась в 2,5 раза, а СОД – в 9,4 раза по сравнению с интактными животными ($19,5 \pm 5,38$; $0,82 \pm 0,002$). Во II группе при ПИКС концентрация МДА уменьшалась в 2 раза ($p<0,05$). Активность каталазы и СОД снижались соответственно в 1,5 и 1,8 раза ($p<0,05$) относительно значений у интактных животных ($41,3 \pm 2,95$; $0,153 \pm 0,039$).

Применение карведилола у молодых животных с ПИКС сопровождалось достоверным ($p<0,05$) снижением МДА на 30% и ДК на 52%, а также повышением активности каталазы в 1,2 раза и СОД в 2,3 раза относительно крыс с ПИКС. Во II группе внутрижелудочное введение карведилола животным с ПИКС приводило к достоверному ($p<0,05$) увеличению МДА в 1,7 раза, СОД на 45% и снижению активности каталазы в 1,4 раза по сравнению с соответствующими значениями у животных с ПИКС.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод, что применение карведилола при ПИКС у молодых животных обеспечивает более выраженный кардиопротекторный эффект, что может быть связано со снижением активности ПОЛ и усилением активности системы эндогенных антиоксидантов.

Репин А.Н.* , Сергиенко Т.Н.* , Скоробогатько М.В.* , Телкова И.Л.* ,
Лебедева Е.В.** , Розин А.И.** , Счастный Е.Д.**

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

* ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;

** ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН

Цель: оценить и сравнить частоту и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных ИБС, которым была проведена инвазивная реваскуляризация миокарда – операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ) или стентирование коронарных артерий, а также определить дальнейшую тактику лечения выявленных нарушений при совместной работе врачей-кардиологов и психиатров (биопсихосоциальная модель реабилитации).

Материал и методы. Обследовано всего 99 больных, поступивших в отделение реабилитации больных ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН, страдающих хронической ИБС. Из них 75,8% (n=75) составили мужчины и 24,2% (n=24) – женщины. Средний возраст больных 58,6±1,0 лет. Все пациенты были рандомизированы в три группы: первую группу составили больные, которым проводилось стентирование (n=20), вторую – пациенты, подвергшиеся операции АКШ (n=18), больным третьей группы (n=61) инвазивное лечение не применялось. При поступлении всем больным проводилось тестирование госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), а также оценивалось качество жизни пациентов шкалой социального функционирования Шихана. При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии, пациентам проводилось консультирование психиатра для уточнения диагноза и определения способа коррекции ТДР.

Результаты. При скрининговом обследовании больных ТДР чаще выявлялись в группах инвазивных методов лечения ИБС, чем при консервативном лечении. Так, у пациентов второй группы диагностировано значимо больше ТДР, чем в третьей: 83% vs 57% (p=0,043). Уровень тревоги также был выше во второй группе (8,8±0,7 баллов), чем в первой (7,8±0,8 баллов) и третьей (7,2±0,5 баллов) группах (p>0,05). Тревожные расстройства обнаружены у 60% (n=12) больных 1-й группы, у 72% (n=13) пациентов 2-й группы и у 45% (n=27) в 3-й группе вмешательств (во 2-й группе значимо больше, чем в 3-й, p=0,04). Депрессивные нарушения также чаще выявлялись у больных, подвергшихся операции АКШ, но значимых различий не получено. Медикаментозная коррекция ТДР потребовалась 50% (n=5) больных 1-й группы, 67% (n=8) 2-й и 76% (n=22) 3-й группы. Наблюдение за пациентами продолжается.

Заключение. Хроническая ИБС чаще сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами у пациентов, перенесших операцию АКШ, чем у больных с консервативной тактикой лечения ИБС (83% vs 57%, p<0,05). Медикаментозная коррекция ТДР потребовалась 69% больных. Очевидно, что целесообразна совместная работа врача-кардиолога и психиатра на этапах реабилитации кардиологических больных, модель биопсихосоциальной реабилитации является действенной и эффективной.

Репникова Р.В., Евтушенко В.Ю., Фролов А.В., Барбараш О.Л. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»;

ГУ НППЛ РХСС с клиникой СО РАМН, г. Кемерово

Проблема артериальной гипертензии (АГ) является важным аспектом ведения пациентов хирургической клиники. Больные с хроническими облитерирующими заболеваниями аорты и нижних конечностей составляют группу повышенного операционного риска. У данной категории пациентов большое количество сопутствующих сердечно-сосудистой патологии – гипертонической болезни, ИБС, что и предопределяет высокий процент периоперационных осложнений.

Было обследовано 54 больных с реконструктивными операциями на сосудах нижних конечностей, из которых 48 мужчин и 6 женщин. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Среди 54 больных определено 32 (59%) пациента с первичным оперативным вмешательством и 22 (41%) с повторными хирургическими вмешательствами. Среди обследованных пациентов у 35 (65%) имела место АГ. Из них АГ диагностирована у 49% среди первично оперированных и у 51% подвергшихся повторному хирургическому вмешательству. Средний возраст пациентов первой и второй групп различался на 4,2 года (выше у пациентов второй группы). Однако, среди первично

оперированных, имеющих АГ, средний возраст составил 60 лет, в то время как среди повторно подвергшихся оперативному вмешательству с АГ этот показатель составил 67 лет. Выяснилось, что среди пациентов первой группы регулярно различные гипотензивные препараты принимали 5 из 32, в то время как среди пациентов второй группы всего лишь 2 из 22 пациентов. Выявлены также различия в показателях внутриоперационного периода у пациентов с первичным и повторным оперативным вмешательством. Так у больных второй группы среднее АД составило 155/113 мм рт. ст., у первично оперированных 131/102 мм рт. ст. Кроме того обнаружено, что синдром АГ удлиняет сроки госпитализации у пациентов с первичным вмешательством на 29%, у повторно оперированных на 75%. Доказано, что наличие АГ повышает вероятность развития осложнений у больных с повторным оперативным вмешательством на 36%. При этом среди осложнений выявлялись такие как кровотечения, развитие острого коронарного синдрома, фибрилляция предсердий, усиление ишемии в поражённой конечности.

Выводы. Синдром АГ является важным фактором, определяющим вероятность развития послеоперационных осложнений, необходимость повторного оперативного вмешательства и условия для удлинения сроков госпитализации.

Розин А.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН;

ГОУ ВПО Сибирский Государственный медицинский университет, г.Томск

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью депрессивных и тревожных расстройств в кардиологической практике. Намного превышая частоту этих расстройств в популяции по эпидемиологическим данным, депрессия рассматривается в качестве важной общемедицинской проблемы. Выраженность соматовегетативных проявлений депрессии зачастую ассоциируется пациентами не с психическим расстройством, а с различными соматическими заболеваниями, что заставляет больных обращаться за медицинской помощью не к психиатрам, а к терапевтам, кардиологам, неврологам.

Цель. Разработать программу реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами, находящихся на лечении в кардиологическом стационаре.

Материал и методы. У 45 больных (54,5±3,2 года) ИБС, ассоциированной с артериальной гипертензией, тревожно-депрессивные расстройства диагностировались с использованием клинко-психопатологического, экспериментально-психологического методов исследования, оценочных шкал. Для оценки эффективности терапии применялась шкала Монтгомери-Асберга (MADRS).

Результаты. В процессе тесного профессионального сотрудничества врачей психиатров и кардиологов на базе отделения реабилитации клиник ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН разрабатывается и внедряется модель биопсихосоциальной реабилитации больных. Повышается информированность пациента об имеющемся у него соматическом заболевании, а также о наличии и степени выраженности аффективных расстройств, показаниях и необходимости лекарственной терапии. Устанавливая психотерапевтический контакт, обсуждаются критерии улучшения состояния больного, уровень его социального функционирования и качества жизни. В ходе совместной работы психиатров и кардиологов повышается уровень знаний специалистов в вопросах психосоматической медицины. Проводится совместная разработка программ медикаментозной терапии с учетом взаимодействий соматотропных и психотропных препаратов, что позволяет достичь более адекватного выбора лекарственных средств. Психиатр проводит сеансы краткосрочной психотерапии с использованием когнитивно-поведенческого подхода, направленного на формирование желаемых адаптивных форм поведения, оптимизации уровня социального функционирования пациентов. Первые результаты показывают достаточно высокий уровень эффективности комплексной терапии на фоне антидепрессантов и психотерапии: достигнуто снижение среднего балла по шкале MADRS (с 26±1,4 до 13±1,1 на 2-й нед. и до 7±0,8 на 4-й нед. лечения; p<0,05). Пациенты отмечали значительное улучшение общего самочувствия, урежение приступов стенокардии и эпизодов подъема

ма артериального давления. Реализация биопсихосоциальной модели реабилитации представляется наиболее оптимальной и перспективной.

Рябов В.В., Марков В.А., Васильев А.Г.
ВЛИЯНИЕ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ И УСКОРЕННОГО МЕТОДА ТРОМБОЛИЗИСА СТРЕПТОКИНАЗОЙ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ГУ НИИ Кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: оценить эффективность и безопасность усиленной наружной контрапульсации (УНКП) и ускоренного метода тромболитической терапии (ТЛТ) стрептокиназой 750 000 ЕД у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Методы исследования. Объект исследования – 16 пациентов с ОИМ в первые 12 часов от его начала, больные рандомизированы на 2 группы. В 1-й группе – 8 больных выполнен 30-минутный сеанс УНКП в сочетании с ТЛТ стрептокиназой 750 тысяч ЕД за 10 минут. Больные 2-й группы – 8 человек получили лечение только ТЛТ по той же методике. В течение 180 минут оценивали косвенные признаки реперфузии инфарктсвязанной артерии (ИСКА). В случае их отсутствия выполняли спасительную ангиопластику и стентирование ИСКА. Пациенты обеих групп получали стандартную терапию дезагрегантами, антикоагулянтами и антиангинальными препаратами. В обеих группах выполняли подготовленную ангиопластику и стентирование ИСКА. У пациентов обеих групп оценивали клинико-демографические показатели, ранние и поздние осложнения ОИМ, неблагоприятные сердечные события, большие и малые кровотечения. Оценивали частоту гипотоний, реперфузионные нарушения ритма и проводимости и степень их тяжести, побочные эффекты УНКП (мацерация, гематомы).

Результаты. Обе группы пациентов сопоставимы по клинико-демографическим показателям. Средний возраст пациентов 1-ой группы $57 \pm 5,34$ лет, во 2-ой группе $53,8 \pm 7,62$ лет. Реперфузия ИСКА в 1-ой группе достигнута во всех случаях, среднее время реперфузии ИСКА $28,12 \pm 9,61$ минут, во 2-ой группе $99,16 \pm 35,83$ минуты ($p = 0,0001$), она достигнута у 6 пациентов. У 2 пациентов косвенные признаки реперфузии получены не были. Летальные исходы в 1-ой группе не наблюдались, у одной пациентки во 2-ой группе развился фатальный геморрагический инсульт. Гипотонические реакции во время ТЛТ в 1-ой группе в 25% требовали инфузионной коррекции, во 2-ой группе они требовали коррекции в 37,5%. Проведение спасительной ангиопластики потребовалось только у 12,5% пациентов контрольной группы. Рецидивы инфарктов миокарда наблюдались только в контрольной группе в 12,5% случаев. Развитие гематом фиксировалось у 25% в исследуемой группе и в 50% в контрольной. Желудочковая тахикардия наблюдалась в равном проценте случаев – 12,5% в обеих группах, случаев фибрилляции желудочков во время ТЛТ не наблюдалось ни в одной группе. Признаков мацерации и повреждения кожи в группе с УНКП не наблюдалось.

Выводы. УНКП эффективная и безопасная процедура, позволяющая ускорить время наступления реперфузии ИСКА в сочетании с ТЛТ что, скорее всего, приведет к инфарктограничающему эффекту и уменьшению частоты сердечной недостаточности, что необходимо подтвердить в исследованиях большей выборки.

Савицкая Е. Ю., Куделькина Н. А., Малютина С. К.
ПОКАЗАТЕЛИ «РАБОЧЕГО СТРЕССА» И ИХ АССОЦИАЦИЯ С РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

ГУ НИИ терапии СО РАМН;

НУЗ Дорожная клиническая больница, г. Новосибирск

Цель. Изучить распространённость артериальной гипертензии (АГ) и её ассоциации с показателями «рабочего стресса» среди профессии железнодорожников – машинистов локомотивов.

Методы исследования. Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование 650 чел. мужчин – машинистов локомотивного депо ст. Новосибирск (70% случайная выборка) в возрасте 20-64 лет. Стандартное измерение АД (троекратно после 10-минутного отдыха); липиды крови, ЭКГ, эхокардиография, глазное дно, анализ мочи (протеинурия), креатинин крови. Критерии диагностики АГ: САД ≥ 140 , ДАД ≥ 90 мм рт. ст. (ВОЗ, МОАГ, 1999). Оптимальное нормальное: САД < 120 , ДАД < 80 ; нормальное: САД 120-130, ДАД 80-85; высокое нормальное: САД 130-139, ДАД – 85-89 мм рт. ст. Оценку психосоциальных рабочих факторов проводили с помо-

щью стандартных опросников. В баллах рассчитывалась шкала индекса «усиление – награда» (Effort/Reward, ER), и на её основании выделено две категории: $ER \leq 1$ и $ER \geq 1$ (наличие дисбаланса). Шкала показателя «рабочий контроль» (Job/Control, JC) также рассчитывалась в баллах, от 0 (низкий уровень контроля) до 18 (высокий уровень контроля); затем выделяли подгруппы по квартилям распределения индекса ER и JC.

Результаты. Распространенность АГ у обследованных машинистов составила 50,2%. Среди «гипертензивных» лиц 92,4% респондентов были осведомлены о наличии у них АГ, 85% получали гипотензивное лечение, но только 10% из «гипертоников» контролировали уровень АД. Уровни среднего САД и ДАД, частота АГ в группах с наличием и отсутствием дисбаланса по индексу ER существенно не различались. Однако, в группе «гипертензивных» лиц уровень САД достоверно увеличивался во 2-4 квартилях распределения индекса ER от 139,4 в 1-ом квартиле до 141,0-143,1 4 мм рт. ст. во 2-4 квартилях. Частота АГ была максимальной (100%) в группе наиболее низкого рабочего контроля (JC) и снижалась по 2-4 квартилям до 56-43% ($p_{1,3} < 0,05$). Этот приток среди лиц с низким контролем сохранялся при стандартизации по другим факторам: возраст, индекс Кетгелле, уровень физической нагрузки, курение ($p_{1,3} = 0,03$), но нивелировался при дополнительном учёте гипотензивного лечения.

Заключение. В исследуемой популяции железнодорожников высока распространённость АГ. При высоких показателях осведомлённости и гипотензивного лечения контроль АД остаётся неудовлетворительным. Частота АГ достоверно ассоциируется с показателями «рабочего стресса». Результаты исследования указывают на необходимость проведения активной первичной профилактики АГ среди машинистов локомотивных бригад.

Свидерская Л.Н.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Важной составляющей качества медицинской помощи является лекарственное обеспечение. К числу особо актуальных проблем современной медицины относится лечение пациентов с артериальной гипертензией. Использование методологии фармакоэкономического и фармакоэпидемиологического анализов позволит не только проводить экспертную оценку качества лекарственного обеспечения, но и выявить реальную потребность в лекарственных препаратах, осуществить процесс планирования лекарственного обеспечения с учетом фактического отпуска.

Цель исследования: провести фармакоэкономический и фармакоэпидемиологический анализ потребления лекарственных средств (ЛС) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами медицинской помощи

Материалы и методы. Фармакоэкономическая оценка затрат с помощью АВВ/VEN – методологии, фармакоэпидемиологический анализ с помощью модифицированной АТС/DDD методологии, частотный анализ потребления ЛС, стандарт оказания медицинской помощи больным АГ.

Результаты. Проанализированы ежегодные базы данных рецептов, выписанных пациентам с АГ в городе Красноярске, городах и районах края. Вне стандарта ЛС выписывались от 30% до 40% случаев. Наиболее молодое население, имеющее право на получение социальной помощи в рамках программы ДЛО, проживает в городах края, что может свидетельствовать о ранней инвалидизации больных с АГ в данных населённых пунктах. В районах края больше всего было выписано лекарственных средств вне стандарта и был выявлен самый высокий процент второстепенных лекарственных препаратов: 19%. Среди городов края выявлен низкий индекс потребления (ИП) ингибиторов АПФ – 17%, и бета-адреноблокаторов – 21%, вместо рекомендуемых по стандарту 40%. В городе Красноярске отмечался низкий ИП диуретиков: 17%. Не достаточно часто выписывались комбинированные ЛС, назначение которых, как известно, снижает финансовую нагрузку и увеличивает compliance фармакотерапии в амбулаторных условиях.

Таким образом, в целях оптимизации фармакотерапии пациентов с АГ необходимо снизить уровень назначения второстепенных ЛС и число ЛС вне стандарта. Предложенная нами модификация АТС/DDD методологии для определения ИП является информативным тестом для оценки эффективности и определения прогностической потребности в ЛС. Полученные данные свидетельствуют о необходимости продолжить ежегодный сравнительный фармакоэкономический и фармакоэпидемиологический анализ фармакотерапии.

Семенова Л.Н., Морова Н.А.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Областная клиническая больница, г. Омск

В реальной клинической практике процент диагностических ошибок расслаивающей аневризмы аорты (РАА) до настоящего времени остается высоким.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей у больных с расслаивающей аневризмой восходящего отдела аорты.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 31 истории болезни пациентов с РАА I и II типа, лечившихся в стационаре в течение 11 лет (1996-2007 гг.). Инструментальное исследование включало эхокардиографию (Эхо-КГ), рентгенографию органов грудной клетки, аортографию (АГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) аорты, мульти-спиральную компьютерную томографию (МСКТ), электрокардиографию (ЭКГ).

Результаты. Средний возраст всех больных составил 51,4±14,4 года. Преобладали лица мужского пола (60,7% пациентов). РАА I типа отмечена у 38,7% больных, а II типа – у 61,3%. Чаще всего наблюдался инфарктоподобный вариант РАА. Первоначальный диагноз острого коронарного синдрома (ОКС) в нашей группе больных был установлен у 15 человек: 11 человек – острый инфаркт миокарда, 4 человек – нестабильная стенокардия. В группе больных с РАА II типа внезапная давящая, рвущая боль в грудной клетке имела переднюю локализацию (94,7%); при расслоении I типа она чаще ощущалась в спине (77,8%) или в животе (66,7%). Классические признаки РАА при объективном обследовании у большинства пациентов отсутствовали. Мы наблюдали также неврологическую (2 случая), пневмоническую (1 случай), перикардитическую (1 случай) клинические «маски» РАА. У двух пациентов с I типом РАА первоначально был установлен диагноз острого живота. По нашим данным при первичном обращении за медицинской помощью на догоспитальном этапе диагноз РАА был установлен лишь в одном случае. В исследуемой группе больных с помощью ЭхоКГ РАА диагностирована у 89,3% пациентов, АГ – 42,5%, МРТ – 46,4%. У 6 пациентов диагноз был установлен только на аутопсии. Умерло 13 больных (41,9%). Хирургическое лечение проведено 15 пациентам (I тип РАА – 1 чел., II тип РАА – 14 чел.), из них умерло трое.

Заключение. Проведенный анализ подтверждает, что РАА является сложным и полиморфным по клинической картине заболеванием. Раннее клиническое распознавание и различные диагностические методики по визуализации аорты (в т.ч. экстренное ультразвуковое обследование) являются неотъемлемой частью ведения больных РАА. Выживаемость больных при РАА в настоящее время может быть значительно увеличена, благодаря своевременной диагностике и раннему лечению этого грозного состояния.

Симоненко В.Б., Борисов И.А., Морозов Д.А.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

2 ЦВКГ им. П.В. МАНДРЫКА, Москва

Ежегодно в России выполняется более 12000 операций на сердце, при этом частота развития послеоперационного перикардита достигает 40%. Одним из наиболее опасных проявлений послеоперационного перикардита являются нарушения сердечного ритма, преимущественно фибрилляции предсердий, возникающие у 35-40 % прооперированных больных.

Цель исследования: снизить частоту возникновения фибрилляции предсердий у оперированных больных путем вторичной профилактики послеоперационного перикардита.

Материал и методы: за период 2007-08 гг. в отделении обследования и прооперировано по поводу ИБС 110 больных. Все больные в зависимости от особенностей терапии разделены на 2 группы. 1 группа (контрольная) – 90 больных, средний возраст 65±6 лет, получавших стандартную терапию НПВП и β-блокаторами, и 2 группа (опытная) – 20 больных, средний возраст 64±7 лет, получавших оригинальную схему (2000 г.) с добавлением пролонгированного глюкокортикоида (ГК).

Результаты. Частота приступов фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде у контрольной группы больных составила 34 % (30 больных), большая часть из них была переведена на постоянный прием антиаритмических препаратов 3 класса с рекомендациями продолжить прием препаратов после выписки из стационара. В контрольной группе пароксизмы фибрилляции предсердий развились в послеоперационном периоде у 10% (2 больных), были купированы однократным введением кордарона. Профилактическо-

го введения антиаритмических препаратов больным данной группы в дальнейшем не потребовалось.

Выводы. Использование пролонгированных ГК достоверно снижает частоту послеоперационного перикардита и фибрилляции предсердий как одного из самых грозных его проявлений, а в случае развития – значительно уменьшает клиническую тяжесть и выраженность проявлений без побочных клинических эффектов.

Соян Р. С.-М., Молчанов А.В., Чурсина Т.В.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУЗ Ресбольница №1, г. Кызыл;

ГОУ ВПО АГМУ Росздздрава, г. Барнаул

Цель исследования. Изучить изменения системы перекисного окисления липидов – антиокислительная защита (ПОЛ-АОЗ) у больных артериальной гипертензией (АГ) под влиянием физических тренировок (ФТ).

Материал и методы. В исследование включен 131 больной со второй стадией АГ в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст – 50,4±0,9). Контрольную группу составили 34 здоровых человека в возрасте от 43 до 60 лет (средний возраст – 49,8±0,7). После установления диагноза больные были рандомизированы на 2 группы – основную (медикаментозная терапия и ФТ) – 71 пациент и сравнения (медикаментозная терапия) – 60 пациентов. Критерии рандомизации – возраст, пол, наличие пораженных органов-мишеней, группа риска. Используемая методика ФТ в режиме свободного выбора нагрузки предусматривает произвольный выбор пациентами субъективно-оптимальных параметров работы на велотренажере – мощности, скорости и продолжительности. В каждом конкретном случае время начала тренировок определялось строго индивидуально. Информированное согласие больного на проведение ФТ было обязательным. Курс ФТ состоял из 15-20 занятий на велотренажере KE-12 (Венгрия). Все параметры ФТ, избираемые больными регистрировались на каждом занятии, которые проводились 5 раз в неделю. При проведении ФТ контролировали АД, ЧСС до, во время и через 5 мин после окончания тренировки. Изучение показателей ПОЛ-АОЗ осуществляли определяя гидроперекиси липидов (ГПЛ), малоновый диальдегид (МДА) в плазме крови, проокислительную активность (ПОА) эритроцитов и плазмы, суммарную антиокислительную активность (АОА) в эритроцитах и плазме, активность супероксиддисмутазы (СДО) и каталазы в эритроцитах.

Результаты. Применение медикаментозного лечения больных АГ сопровождалось повышением основных показателей АОЗ. Активность каталазы увеличилась в среднем на 15% (<0,05) и СОД на 14,6% (<0,05). АОА плазмы и эритроцитов осталась без изменений. Одновременно отмечалось снижение ПОА плазмы в среднем на 25,6% (<0,05), содержания в плазме ГПЛ на 23,6% (<0,05). Таким образом, медикаментозная терапия оказывает определенное антиокислительное действие у больных АГ, приводя к снижению активности процессов ПОЛ за счет умеренного стимулирования ферментативной составляющей АОЗ. Однако этого повышения антиокислительного потенциала абсолютно недостаточно для того, чтобы подавить липопероксидацию. Об этом свидетельствует тот факт, что параметры, характеризующие окислительный статус больных АГ, к концу курса терапии не достигли контрольного уровня. Так, содержание продуктов ПОЛ в крови больных было выше по сравнению с контролем по ГПЛ в 1,2 (<0,01) и по МДА в 1,3 (<0,05) раза. Дополнение медикаментозной терапии больных АГ ФТ сопровождалось прежде всего высокодостоверным увеличением активности антирадикальных ферментов. Так, активность СОД и каталазы возросла в среднем на 31,8% и 34,9% (<0,001) соответственно и значительно превысила показатель в контроле и у больных получавших только медикаментозную терапию (<0,05) и перестали отличаться от показателей в контрольной группе. Повышение антиокислительного потенциала крови у тренировавшихся пациентов приводило к подавлению у них процессов ПОЛ, о чем свидетельствовало снижение в плазме крови ГПЛ на 35,3% (<0,001) и МДА на 25,8% (<0,05) по сравнению с исходным уровнем и показателями у нетренировавшихся больных (<0,05). ПОА эритроцитов и плазмы существенно меньше на 29,3% (<0,01) и 36,5% (<0,01) по сравнению с исходным уровнем и достигла показателей контрольной группы.

Таким образом, из приведенных данных следует, что ФТ оказывает выраженное стимулирующее действие на ферментативную составляющую АОЗ и, опосредованно, на АОА эритроцитов и плазмы. Рост АОЗ приводит к подавлению, и даже нормализации процессов липопероксидации, особенно в эритроцитах.

Таминова И.Ф.* , Гарганеева Н.П. , Ворожцова И.Н.***
ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И ФИЗИЧЕСКОЙ
РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ С РАЗНОЙ
НАПРАВЛЕННОСТЬЮ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНОГО
ПРОЦЕССА**

* МУ Врачебно-физкультурный диспансер, г. Нижневартовск;
** ГОУ ВПО «СибГМУ Росздзрва», г. Томск;

*** ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: сравнительная оценка показателей кардиогемодинамики и физической работоспособности у спортсменов высокой квалификации с разной направленностью тренировочного процесса.

Материал и методы. Обследовано 80 спортсменов все мужчины (средний возраст 21,92±0,5 года) высокой спортивной квалификации. Спортсмены подразделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. I группа (15 спортсменов) – волейбол. II группа (20) – «выносливость» (лыжные гонки, биатлон). III группа (20) – «сила» (пауэрлифтинг). IV группа (25), развивающая скоростно-силовые качества (борьба). Спортивный стаж от 5 до 15 лет. Исследования кардиогемодинамики проведены методом эхокардиографии (ЭхоКГ). Регистрировали: конечно-систолический и конечно-диастолический объемы левого желудочка (КСО, мл; КДО, мл), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП, см) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ, см), фракцию выброса ЛЖ (ФВ %), ударный объем (УО, мл). Физическую работоспособность (PWC₁₇₀) тестировали с помощью велоэргометрического исследования (ВЭМ).

Результаты. Показатели морфологии и гемодинамики сердца во всех группах были в пределах нормальных значений. Однако у спортсменов III и IV групп отмечено превалирование объемных фракций ЛЖ (КДО 124,83±15,55 мл; КСО 40,13±0,9 мл; УО 85,25±14,97 мл; ФВ 69,55±5,23 %) по сравнению со II группой (КДО 119,2±12,62 мл; КСО 41,85±6,26 мл; УО 76,85±10,74 мл; ФВ 66,8±4,2 %). Изучение линейных размеров выявило увеличение параметров ТЗСЛЖ 0,94±0,1 см в III и IV группах в сравнении с показателями II группы ТЗСЛЖ 0,88±0,1 см. В I группе у высокорослых спортсменов отмечались несколько большие структурные и гемодинамические величины сердца в сравнении с другими группами спортсменов (ТЗСЛЖ 0,95±0,09 см; КДО 135,53±12,58 мл; КСО 42,14±6,15 мл; УО 92,57±11,32 мл). Наибольшие изменения кардиогемодинамики в I группе обусловлены влиянием спортивной деятельности и связаны с антропометрическими особенностями спортсменов. Высокий уровень физической работоспособности (тест PWC₁₇₀ 1435,36 кгм/мин) наблюдался у спортсменов II группы в сравнении с показателями физической работоспособности у спортсменов с ациклическим характером двигательной активности: борьба (PWC₁₇₀ 1314,29 кгм/мин), волейбол (PWC₁₇₀ 1367,5 кгм/мин), пауэрлифтинг (PWC₁₇₀ 1091,33 кгм/мин). Сравнительные показатели параметров по данным ЭхоКГ и ВЭМ имели статистически значимые различия при p<0,05.

Выводы: результаты исследования свидетельствовали о наиболее высоком уровне функциональных резервов гемодинамики, физической работоспособности и адаптационных возможностей у спортсменов циклических видов спорта (лыжные гонки, биатлон) в отличие от спортсменов, занимающихся ациклическими видами спорта (борьба, волейбол, пауэрлифтинг).

Телкова И.Л., Репин А.Н., Скоробогатько М.В., Цицура Т.Н., Сергиенко Т.Н., Огуркова О.Н., Груздева О.В., Кремено С.В., Суслова Т.Е.

УЧАСТИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ В ФОРМИРОВАНИИ БОЛЕЗНЕННЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель – исследовать содержание гормонов симпатно-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем у больных с разными типами патогенных эмоциональных расстройств у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Обследовано 54 мужчин, страдающих ИБС, в возрасте 55,0±8,5 лет. Помимо стандартного кардиологического обследования, у всех участников тестом СМОЛ оценивалось эмоциональное состояние (ЭС). У 25 чел выполнялась диагностическая коронароангиография (КАГ). У этих пациентов в сыворотке периферической крови иммуноферментным анализом определялись уровни адреналина (Адр), норадреналина (НА), серотонина, кортизола, АКТГ, кортикотропин релизинг фактора (КТРФ), соматотропина (СТ), тиреотропного гормона (ТТГ). Анализировались взаимосвязи эмоционального состояния больных и содержания гормонов,

оценивалась реакция последних на выполнение КАГ, которая использовалась в том числе как стрессорирующий фактор. Это исследование создает не только патофизиологическую нагрузку на сердечно-сосудистую систему и другие органы, но и, безусловно, индуцирует психологический стресс, вызывая естественный витальный страх перед самой процедурой и последующим ожиданием полученных результатов и связанных с ними последствий.

Результаты. Болезненные расстройства настроения (гипотимии) диагностированы у 89% обследованных. При этом у 37% пациентов установлены тревожные расстройства, у 44,4% – депрессивные и у 4 больных (7,4%) выявлена реакция гипогнозии (т.е. неосознанного вытеснения из сознания тяжести заболевания). У всех больных с гипотимиями отмечены отклонения уровней Адр, НА, серотонина, кортизола, АКТГ, КТРФ, СТ и ТТГ. Причем их соотношения при тревожно-депрессивных расстройствах и гипогнозии имели свои различия. Установлены достаточно тесные взаимосвязи между содержанием исследованных гормонов и выраженностью дистимических проявлений. В ответ на процедуру КАГ уровни Адр, НА, серотонина в периферической крови увеличивались в 1,5-2 раза (p<0,05-0,01). Менялось и содержание АКТГ, ТТГ, СТ, КТРФ. Это может свидетельствовать об участии исследованных гормонов не только в регуляции сердечно-сосудистой деятельности, но и об их влиянии на формирование психо-эмоционального состояния больного.

Заключение. У 89% больных ИБС перед КАГ выявляются различные гипотимии. Складывается впечатление, что каждое из патогенных ЭС сопряжено с уникальным соотношением в содержании гормонов симпатно-адреналовой и гипофизарно-гипоталамической оси. В этой связи особенно следует обращать внимание на пациентов со сниженным осознанием тяжести своего заболевания (гипогнозией), так как они представляют группу повышенного риска развития осложнений как во время КАГ-исследования, так и течения болезни.

Телкова И.Л., Репин А.Н., Карпов Р.С.

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДПОСЫЛОК В ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования – анализ психосоматических и социальных предпосылок в формировании эмоциональных расстройств и выбора реабилитационных программ у больных ИБС.

Материал и методы. В исследование вошли 846 мужчин из популяционной выборки (ПВ) в возрасте от 20 до 60 лет и 86 чел. перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в возрасте 47,7±2,5 л: в подостром периоде, через год и спустя 5 лет от манифестации заболевания. Из ПВ после тщательного клинического обследования выделена группа здоровых лиц (131 человек). Диагноз ИБС в обеих группах верифицирован стандартным набором клинко-инструментальных исследований. У всех включенных в исследование проводилось психологическое тестирование тестом СМОЛ и определение содержания инсулина, кортизола, соматотропина, Т₃, Т₄ в сыворотке венозной крови. Данные психологического тестирования и гормонального статуса лиц из ПВ анализировались после стратификации по социальному составу: рабочие, инженерно-технические работники (ИТР), менеджеры (МЕН), научные сотрудники (НС); по возрасту; по наличию уточненных заболеваний ИБС, артериальной гипертензией, кардиалгиями. У больных ИМ эти же показатели рассматривались с точки зрения тяжести клинических проявлений ИБС, влияния на эффективность восстановительного лечения и отдаленные исходы.

Результаты. Установлено, что каждая социальная группа различалась как личностными особенностями, так и психо-эмоциональным состоянием. Так, у рабочих, ИТР и МЭН диагностированы преимущественно астенические проявления (52%-55%), тогда как у НС одинаково часто выявляли астенические и тревожные расстройства (44,8%). Проявлениям ИБС, АГ, кардиалгий уже на доклиническом этапе сопутствовало нарастание реактивной тревоги (шк 2), астенических реакций (повышение шк 1,2,3), усугубление личностной тревожности (ЛТ), хотя сами пациенты о уже имеющемся у них заболевании услышали впервые. При развитии ИМ у лиц с повышенным уровнем ЛТ (шк 7 ≥ 54 Т-бал) ранняя стенокардия наблюдалась чаще в 1,9 раз, гиперинсулинемия – в 1,4 раза, достоверно меньшим оказалось и число выживших в течение 5 лет – 36,7% vs 50,8%. В этой подгруппе в 90% случаев диагностированы астенические, тревожные и/или депрессивные проявления. Напротив, лица с нормальным уровнем ЛТ характеризовались настойчивостью, целеустрем-

ленностью, конструктивным подходом к лечению и сотрудничеству с врачом. Среди последних у 30,5% отмечена нормогнозия и еще у 6,8% – гипогнозия.

Заключение. Личностные особенности, социальная и профессиональная деятельность человека создают соматические (в том числе эндокринные) предпосылки для развития ССЗ и их осложнений. Адаптивный гормональный фон и его резерв, вероятно, участвует в формировании эмоционального состояния больного, которое необходимо диагностировать и учитывать при выборе комплексных программ восстановительного лечения.

Тетерина Е.В., Бондарева З.Г.

ВЛИЯЕТ ЛИ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВРЕМЯ ОККЛЮЗИИ АОРТЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер;

Новосибирский государственный медицинский университет

Цель: выявить частоту возникновения фибрилляции предсердий после аортокоронарного шунтирования и выяснить, зависит ли ее появление от таких показателей, как время искусственного кровообращения и время окклюзии аорты.

Материал и методы: проанализированы результаты аортокоронарного шунтирования 108 больных в возрасте от 43 до 76 лет, из них 90 мужчин и 18 женщин. Все больные были разделены на 2 группы: в первую вошли 97 пациентов без фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде (89,8%), средний возраст их составил 57,2±8,1 лет, среди них 80 мужчин и 17 женщин. Во вторую группу вошли 11 больных с пароксизмами фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде (10,2%), средний возраст составил 61,2±6,1 лет, среди них 10 мужчин и 1 женщина. В анализ включены пациенты после аортокоронарного шунтирования без аневризмэктомии, которым операция проводилась в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиолегии, и у которых не было фибрилляции предсердий до операции.

Результаты. В первой группе время окклюзии аорты 66,2±23,1 мин., время искусственного кровообращения 98,2±27,7 мин. У пациентов второй группы время окклюзии аорты составило в среднем 63,5±29,3 мин., время искусственного кровообращения – 88,6±26,2 мин.

Выводы.

1. Частота возникновения фибрилляции предсердий после операции аортокоронарного шунтирования составила 10,2%.

2. Не выявлено достоверных различий в группах пациентов без фибрилляции предсердий и с ее развитием после аортокоронарного шунтирования по длительности окклюзии аорты ($p > 0,05$), длительности искусственного кровообращения ($p > 0,05$).

Тихонова Е.П., Кузьмина Т.Ю., Строкина Г.Г., Упирова А.А.

СЛУЧАИ СЕПТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; МУЗ ГКБ № 6, г. Красноярск

В 2007 г. в инфекционном отделении МУЗ ГКБ № 6 г. Красноярска пролечено 49 ВИЧ-инфицированных больных, из них у 18 пациентов сепсис. В 4 случаях сепсис протекал с поражением сердца. Среди них 2 женщины и 2 мужчины в возрасте 36±9 лет. Длительность выявленной ВИЧ-инфекции составляла от 10 месяцев до 5 лет и определялась ВИЧ IV А, Б стадии. Ухудшение состояния больные отмечали в течение последних 1,5-4 недель. Во всех случаях заболевание сопровождалось стойкой лихорадкой с повышением температуры 37,8±1,2°С (у двоих с ознобом преимущественно в утреннее время), общей слабостью, миалгиями и артралгиями, болью или тяжестью в грудной клетке, кашлем. У всех больных наблюдали кандидозное поражение полости рта и ротоглотки, которые сопровождался типичными наложениями, болью и жжением, затрудняли глотание и прием пищи, подтверждались бактериологически выделением *Candida albicans*. Все больные имели дефицит массы тела с признаками дистрофии и кахексии, бледность и сухость кожных покровов, «заеды» в углах рта и корки на губах, неустойчивый стул.

При поступлении в стационар со стороны сердечно-сосудистой системы во всех случаях отмечалось: границы сердца в пределах нормы, выслушивались приглушенные или глухие тоны, тахикардия с ЧСС 123±13 уд/мин, гипотония с АД 90±10/50±10 мм рт. ст. У

2-х пациентов на фоне интенсивной антибактериальной терапии, по поводу пневмонии, динамика заболевания длительное время оставалась отрицательной: усиливался кашель и боли в грудной клетке, появлялась одышка с ЧДД 28±4 в мин, формировались абсцессы в одном случае и плеврит в другом, сохранялась лихорадка до 38,4±1,4°С с ознобами в утреннее время и обильной потливостью по ночам. На 9-10 день пребывания в стационаре у больных появились боли за грудиной, глухость сердечных тонов, систолический шум на верхушке, усилились тахикардия и гипотония. На ЭХОКГ выявлены данные за септический эндокардит с поражением трикуспидального клапана.

В третьем случае у больной с выраженной панцитопенией, астенией на фоне антиретровирусной терапии, назначения ГКС, получения положительной клинической динамики: уменьшился болевой синдром, улучшилось самочувствие, в гемограмме выросли эритроциты, тромбоциты и лейкоциты. На 30 день болезни появилась высокая лихорадка, слабость, усилились проявления стоматита, в легких стали выслушиваться сухие хрипы, тоны сердца глухие, систолический шум во всех точках, усилилась тахикардия и гипотония. На ЭХО КГ – признаки миокардита, перикардита.

В четвертом случае на 4 день пребывания в стационаре на фоне высокой температуры (39,6°С) у больного появилась экстрасистолия, боли за грудиной. В последующие дни присоединилась одышка с чувством нехватки воздуха, тяжесть и чувство сдавления за грудиной, стали выбухать вены шейного отдела, выслушивались глухие сердечные тоны, появился систолический шум на верхушке сердца, экстрасистолы на каждые три удара сердца, тахикардия до 120-160 в мин, гипотония до 70/20 мм рт. ст. На ЭКГ выявлено нарушение ритма по типу мерцания предсердий, тахиформа. При ЭХОКГ выявлено значительное количество свободной жидкости в перикарде при этом полости сердца не расширены и сократительная способность не нарушена. Произведена пункция перикарда, получено 300 мл гнойного содержимого. Диагностирована кардиопатия, септический эндокардит, экссудативный перикардит.

Таким образом, у пациентов с ВИЧ-инфекцией в IV А, Б стадии болезни развивается септическое состояние с тяжелым поражением сердца, являющееся одной из причин летальных исходов.

Ткаченко А.М., Авакимян З.А., Назаретян С.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ И АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кубанский Медицинский Институт, г. Краснодар

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности антиангинальной (моночинкве) и антидепрессивной (опра) терапии у 50 больных (22 мужчин, 28 женщин), в возрасте 60-75 лет (средний возраст 69 лет), страдающих ИБС, стенокардией напряжения II-III ФК, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIА-IIБ ст. (II-III ФК), дисциркуляторной энцефалопатией II-III ст., находившихся на стационарном лечении в госпитале Ветеранов Войн в течение 14-16 дней. Проводилось общеклиническое обследование, в том числе ЭКГ, ЭХОКГ, ЭКГ мониторинг, тест с 6 минутной ходьбой. Физическое состояние, эмоциональный, психический статус определялись с помощью шкалы опросника качества жизни, шкалы оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС, В.Ю.Марева, 2000 г.). С помощью Миннесотского опросника определялись суммарные критерии в метаболических единицах и их динамика в процессе лечения. Первая группа больных получала моночинкве 40 мг/сутки, вторая – моночинкве 40 мг/сут и опра 10-20 мг/сутки.

В результате лечения наблюдалось улучшение субъективного состояния большинства больных обеих групп (65% и 74%) – уменьшение болей в сердце, одышки, чувства тревоги и беспочвенности, повышение физической активности наряду с уменьшением выраженности объективных симптомов ХСН.

Выявлено уменьшение ишемических изменений на ЭКГ, тенденция к некоторому снижению КСО и КДО, нарастанию ФВ по данным ЭХОКГ в обеих группах. Имелась положительная динамика теста с 6 минутной ходьбой у 32 больных, снижение функционального класса у 14 больных первой группы и у 18 – второй. Наблюдалось снижение суммарного счета Миннесотского опросника, возрастание активности индекса активности в баллах, что указывало на улучшение качества жизни большинства больных обеих групп. Однако, достоверно более выраженные изменения выявлены во второй группе больных, получавших сочетанную терапию.

Результаты исследований свидетельствуют об эффективности сочетанной антиангинальной и антидепрессивной терапии у пожилых больных с ИБС, осложненной ХСН, дисциркуляторной энцефалопатией.

Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ МИОКАРДА: ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН;
«Тюменский кардиологический центр»

В настоящее время накоплен огромный экспериментальный материал, посвященный изучению клеточных и молекулярных механизмов, лежащих в основе уникального адаптивного феномена ишемического preconditionирования миокарда (ИП), при котором происходит ограничение зоны некроза после предварительных коротких эпизодов ишемии-реперфузии. Потенциальная возможность применения ИП в клинической практике с использованием фармакологических препаратов, индуцирующих механизмы эндогенной кардиопротекции, вызывает особый интерес и энтузиазм у исследователей и, возможно, открывает путь для разработки новой терапевтической стратегии, направленной на повышение толерантности миокарда к ишемическому и реперфузионному повреждению у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Предложено несколько клинических моделей оценки ИП: при кардиохирургических вмешательствах (моделирование ИП кратковременными эпизодами пережатия аорты при аортокоронарном шунтировании); при операциях чрескожной баллонной коронарной ангиопластики (ЧТБКА); у больных инфарктом миокарда (ИМ) (оценивается влияние предынфарктной стенокардии на течение и прогноз заболевания) а также у больных со стабильной стенокардией напряжения (феномен «разминки» при проведении парных нагрузочных тестов (ТТ). Для клинической оценки ИП нами изучены возможности холтеровского мониторирования, парных ТТ, нагрузочной равновесной радионуклидной вентрикулографии с ^{99m}Tc -альбумином, нагрузочной стресс-эхокардиографии. Предложен и запатентован оригинальный способ оценки ИП у больных ИБС. Показано влияние некоторых медикаментозных препаратов: потенцирующее (дипиридамола, эпросартан) и блокирующее (глибенкламид). Обнадеживают результаты многоцентровых исследований AMISTAD II и IONA, показавших эффективность применения аденозина у больных ИМ и активатора АТФ-зависимых калиевых каналов никорандила у больных со стабильной стенокардией в качестве препаратов, положительно влияющих на прогноз заболевания. Особое внимание клиницистов привлекает недавно описанный J. Vinten-Johansen и соавт. (2005) феномен ишемического preconditionирования, при котором используется специальный алгоритм восстановления кровотока при ИМ – реперфузия прерывается серией кратковременных коронарных окклюзий, что приводит к значительному уменьшению зоны некроза миокарда. По мнению R. Kloner (2007), протокол preconditionирования может использоваться во время проведения первичной ЧТБКА у пациентов с ИМ, однако требует доказательной базы. Таким образом, для использования стратегий ИП и preconditionирования в клинической практике необходимо подтверждение их эффективности и безопасности в крупномасштабных, рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях.

Фалалева Л.П., Реброва Т.Ю., Афанасьев С.А.

ВЛИЯНИЕ ИНДУЦИБЕЛЬНЫХ БЕЛКОВ ТЕПЛОГО ШОКА НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК ПОСЛЕ ИНТРАМИОКАРДИАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель работы. Оценить влияние стресс-белков hsp70 и hsp60 на выживаемость клеток костного мозга после трансплантации.

Методы. У крыс-самцов линии Вистар моделировали постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) стенозированием коронарной артерии. Через 40 суток животным интрамиокардиально вводили 2×10^5 мезенхимальных стволовых клеток (МСК). МСК получали культивированием костного мозга трубчатых костей животных по модифицированному методу Makino et al. Синтез стресс-белков hsp70 и hsp60 инициировали прогреванием культуры МСК при 43°C в течение 2 ч. Концентрацию hsp70 и hsp60 определяли иммуноферментным методом. Выживаемость клеток оценивали по содержанию в миокарде животных колониальных клеток на 4 сутки после трансплантации. Для этого взвесы гомогенизированного желудочка сердца культивировали 16 суток.

Результаты. Содержание hsp-70 и hsp-60 в МСК после культивирования составляло в среднем $0,18 \pm 0,02$ мкг/мл и $1,36 \pm 0,04$ мкг/мл соответственно. После теплового воздействия оно достоверно увеличилось: hsp-70 до $15,28 \pm 0,09$ мкг/мл, а hsp-60 до $2,73 \pm 0,05$ мкг/мл.

При культивировании клеточной взвеси миокарда животных с ПИКС и трансплантацией МСК показатель клеточности составил 946 ± 267 кл/см² и было выявлено 6 ± 2 колонии. После культивирования клеточной взвеси миокарда животных, которым трансплантировали МСК с повышенным содержанием стресс-белков, клеточность уже составила 1926 ± 123 кл/см² и было выявлено 18 ± 5 колоний. Для миокарда интактных животных и животных с контрольным ПИКС образование колоний было нехарактерно, а клеточность составила 246 ± 60 и 12 ± 8 кл/см² соответственно.

Заключение. Обнаружено, что стандартная схема получения МСК сохраняет возможность для дополнительной активации синтеза стресс-белков в этих клетках. При этом инициация синтеза hsp70 и hsp60 способствует повышению выживаемости МСК при трансплантации в ремоделированный миокард.

Подобная модификация МСК на этапе культивирования может быть использована при разработке новых технологий лечения сердечной недостаточности.

Работа выполнена в рамках Государственного контракта № 02.522.11.2006.

Федотченко А.А., Холмогоров Н.А., Князюк О.О. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Клинический курорт «Ангара», г. Иркутск

Создание и практическая реализация программ по оценке качества медицинской помощи (КМП) при проведении реабилитационных мероприятий относится к числу актуальных и приоритетных направлений восстановительной медицины.

Целью исследования явилось изучение КМП у больных со II и III классом тяжести инфаркта миокарда (ИМ) после санаторного этапа восстановительного лечения.

Под наблюдением находилось 150 больных ИМ, поступивших на санаторный этап реабилитации из кардиологических отделений г. Иркутска на 14-18 день его возникновения. С мелкоочаговым ИМ было 64 (42,6%), крупноочаговым 86 (57,4%) человек. Все обследуемые были мужчины в возрасте от 42 до 60 лет. Для изучения качества медицинской помощи (КМП) все больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошло 38 (25,3%) человек со II классом тяжести ИМ, достигшие в стационаре IV ступени двигательной активности (СДА). Во вторую группу вошло 18 (12,0%) человек со II классом тяжести заболевания, достигшие в период стационарного лечения только III СДА. В третью группу вошли все 94 (62,7%) больных с III классом тяжести ИМ, уровень физической активности которых после стационарного этапа также соответствовал III ступени.

В комплекс лечения всех больных входили аэротерапия, диетическое питание, лечебная физкультура, терренкур, лестничный тренинг. Всем больным II классом тяжести ИМ проводилась групповая психотерапия. У 34 (36,2%) больных III классом тяжести заболевания проводилась групповая, а у 60 (63,8%) индивидуальная психотерапия. Всем больным II классом тяжести ИМ через неделю после поступления в отделение реабилитации назначались сухие углекислые ванны (СУВ) по 15 минут, через день, №8 и магнитотерапия низкочастотным переменным магнитным полем (ПемП) от аппарата «Магнитер» на область $\text{C}_V\text{-Th}_{IV}$ со стороны спины в синусоидальном режиме с частотой 50 Гц, магнитной индукцией 10 мТл по 20 минут, через день № 9-10. Больные III классом тяжести ИМ произвольно были разделены на две подгруппы А и Б. Больные подгруппы А (60 чел.) с 12-13 дня после поступления получали СУВ и магнитотерапию в тех же дозиметрических параметрах, что и больные II классом тяжести. Курс лечения состоял из 5-6 процедур. Больные подгруппы Б (34 чел.) этих видов физиотерапии не получали.

Для оценки КМП использовался интегральный показатель (ИПКМП), состоящий из суммы коэффициентов медицинской результативности и социальной удовлетворенности по отношению к общему их числу. Эти коэффициенты рассчитывались путём отношения количества больных с положительным результатом к общему числу оцениваемых случаев.

Основными критериями позитивного результата лечения считалось улучшение общего состояния, уменьшение клинических проявлений заболевания, достижение VII СДА для II и VI СДА для III

класса тяжести ИМ. Показатель медицинской результативности согласовывался с пациентом, и подтверждался его подписью в медицинской карте. Таким же образом оценивалась удовлетворенность пациента всем комплексом восстановительного лечения. Оценки этих результатов сопоставлялись с данными анонимного анкетирования, где пациентам предлагалось самим оценить два этих показателя. При сравнении этих оценок достоверных различий не выявлено, что подтверждает их объективность. Такой подход к оценке ведущих показателей лечебного процесса значительно упрощает внутреннюю и внешнюю экспертизу и повышает заинтересованность врача в достижении лучших результатов.

На основании этих показателей был рассчитан ИПКМП, который во всех группах соответствовал высоким значениям и существенно не отличался между больными II и III класса тяжести заболевания, ни между исследуемыми группами. Эти данные свидетельствуют о том, что восстановительное лечение больных II и III классами тяжести ИМ на санаторном этапе позволяет достичь высоких значений КМП.

Федюшкина Л.С., Борисов И.А., Диева Т.В., Уйманова М.Ю.
МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ТЕПЛОВОЙ КРОВЯНОЙ КАЛИЕВОЙ КАРДИОПЛЕГИИ А.М. CALAFIORE КАК ВЫБОР СПОСОБА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ МИОКАРДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИБС

2-й Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка;
 Кардиохирургический центр, г. Москва

Цель исследования: оценить клиническую эффективность модифицированной методики тепловой кровяной калиевой кардиоopleгии при хирургической коррекции ИБС.

Материал и методы. 42-м пациентам проводилась операция реваскуляризации миокарда путём формирования коронарных анастомозов с использованием венозных и артериальных кондуитов (АКШ). Искусственное кровообращение проводилось по стандартной методике в режиме нормотермии на аппарате Stockert SHI (Германия). Тепловая кровяная кардиоopleгия проводилась путём нагнетания крови роликовым насосом из кардиоopleгического порта оксигенатора в коронарное русло. Подача калия осуществлялась с помощью инфузата При этом, с учётом трудностей изготовления 15% раствора КСI, нами была предложена модификация стандартной методики Calafiore путём пересчёта на введение 10% раствора КСI. Повторные сеансы кардиоopleгии выполнялись после каждого дистального анастомоза с интервалом не более 15 минут. Эффективность защиты миокарда оценивалась комплексно: по характеру восстановления сердечной деятельности, объёму инотропной поддержки в постперфузионном периоде, послеоперационной ЭКГ в динамике и данным ЭхоКГ.

Результаты. Электрическая активность миокарда восстанавливалась в среднем в течение 1 мин. после снятия зажима с аорты. У 38 пациентов (90,5%) отмечено самостоятельное восстановление сердечной деятельности, из них у 5 человек (13,2%) в последующем возник эпизод фибрилляции желудочков; фибрилляция желудочков после снятия зажима отмечена у 4 пациентов (9,5%). Ритм восстановлен дефибрилляцией. 2 пациентам (4,8%) потребовался ЭКС, в связи с развитием А-В блокады. Все пациенты в ближайшем послеоперационном периоде получали минимальные дозы инотропной поддержки, на ЭКГ не отмечалось признаков острой очаговой патологии. В 1-е сутки после операции всем пациентам проводилась Эхо-КГ. Ни у одного из больных не было отмечено признаков ишемического повреждения миокарда.

Выводы. Использование модифицированной методики тепловой кровяной калиевой кардиоopleгии, как метода защиты миокарда при операциях АКШ, обеспечивает адекватную интраоперационную кардиопротекцию. Кроме своей высокой клинической эффективности этот метод является простым и доступным в использовании для хирургического лечения ИБС.

Филиппова Т.В., Зубова О.А., Ефремушкин Г.Г.
ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВАРИАбельНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»;
 Краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Барнаул

Цель исследования: изучить состояние вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пожилых больных с сердечно-сосудистыми за-

болеваниями (ССЗ) и ее динамику после лечения низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ).

Материал и методы. Обследовано 110 больных с ССЗ в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст 78,2±1,5 лет). ИБС диагностирована у 98 (89,1%) больных, гипертоническая болезнь – у 92 (83,6%), все имели ХСН. Больные рандомизированы в группы: основная – 65 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ, группа сравнения – 45 больных, получавших только фармакотерапию. В основной группе выделены подгруппы: А – 23 больных, получавших внутрисосудистое лазерное облучение крови на аппарате «АЛОК» мощностью излучения 2 мВт 5 процедур по 30 мин., В – 22 больных, получавших накожное лазерное облучение на кардиальные зоны Захарьина-Геда в красном спектре излучения с аппарата «УЛФ-01» – 10 сеансов, С – 20 больных, получавших сочетанное лазерное облучение – поэтапно 5 сеансов ВЛОК, затем накожное облучение по указанной методике. ВСР оценивали по записям кардиоинтервалдограммы (КИГ). Записывали 100 кардиоциклов в горизонтальном положении, затем 100 кардиоциклов во время активной ортостатической пробы (АОП) с использованием электрокардиографа «Kenz cardio 302». Проводили временной анализ КИГ.

У больных ССЗ выявлена ригидность сердечного ритма, что проявилось в высоких значениях амплитуды моды (АМО), индекса напряжения (ИН) и низком вариационном размахе. Высокие значения индекса вегетативного равновесия (ИВР), вегетативного показателя ритма (ВПР), показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР) отражали вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатических влияний. После лечения у пациентов обеих групп увеличилась мода, снизилась АМО. У больных основной группы, помимо этого, достоверно снизились ИН, АМО и ЧССср. до и после АОП, уменьшились ИВР и ПАПР до АОП. Достоверных различий показателей у больных разных подгрупп основной группы после лечения не выявлено.

Таким образом, у больных пожилого возраста с ССЗ отмечено значительное снижение ВСР, перенапряжение систем вегетативной регуляции сердечного ритма, ее дисбаланс с преобладанием симпатикотонии. Использование НИЛИ в комплексной терапии этих больных сопровождалось повышением ВСР, снижением вегетативного дисбаланса и напряженности регуляторных систем более выраженным по сравнению со стандартным медикаментозным лечением.

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.
ГЕМОДИНАМИКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», г. Барнаул

Цель исследования: изучить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона на гемодинамику больных старше 60 лет с ИБС и гипертонической болезнью (ГБ).

Обследовано 62 больных с ИБС и ГБ (40 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст – 68,4±1,1 лет). Методом случайной выборки больные были разделены на группы: основная – 45 больных ИБС и ГБ, получавших медикаментозную терапию в комплексе с ЭМИ миллиметрового диапазона; сравнения – 16 больных, получавших только медикаментозное лечение. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, риску сердечно-сосудистых осложнений и получаемой медикаментозной терапии. Воздействие миллиметровыми волнами осуществлялось аппаратом «Явь-1» на курс лечения 10 сеансов по 20 минут ежедневно длиной волны 5,6 мм или 7,1 мм на область третьего-четвертого шейных позвонков или верхней трети грудины. Исследование гемодинамики у больных проводилось методом эходоплеркардиографии в начале и в конце курса лечения.

У пациентов основной группы к концу лечения произошло увеличение ударного объема левого желудочка на 6,6% (p<0,05), фракция выброса левого желудочка увеличилась на 7% (p<0,05). В группе сравнения достоверных изменений этих показателей не произошло. У больных, получавших миллиметровые волны, уменьшились конечный диастолический на 6% (p<0,05) и конечный систолический размеры на 7% (p<0,05), толщина задней стенки левого желудочка уменьшилась на 8% (p<0,05). В группе сравнения отмечалась лишь тенденция к уменьшению этих показателей.

Таким образом, включение КВЧ-терапии в комплекс лечения больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией ока-

зывает более выраженное положительное корректирующее влияние на гемодинамику больных ИБС и ГБ, чем использование только фармакотерапии.

Хамнагадаев И.И., Поликарпов Л.С. Ганкин М.И.
ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫХ
ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ СЕВЕРА

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск; ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Питание коренного населения Севера в последнее столетие претерпело значительные изменения, и в настоящее время, как правило, его нельзя считать традиционным. Освоение Северных территорий сопровождалось привнесением изменений не только в традиционный уклад жизни коренного населения, но и в характер питания, модифицируя набор продуктов рациона и способ его приготовления. В пище коренного населения появились легко усвояемые углеводы, различные макаронные и кондитерские изделия. Ранее основным видом деятельности сельского населения являлось животноводство. Происшедшие изменения в характере трудовой деятельности привели к появлению новых профессий, как с малыми, так и с большими энергозатратами.

С целью изучения распространенности ишемической болезни сердца и особенностей питания обследованы мужчины сельского коренного населения Якутии (якуты), Эвенкии (эвенки) и пришлого европеоидного населения Эвенкии (преимущественно русские) в возрасте 20-59 лет, всего 752 чел. Распространенность ИБС оценивалась по строгим эпидемиологическим критериям с верификацией диагноза. Фактическое питание изучалось методом суточного воспроизведения с опросом по муляжам пищевых продуктов. Основным источником белка в пище у якутов и европеоидного населения является говядина, у эвенков оленина. Исследования выявили, что для коренного сельского населения Якутии и Эвенкии характерно высокое потребление белка. Но по соотношению основных ингредиентов питания жителей Севера является жирно-углеводным. Содержание ингредиентов в суточном рационе в процентах от суточной калорийности у якутов, эвенков и пришлого европеоидного населения составляет соответственно: белков – 19,8%, 25,1%, 18,1%, жиров – 44,4%, 29,6%, 31,7%, 35,8%, 45,8%, 52,2%.

Анализ питания в группе больных с ИБС выявил тенденцию к более высокому потреблению жиров, углеводов и холестерина, в сравнении с мужчинами без ИБС. Имелась тенденция к более высокому потреблению насыщенных жирных кислот в группе с ИБС. Сравнение распространенности отдельных форм ИБС среди мужчин сельского коренного и пришлого населения Севера в возрасте 30-59 лет показало, что среди мужчин Эвенкии преобладает распространенность стенокардии напряжения, выявляемой по опроснику Роуза, при отсутствии определенного инфаркта миокарда, в отличие от якутов и сельского европеоидного населения центральной Сибири.

Харьков Е.И., Давыдов Е.Л.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА

ГОУ ВПО «Красноярский Государственный Медицинский Университет»

Цель: обосновать выбор комбинированной терапии ИАПФ – цилазаприлом (инхибейсом), антагонистом кальция – амлодипином (амлопом), диуретиком – индапамидом (индапамидом МВ) у больных артериальной гипертензией (АГ) по критериям клинической эффективности и безопасности.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 30 больных АГ (15 мужчин и 15 женщин) II-III ст., средний возраст 57,8 лет, стаж заболевания 10,3 года. Частота гипертонических кризов составляла 5,8 в месяц. У 29 пациентов была сопутствующая ИБС II-IV класса, инфаркт миокарда в анамнезе был у 12 больных, цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) у 15 человек. Все пациенты получали комбинированную терапию ИАПФ и антагонистом кальция в средних терапевтических дозах. В случае низкой эффективности комбинации к лечению добавляли диуретик. Оценка эффективности терапии проводилась при поступлении больных и выписки из стационара.

Результаты. Установлено, что при применении комбинированной терапии происходило на 47,4% снижение уровня систолического и на 31,3% диастолического АД. На 27,5% отмечено снижение

ЧСС. Кроме антигипертензивной активности комбинации отмечена ее положительная антиангинальная эффективность. Так частота приступов стенокардии снизилась более чем в 11 раз ($3,05 \pm 0,5$ и $0,29 \pm 0,09$ соответственно). Также произошло повышение толерантности к физической нагрузке при тесте с 6-минутной шаговой пробой на 37,3%. Все больные перенесли данную комбинацию хорошо, только 7 больным в связи с неполным достижением уровня целевого АД был добавлен диуретик. Побочных эффектов от применения препаратов зарегистрировано не было.

Выводы. Применение комбинированной антигипертензивной терапии ИАПФ – цилазаприлом (инхибейсом) и антагонистом кальция – амлодипином (амлопом) позволяет эффективно и безопасно проводить лечение больных АГ высокой степени с сопутствующими заболеваниями, достаточно быстро достигать уровня целевого АД у больных. У части больных такой уровень был достигнут при добавлении к комбинации эффективного диуретика – индапамид (индапамид МВ).

Чернявский А.М., Покушалов Е.А., Ларионов П.М., Кливер Е.Н., Ефанов О.С., Романов А.Б.

ШЕСТИМЕСЯЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ СТЕВЛОВЫХ КЛЕТОК
У БОЛЬНЫХ С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ
СОХРАННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ
МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Федерального агентства Росмедтехнологий»

Цель исследования: оценка результатов лечения пациентов с рецидивом стенокардии после операций прямой реваскуляризации (коронарное шунтирование, ЧТКА) методом эндокардиальной имплантации аутологичных стволовых клеток.

Материал и методы: в исследование вошли 10 пациентов с рецидивом стенокардии: 9 (90%) человек после коронарного шунтирования, 1 человек (10%) после ЧТКА. Среди всех пациентов 90% мужчин и 10% женщин. Средний возраст пациентов составил $60,89 \pm 2,45$. Средний функциональный класс стенокардии (CASS) $2,8 \pm 0,45$, сердечной недостаточности (NYHA) $2,8 \pm 0,45$, фракция выброса ЛЖ в среднем составила $61,26 \pm 3,62\%$, КДО ЛЖ в среднем $92,34 \pm 27,23$ мл. Критерии включения пациентов в исследование: пациенты после операций прямой ревакуляризации миокарда с возвратной стенокардией в различные сроки после операции с сохранной фракцией выброса левого желудочка; выраженность симптомов стенокардии, резистентность к максимальной медикаментозной терапии. Критерии исключения пациентов из исследования: планируемое коронарное шунтирование, ЧТКА или CRT; ФВ ЛЖ менее 50%, тромбоз ЛЖ, геморрагический синдром, выраженная почечная и/или печеночная недостаточность; онкопатология. Всем больным перед вмешательством проводилось полное клинико-инструментальное обследование, включая тест 6-минутной ходьбы, ЭХОКГ, 2-х этапную перфузионную томосцинтиграфию миокарда (покой и нагрузка), тканевую доплерографию, электроанатомическое картирование ЛЖ, селективную коронарографию. Полученную из аспирата костного мозга мононуклеарную фракцию, вводили через NOGA-катетер в зоны гибернированного миокарда, в среднем около 10 инъекций по 5 млн. клеток в каждой. После данной процедуры пациенты были обследованы через 6 месяцев. При контроле проводилась ЭХОКГ, перфузионная томосцинтиграфия миокарда и клиническая оценка состояния, контрольное электромеханическое картирование левого желудочка.

Результаты. Эндокардиальная имплантация аутологичных стволовых клеток с использованием навигационной системы «NOGA XR» не имела осложнений. Через 6 месяцев после введения аутологичных стволовых клеток отмечалось уменьшение функционального класса стенокардии до $1,6 \pm 0,88$, уменьшение функционального класса сердечной недостаточности до $2,7 \pm 0,44$ при ФВ ЛЖ в среднем $59,8 \pm 6,22\%$ и КДО ЛЖ в среднем $117,22 \pm 34,7$ мл.

Выводы. Предварительные клинические результаты операций эндокардиальной имплантации аутологичных стволовых клеток у пациентов с рецидивом стенокардии после операций прямой реваскуляризации миокарда показали, что данная методика лечения является безопасной для пациентов. Кроме этого, эндокардиальное введение стволовых клеток продемонстрировало снижение функционального класса стенокардии и улучшение миокардиальной перфузии ЛЖ.

Чернявский А.М., Альсов С.А., Аляпкина Е.М., Карпенко А.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБЭНДАРТЕРАКТОМИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
 ФГУ «НИИ патологии кровообращения

им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», г. Новосибирск

Цель исследования: оценить эффективность операции легочной тромбэндартерэктомии (ТЭЭ) в зависимости от степени легочной гипертензии (ЛГ).

Материал и методы. В основу настоящей работы положен анализ клинико-инструментального обследования 48 больных ХТЭЛГ, находившихся на лечении в НИИПК в период с 2004 по 2008 годы. Все пациенты перед началом исследования были разделены на 3 группы согласно с классификации ЛГ по уровню давления в ЛА (Митьков, Мухарьямов Н. М. 1973г), где к I группе относились пациенты с систолическим давлением в ЛА (РсЛА) до 50 мм рт. ст. – 8 пациентов, ко II группе пациенты с РсЛА до 80 мм рт. ст. – 16 пациентов и к III – больше 80 мм рт. ст. – 24 пациента. В I группе средняя длительность заболевания (СДЗ) составляла 19,6±24,5 месяцев. Во II группе СДЗ – 31,7±10,8 месяцев. В III группе СДЗ 50,75±14 месяцев. При анализе данных ЭхоКГ в I группе среднее РсЛА составило 46,3±3 мм рт. ст., средняя фракция выброса правого желудочка (ФВ ПЖ) составляла 51,3±3%. Во II группе среднее РсЛА составило 63,2±9,4 мм рт. ст., а ФВ ПЖ – 43±11 %. В III группе 102,2±15,7 мм рт. ст. и 33±6,5% соответственно. Всем пациентам была выполнена операция ТЭЭ из легочной артерии.

Результаты. Летальность составила 8,3%. По данным ЭхоКГ в I группе РсЛА снизилось с 46,3±3 мм рт. ст. до 39±5,3 мм рт. ст. ($p>0,05$), а ФВ ПЖ возросла с 51,3±3% до 58±3,5% ($p<0,05$). Во II группе отмечено снижение РсЛА с 63,2±9,4 мм рт. ст. до 47,2±16,3 мм рт. ст. ($p<0,05$) и увеличение ФВ ПЖ с 43±11 до 52±6% ($p>0,05$). В III группе РсЛА снизилось с 102,2±15,7 мм рт. ст. до 41,2±11,7 мм рт. ст. ($p<0,05$) и ФВ ПЖ возросла с 33±6,5% до 51±6,5% ($p<0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что степень ЛГ зависит от длительности существования эмболической окклюзии. Эффективность операции ТЭЭ из легочной артерии не зависит от уровня ЛГ и ФВ ПЖ. Высокая ЛГ и правожелудочковая недостаточность не является противопоказанием для хирургического лечения.

Чернявский А.М., Антропова Т.В., Кливер Е.Н.
ВЫБОР МЕТОДА КЛАПАНСОХРАНЯЮЩЕЙ КОРРЕКЦИИ
АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

ФГУ «НИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», г. Новосибирск

Цель работы: целью настоящего исследования явился сравнительный анализ клинико-анатомических показателей у больных, перенесших различные методы клапаносохраняющей коррекции аортальной недостаточности при патологии восходящего отдела аорты.

Материал и методы. Исследование базируется на анализе результатов хирургического лечения 113 пациентов, которым в период за период с 01.1998 по 03.2008 ФГУ «НИИПК Росмедтехнологий им. академика Мешалкина» выполнены клапаносохраняющие операции по поводу аортальной недостаточности при патологии восходящего отдела аорты. Лиц мужского пола 87 человек (77,0%), женского 26 (23,0%). Возраст больных колебался от 21 до 70 лет, и составил в среднем 53,1±10,9 лет. В отдаленном послеоперационном периоде обследовано 59 (52,2%) пациентов, перенесших реконструктивное вмешательство на корне аорты. Срок наблюдения варировался от 10 мес. до 7 лет 4 мес., составляя в среднем 46 месяцев.

Средний функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA составил 2,4±0,1. Тяжелые формы AoH (III-IV ст.) чаще встречались при аневризме аорты (50,0%), при расслоении преобладали более легкие (I-II ст.) формы (64,0%). Средняя степень аортальной недостаточности при хроническом расслоении аорты составила 2,6±0,2, подостром 1,9±0,3, острым 1,6±0,3, при аневризме восходящего отдела аорты 2,4±0,1ст. Все пациенты, которым выполнялись клапаносохраняющие операции, в зависимости от вида выполненной коррекции были разделены на 3 группы: 1гр. (n=63) – резекция аневризмы аорты с супракоронарным протезированием, 2 гр. (n=16) – протезирование восходящей аорты и некоронарного синуса по методу Wolfe, 3 гр. (n=34) – экстралюльварное протезирование восходящей аорты с реимплантацией устьев коронарных артерий по методу по методу David.

Результаты. Анализ клинических данных показал прямую зависимость нарастания степени аортальной недостаточности от диамет-

ра аорты на уровне синотубулярного гребня ($r=+0,9$) и синусов Вальсальвы ($r=+0,8$). Не выявлено достоверной связи между степенью аортальной регургитации и диаметром фиброзного кольца аортального клапана, а также диаметром восходящего отдела аорты. Выявлена достоверность ($p<0,05$) возрастания степени аортальной недостаточности у пациентов с хроническим расслоением аорты относительно пациентов с острым и подострым течением. Полученные данные показывают также зависимость между степенью аортальной недостаточности и коэффициентом СТГ/ФК AoK. Выявлено нарастание степени аортальной недостаточности с увеличением данного показателя ($p<0,05$). Во всех исследуемых группах различных вариантов клапаносохраняющих операций в послеоперационном периоде отмечено снижение степени аортальной регургитации по данным ЭХО КГ на 77,4-88,0%.

Вывод. Выбор тактики и техники клапаносохраняющих операций у больных с аортальной недостаточностью при патологии восходящего отдела аорты основан на представлении об анатомии и физиологии корня аорты и механизмах возникновения регургитации на аортальном клапане. Хирургическая коррекция аортальной недостаточности при клапаносохраняющих операциях определяется стремлением приблизить структуры корня к физиологическим с максимальным сохранением их динамической функции.

Чернявский А.М., Пак И.А., Покушалов Е.А., Карева Ю.В.
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ
АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА «CARDIOBLATE»
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
 ФГУ «НИИПК имени академика Е.Н.Мешалкина»
 Росмедтехнологий, г. Новосибирск

Дальнейшее развитие медицинской науки, технического прогресса открывает широкие перспективы для разработки новых подходов к лечению больных с сочетанной патологией. Манифестация ИБС у пациента с «хирургическим уровнем» поражения коронарных артерий и наличием у него фибрилляции предсердий (ФП) с клиническими проявлениями, рефрактерными к медикаментозному лечению – частая клиническая ситуация. Тактика лечения таких больных на сегодняшний день – двухэтапное хирургическое лечение: 1 этап – АКШ; 2 этап – катетерная абляция зон аритмии. Хирургическая абляция – операция «лабиринт» нашла применение, в основном, при операциях на открытом сердце у пациентов с клапанной патологией.

Использование аппарата «Cardioblate» с применением орошаемых электродов для выполнения абляции при операциях на открытом сердце позволяет выполнять гибридные операции у больных ИБС.

Цель исследования: оценить безопасность и эффективность одномоментного хирургического лечения фибрилляции предсердий при выполнении операции коронарного шунтирования.

За период с января 2008 по июнь 2008 г. в Центре хирургии аорты, коронарных и периферических артерий выполнено 23 операции. Возраст пациентов варьировал от 48 до 75 лет (средний 61,5±2,4 лет). У 2 пациентов была постоянная форма фибрилляции предсердий (8,6%); у остальных – персистирующая форма. Пациентам выполнялись следующие методики абляции: I – циркулярная изоляция устьев легочных вен (УЛВ) по методике Lasso – 9 пациентов (39,1%). II – циркулярная левопредсердная изоляция УЛВ, после чего изолированные области соединялись между собой по крыше левого предсердия. Для устранения проведения в левопредсердном перешейке проводилась линия от нижнего полюса левых ЛВ до фиброзного кольца митрального клапана (процедура С. Pappone) – у 10 больных (43,5%). III – абляция ганглионарных сплетений ЛП (GP – абляция) по методике, предложенной коллективом Центра хирургической аритмологии НИИПК – 4 пациента (17,4%). На госпитальном этапе у двух пациентов сохранялась фибрилляция предсердий при выписке из стационара. Таким образом, на госпитальном этапе в 91,4% случаев пациенты свободны от аритмии. Пациентам интраоперационно установлены системы длительного мониторирования ЭКГ «Reveal». Это позволит с высокой точностью, корректно оценивать результаты хирургического лечения аритмии.

Выводы. Одномоментное хирургическое лечение фибрилляции предсердий при выполнении операции коронарного шунтирования не сопряжено с риском развития послеоперационных осложнений. Первые результаты демонстрируют эффективность, не уступающую катетерной абляции.

Чумакова Г.А., Пономарева Н.Н.

ЗНАЧЕНИЕ МОТИВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

В настоящее время терапевтическое обучение является базисным компонентом лечения больных с артериальной гипертензией (АГ). В то же время известно, что эффективность образовательных программ недолговременна – уже через полгода после занятий наблюдается «ускользание» положительного эффекта обучения, что может быть связано с ошибками в методологии обучения, которые не позволяют сформировать у пациентов устойчивую мотивацию к изменению образа жизни и лечению.

Цель исследования – повысить эффективность обучения больных с АГ.

Обследовано 110 больных с АГ, которые были разделены на три группы. *Группа I* – 34 пациента – терапевтическое обучение проводилось по разработанной нами программе, включающей мотивационно-информационные технологии обучения. *Группа II* – 38 пациентов – терапевтическое обучение проводилось по традиционной программе. *Группа III (сравнения)* – 38 пациентов – терапевтическое обучение не проводилось, но давались традиционные рекомендации по изменению образа жизни и лечению.

В контрольные сроки больным проводились оценка уровня знаний о заболевании, поведенческих факторов риска АГ, качества жизни, типа отношения к болезни, психологического статуса, а через год исследования – медико-социальные показатели здоровья и индивидуальные риски развития сердечно-сосудистых осложнений.

Разработанная нами программа обучения в «Школе АГ» включала несколько этапов. **Этап I:** обеспечение пациентов информацией, необходимой для изменения образа жизни. **Этап II:** формирование у больных индивидуальных мотиваций по коррекции имеющихся факторов риска артериальной гипертензии. **Этап III:** разработка и реализация индивидуальной программы изменения образа жизни, отработка и закрепление навыков по коррекции факторов риска во время обучения. **Этап IV:** длительное мониторинговое наблюдение пациентов после обучения у врача «Школы АГ».

Выявлено, что у больных группы экспериментального обучения в течение года исследования наблюдалось достоверно меньше гипертонических кризов и обращений за медицинской помощью по поводу ухудшения течения артериальной гипертензии, чем у пациентов групп традиционного обучения и сравнения. Частота госпитализаций, вызовов скорой помощи, обращений в амбулаторную сеть по поводу ухудшения течения артериальной гипертензии было достоверно меньше в группе I, чем в группах II и III.

Таким образом, разработанная нами программа обучения больных АГ, основанная на мотивационных технологиях, обеспечивает долговременную эффективность обучения как метода терапии АГ.

Чумакова Г.А., Берестенникова Л.Н.

МАРКЕРЫ МАЛОКЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Городская больница № 1;

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Цель исследования. Определить маркеры наличия малоклинической формы тиреотоксикоза у больных с мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы. В проспективное исследование включено 77 пациентов с МА (средний возраст: $53,1 \pm 9,1$ (M \pm SD) лет, 42,86% – мужчины), у которых по данным лабораторного обследования был выявлен тиреотоксикоз. Определялся уровень тиреотропного гормона (ТТГ), свободных тироксина (св.Т4) и трийодтиронина (св.Т3), оценивалось наличие типичных клинических проявлений тиреотоксикоза и его давности, анамнеза постоянного приёма кордарона. Малоклиническим считался тиреотоксикоз при наличии лабораторных данных, характерных для клинического или субклинического тиреотоксикоза и отсутствие выраженных клинических проявлений. Больные были разделены на две группы: группа 1 – пациенты с клинически явным тиреотоксикозом (n=40, возраст $51,52 \pm 9,9$ лет; 25% – мужчины); группа 2 – пациенты с малоклиническим тиреотоксикозом (n=37, возраст $54,86 \pm 8,9$ лет; 62,2% – мужчины). При статистическом анализе количественные признаки описаны в виде Me[25,75] или M \pm SD. Для сравнения непрерывных величин, использовали критерий Манна-Уитни (U), либо двухвыборочный t-тест. Взаимо-

связь качественных величин изучалась с помощью таблиц сопряжённости признаков, с применением точного критерия Фишера и теста Пирсона (χ^2). Определение предикторов проводилось методом биномиальной логистической регрессии.

Результаты. Не было выявлено статистически значимого отличия между группами по возрасту (t=1,6; p=0,1), но среди больных с малоклиническим тиреотоксикозом преобладали мужчины ($\chi^2=10,8$; p=0,001). У пациентов с малоклиническими формами тиреотоксикоза длительность тиреотоксического анамнеза была меньше ($\chi^2=13,3$; p=0,001). Среди больных с малоклиническим тиреотоксикозом было больше пациентов, постоянно принимавших кордарон ($\chi^2=5,49$; p=0,019). Также в этой группе оказалось больше больных с субклиническим тиреотоксикозом (двусторонний точный критерий Фишера: p<0,0001). По результатам логистической регрессии были выявлены маркеры: давность тиреотоксикоза: ОШ=0,38 (0,19 – 0,74), p=0,00146; постоянный приём кордарона: ОШ=3,79 (1,17 – 12,26), p=0,017; мужской пол: ОШ=4,9 (1,8 – 13,2); субклинический тиреотоксикоз: ОШ=17259,5.

Выводы. Факторами, прогнозирующими наличие малоклинической формы тиреотоксикоза у больных МА, являются: небольшая давность тиреотоксикоза, постоянный приём кордарона в анамнезе, мужской пол, субклиническая форма тиреотоксикоза. Наличие каждого из них увеличивает вероятность того, что клиника тиреотоксикоза у больного МА будет стёртой, что объясняет трудности выявления тиреотоксикоза как причинного фактора МА у этих больных.

Шарова И.М., Ворожцова И.Н.

ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННЫХ ГИПЕРКАПНИЧЕСКИХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА РЕАКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Обследовано 18 больных атеросклерозом (средний возраст $57,3 \pm 2,4$ года) с преимущественно монолатеральными стенозами внутренних сонных артерий (ВСА). В том числе с сопутствующей ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-II ФК – 13 (72%) пациентов. Проведен двухнедельный курс гипоксических гиперкапнических тренировок по методу возвратного дыхания (ГПД). Оценивали реактивность показателей церебральной гемодинамики с помощью дыхательной пробы через дополнительное мертвое пространство (м-ГПД). Регистрацию гемодинамических показателей осуществляли с использованием эхокамеры «Ultramark-9» (ALT, США), с датчиками 7,5 МГц и 2,5 МГц. Исследование мозговой гемодинамики включало линейное В-сканирование, ультразвуковую доплерографию с цветным картированием кровотока ВСА, вертебральных артерий, а также транскраниальную доплерографию (ТКД) с цветным картированием кровотока среднечеребральных артерий (СМА). Показано, что после проведения тренировок на пике м-ГПД снижались коэффициент асимметрии кровотока по средней мозговой артерии на 26,6% (p<0,05), по внутренней сонной артерии на 15,4% за счет повышения показателей скоростей со стороны стенозированной ВСА. Коэффициент асимметрии по вертебральным артериям также снижались, но за счет снижения объемной скорости кровотока со стороны стенозированной ВСА. Мы наблюдали достоверный прирост показателей центральной гемодинамики на пике дыхательной пробы как до, так и после курса дозированных гиперкапнических гипоксических тренировок.

Резистентность к экзогенному дефициту кислорода и избытку углекислого газа формируется в результате адаптивного эффекта циркуляторной и тканевой гипоксии по мере течения атеросклеротического поражения артерий. Циклы тренировочных воздействий с дыханием гипоксической гиперкапнической газовой смеси повышают качество приспособительных реакций в условиях хронического гипоксического синдрома.

Шафранская К.С.*, Барбараш О.Л.*, Кашталап В.В.*, Моськин М.Г.*, Васильева Е.С.*, Иванов С.В.*, Моисеенков Г.В.*, Барбараш Л.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГОДИЧНОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И БЕЗ НЕГО В КУЗБАССКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

ГУ НППЛ РХСС СО РАМН;

*ГОУ ВПО КемГМА МЗ РФ, г. Кемерово

Атеросклероз является актуальной проблемой современного здравоохранения в силу широкой распространенности, высокой

смертности и инвалидизации пациентов. Особенностью атеросклероза, как системного заболевания, считается мультифокальность окклюзионно-стенотических поражений, то есть наличие изменений артерий в разных анатомо-функциональных бассейнах. Однако до сих пор неизвестно, может ли наличие атеросклеротического поражения нескольких сосудистых бассейнов влиять на ближайший и отдаленный прогноз прямой хирургической реваскуляризации одного из них (в частности, коронарного).

Целью настоящего исследования явилась предварительная сравнительная оценка исходной тяжести больных и ближайшего (годового) прогноза у пациентов с системным атеросклерозом и изолированным поражением только коронарного русла, перенесших оперативное вмешательство на коронарных артериях (коронарное шунтирование).

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 121 пациента, которым выполнялось коронарное шунтирование в 2006 г. по поводу клинически манифестирующего коронарного атеросклероза. Из них 113 (93,39%) – мужчины, 8 (6,61%) – женщины, средний возраст мужчин составил $56 \pm 6,8$ лет, женщин – $61 \pm 6,5$ лет. У 78 (64,4%) больных выявлено также наличие признаков мультифокального атеросклероза (поражения артерий экстракраниальных и нижних конечностей). У 43 (35,5%) пациентов не выявлено признаков значимого системного атеросклероза (изолированный коронарный атеросклероз). Оценивались наличие у пациентов: АГ, сахарного диабета, курения, наследственной отягощенности, перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), исходный функциональный класс (ФК) стенокардии. У всех больных выполнялись доплерография в спектральном и цветном режимах, аортоартериография для выявления поражений брахиоцефальных артерий и терминального отдела аорты. Годичный прогноз оценивался у всех пациентов по наличию «жестких» конечных точек: ИМ, ОНМК, смерть (кардиальная, некардиальная), «повышение» ФК стенокардии, прогрессирование системного атеросклероза, повторные реваскуляризации.

Результаты. При сравнении двух групп пациентов с мультифокальным поражением (первая группа) и без мультифокального поражения (вторая группа) выявлено, что в первой группе СД встречался у 13 (16,6%) больных, во второй – у 5 (11,63%) пациентов; курение – у 39 (50%) больных и у 13 (30,2%), соответственно в разных группах; наличие АГ определено у 77 (99%) и у 39 (90%) больных; инфаркты миокарда в анамнезе у 44 (56,4%) и у 21 (48,83%) пациента в сравниваемых группах; ОНМК – только у 3 (3,8%) больных в первой группе; стенокардия ФК III-IV – у 39 (50%) и 20 (46,51%) больных; ХСН ФК III-IV – у 11 (14,1%) и 5 (11,63%) больных, соответственно. Больные в первой группе имели большую частоту встречаемости основных факторов риска ИБС, что, вероятно, и влияет на распространенность атеросклероза за пределы коронарного бассейна. Наличие у пациентов первой группы большего процента постинфарктного кардиосклероза в анамнезе может свидетельствовать в пользу более агрессивного течения коронарного атеросклероза, вследствие «нестабильности» бляшек у больных этой группы. Результаты годичного наблюдения показали, у пациентов только в первой группе после АКШ развился повторный ИМ – у одного (1,28%) больного; ОНМК с летальным исходом также развился у одного (1,28%) больного в первой группе; сохранился высокий (III-IV) ФК стенокардии у 27 (34,6%) больных в первой группе и только у 11 (25,58%) пациентов во второй; наличие ХСН высоких ФК выявлено через 1 год у 11 (14,1%) больных первой группы и у 6 (13,9%) пациентов во второй, соответственно. Таким образом, суммарный годичный исход пациентов с мультифокальным атеросклеротическим поражением оказался значительно хуже, чем у пациентов с изолированным коронарным атеросклерозом, при сравнимых объемах коронарного вмешательства и последующей терапии.

Выводы. Можно предполагать значимое влияние распространенности атеросклеротического поражения на годовой прогноз больных, перенесших коронарное шунтирование.

Шацкевич С.А., Денисова Е.А., Молчанов А.В.
СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КРОВОТОК МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Целью исследования было изучить состояние микроциркуляторного русла (МЦР) у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией в зависимости от величины артериального давления (АД) и стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Обследовано 39 больных артериальной гипертензией в возрасте от 60 до 90 лет ($M=75,1 \pm 0,8$ лет), из них 8 женщин; $AD_{max} = 158,6 \pm 1,8$ мм рт. ст., $AD_{min} = 87,0 \pm 0,6$ мм рт. ст. Больных с ХСН I ст. было 18,2%, II А ст. – 75,7%. Контрольную группу составили 24 здоровых человека (женщин – 22,7%) в возрасте 18-52 лет ($M=27,7 \pm 1,5$ лет), $AD = 124,1 \pm 0,7/81,9 \pm 0,5$ мм рт. ст. Исследование МЦР проводилось методом конъюнктивальной биомикроскопии с применением щелевой лампы (ЩЛ-2Б, Россия).

У здоровых лиц МЦР характеризовалось единичными зонами периваскулярного отека, извитости артериол капилляров и венул. Резкое замедление кровотока и сладж-феномен замечены в 8% случаев. У пожилых больных с АГ наблюдался преимущественно (в 60% случаев) распространенный периваскулярный отек, множественная неравномерность калибра артериол и венул, извитость сосудов (в 64% случаев). Без изменений артериолы и венулы оставались лишь у 10% больных. Сетевидное строение капилляров у большинства полей и рарификация капилляров выявлена у 23,1% больных. Внутрисосудистый кровоток в МЦР был резко замедлен у 66,7% больных. Сладж-феномен отмечен в единичных артериолах (30,8%) и капиллярах (23,1%).

Замедление кровотока в МЦР наблюдалось преимущественно у больных с более высоким AD_{min} . По-видимому, при повышении AD_{min} в МЦР поступает крови меньше обычного и с этим могут быть связаны дистрофия в районе МЦР и рарификация капилляров и их запустение. У больных АГ пожилого возраста с ХСН II А ст. распространенный периваскулярный отек встречался в 85,7% случаев, с ХСН I ст. – в 14,3% ($p < 0,01$). При ХСН I ст. чаще наблюдались единичные зоны отека (62,5%). Распространенный периваскулярный отек сочетался со значительной извитостью артериол (82,6%) и выраженной неравномерностью калибра сосудов (81,8%). Сладж в большинстве артериол у больных с ХСН II А ст. наблюдался у всех больных и ни у одного с ХСН I ст. В большинстве артериол сладж регистрировался только при распространенном периваскулярном отеке ($r=0,32 \pm 0,1$) и в морфологически более измененных сосудах.

Таким образом, если изменение сосудистого звена МЦР связано, прежде всего, с процессами инволюции и формированием фиброзных и склеротических изменений, то периваскулярные и внутрисосудистые, по-видимому, обусловлены степенью повышения AD_{min} и выраженностью ХСН.

Штарик С.Ю., Константинова В.Г., Бардюкова О.В., Аверьянова О.В., Макарова М.В.

ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Было проведено обследование 84 мужчин и женщин в возрасте 55-65 лет с сочетанной патологией в виде гипертонической болезни, ишемической болезни сердца методом компьютерной электрокардиографии. Обследование проводилось с использованием аппарата «Нейрософт» с компьютерным обеспечением. Всем пациентам проводилась запись ЭКГ в 12 стандартных отведениях, с последующей записью ЭКГ по Франку. При компьютерной обработке полученных данных оценивался желудочковый комплекс на предмет выявления поздних потенциалов, рассматриваемых большинством исследователей как прогностически неблагоприятный признак развития жизнеугрожающих аритмий.

В результате исследований было выяснено, что поздние потенциалы желудочков определялись у 25 из 52 обследованных мужчин, что составило 47%, и у 9 из 32 обследованных женщин, что составило 27%. Большинство обследуемых пациентов получало базовую медикаментозную терапию по основным заболеваниям.

Таким образом, проведенные исследования доказывают необходимость дальнейших исследований в данном направлении, в том числе и с целью оценки качества медикаментозного воздействия, возможного подбора фармакологических препаратов.

Штегман О.А., Мосина В.А., Привалова И.В., Черных П.В., Штегман А.Г., Ганкин М.И.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель. Оценить клинико-функциональные особенности больных с разными типами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Материал и методы. При проведении эхокардиографического исследования на аппарате Vivid 7 Pro были отобраны 70 больных с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ). ГЛЖ диагностировалась у женщин при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 110 г/м^2 , у мужчин – более 125 г/м^2 . Всем больным определялся также индекс относительной толщины миокарда левого желудочка (ИТСЛЖ). При ИТСЛЖ более 0,45 диагностировался концентрический тип ГЛЖ (36 больных – 1-я группа), при ИТСЛЖ менее 0,45 – эксцентрический тип ГЛЖ (34 больных – 2-я группа). Всем больным проводился тест с 6-минутной ходьбой, исследовалось артериальное давление (АД), оценивалась толщина комплекса интима-медиа каротидной артерии (КИМ), функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA. Оценка качества жизни проводилась с помощью Миннесотского опросника. Оценка достоверности отличий средних величин проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для несвязанных выборок. Оценка достоверности отличий относительных величин проводилась с помощью критерия Хи-квадрат.

Результаты. Среди больных 1-й группы несколько чаще встречались мужчины (17% против 8%, $P < 0,05$). Средний возраст больных 1-й группы составил $67,5 \pm 1,1$ года, во 2-й группе $62,5 \pm 1,3$ года ($P = 0,004$). Больные 1-й группы имели среднее систолическое АД $140 \pm 2,7$ мм рт. ст., диастолическое АД – 85 ± 2 мм рт. ст. У больных 2-й группы соответственно $131 \pm 2,8$ и $82 \pm 1,4$ мм рт. ст. (отличия среднего систолического АД достоверны при $P = 0,03$). ИММЛЖ между группами достоверно не отличался ($160 \pm 6 \text{ г/м}^2$ и $157 \pm 6 \text{ г/м}^2$), средняя толщина КИМ была достоверно большей у больных 1-й группы ($1,02 \pm 0,04$ мм против $0,83 \pm 0,04$ мм, $P = 0,0011$). Показатели теста с 6-минутной ходьбой были меньшими у больных 1-й группы (323 ± 19 м против 390 ± 15 м, $P = 0,03$), что сопровождалось большим снижением качества жизни (46 ± 4 балла против 34 ± 3 балла, $P = 0,012$) и большим функциональным классом сердечной недостаточности ($2,3 \pm 0,2$ против $1,7 \pm 0,1$, $P = 0,012$).

Вывод. При сопоставимом индексе массы миокарда левого желудочка больные с концентрической гипертрофией левого желудочка в сравнении с пациентами, имеющими эксцентрическую гипертрофию, характеризуются более старшим возрастом, более плохой переносимостью физических нагрузок, большим уровнем систолического давления, более низким уровнем качества жизни и более значимым увеличением комплекса интима-медиа каротидной артерии.

Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Гапон Л.И.
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Филиал ГУ НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»;
 МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», г. Тюмень

Цель исследования: изучить структурно-функциональные изменения сердца во взаимосвязи с данными СМАД для уточнения роли гемодинамических факторов в ремоделировании ЛЖ у больных АГ в условиях Тюменского Севера.

Материал и методы. Обследовано 393 мужчины в возрасте 20-59 лет. В группу наблюдения были включены 177 пациентов с АГ, работающих в режиме заполярной вахты. Группу сравнения составили 158 пациентов с АГ, постоянных жителей г. Тюмени. В группу контроля вошли 43 здоровых северян соответствующего возраста и 15 здоровых тюменцев. Степень повышения АД и стратификация по группам риска устанавливалась на основании критериев ВОЗ/МОАГ (1999, 2001 гг.). Всем пациентам проведено 24-х часовое СМАД на оборудовании «Marquette Hellige GmbH Tonoport IV» и «Space Labs» (США). ЭхоКГ: АЛОКА 5500 (Япония). Определялись величины КДО, КСО, УО (L. Teichholtz), рассчитывались УИ, СИ, ФВ ЛЖ. Степень ГЛЖ оценивалась на основании расчета ММЛЖ по методике Penn Convention, выделяли геометрические типы левого желудочка (A.Galanu). Анализ результатов, проведен с использованием программного пакета STATISTICA, версии 6,0 (USA).

Результаты. Суточный профиль АД у северян с АГ характеризовался «плоским» типом ритма и смещением гипербарической нагрузки на ночные часы. В условиях Севера у лиц с АГ преобладали признаки гиперреактивности симпатической нервной системы и формирование стресс-индуцированной АГ на фоне значимого увеличения ММЛЖ и ИММЛЖ. Показано преобладание концентрической ГЛЖ у больных АГ 1, 2 ст., у здоровых лиц наблюдался концентрический тип ремоделирования миокарда при величинах

ММЛЖ и ИММЛЖ, превышавших показатели группы сравнения. В группах северян с АГ отмечена значимая, положительная, но слабая корреляционная зависимость ММЛЖ и ИММЛЖ с параметрами СМАД.

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют о более сложных механизмах развития структурных изменений сердца у пациентов с АГ при адаптации к экстремальным условиям Севера, включая, помимо АД, весь спектр нейрогуморальных, трофических факторов на плазменном и тканевом уровнях.

Эвэрт Л.С., Прахин Е.И., Паничева Е.С., Боброва Е.И., Лыткин В.А.
УРОВЕНЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

Цель исследования: изучить частоту встречаемости эмоциональных и вегетативных нарушений у детей с артериальной гипертензией (АГ) и нормальным уровнем АД (НАД) коренного и пришлого населения, проживающих в условиях северных (Эвенкия, Ямало-Ненецкий автономный округ – ЯНАО) и южных (Хакасия, Тыва) регионов Сибири.

Методы. Анкетирование, заполнение опросника Айзенка и опросника ситуационной тревожности Кондаша.

Результаты. Показано, что у детей с АГ, как в группе коренного, так и пришлого населения, статистически значимо чаще, чем у детей с нормальным АД, регистрируются головные боли, трудности при засыпании, поверхностный сон, чувство разбитости, усталости по утрам, неприятные ощущения в области сердца, эмоциональная лабильность, раздражительность, чувство напряженности и тревожности, повышенная утомляемость и усталость.

Школьники с АГ как коренного, так и пришлого населения отличаются более высокой частотой эмоциональных и вегетативных нарушений в сопоставлении с детьми, не имеющими АГ. Статистически значимые различия анализируемых показателей между коренными и пришлыми с АГ не выявлены, различия в большей степени обусловлены наличием или отсутствием у детей АГ. Для детей коренного и пришлого населения с АГ характерен высокий уровень личностной и школьной тревожности, степень выраженности невротизации меньше у детей коренного населения в сравнении с – пришлым, прослеживается тенденция к нарастанию уровня невротизации у детей с АГ с юга на север.

Психоэмоциональные нарушения и проявления метеолабильности у детей с АГ в группе коренного населения выявляются реже, чем у детей пришлого населения. Число детей пришлого населения с АГ, имеющих проявления метеолабильности, возрастает в направлении от южных регионов к северным. Дети коренного населения реже имеют кризовое течение АГ, причем продолжительность кризов у них меньше, чем у некоренного населения.

Юсупходжаев Р.В., Ефремушкин Г.Г., Рыбалко М.И.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С АРИТМИЕЙ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Санаторий «Барнаульский», АГМУ, г. Барнаул

Цель работы – изучить влияние гипнотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на аппарате «Вояджер XL» и метода электросонотерапии (ЭСТ) с помощью аппарата «Адаптон-Слип» на психологический статус больных инфарктом миокарда (ИМ) с аритмией.

Материал и методы. Обследовано 42 больных ИМ с аритмией. Психологический статус изучался с помощью опросников «Тип отношения к болезни», Хейма, «Индекса жизненного стиля» (ИЖС). Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской. 13 пациентов посещали гипнотерапию, 4 – проходили ЭСТ, 10 – получали АВС, 15 – контрольная группа.

Результаты. При поступлении в санаторий у больных ИМ с аритмией доминирующим типом отношения к болезни (ТОБ) был эргопатический 38,1%. В конце лечения в контрольной группе уменьшилось по сравнению с началом лечения применение гармоничного ($p < 0,01$), диффузного ($p < 0,05$) типов за счёт увеличения смешанного ($p < 0,01$) и неврастенического ($p < 0,05$). После гипнотерапии уменьшилось использование эргопатического ($p < 0,05$) за счёт увеличения гармоничного ($p < 0,01$), анозогнозического ($p < 0,05$) типов. После электросонотерапии исчез гармоничный тип ($p < 0,05$) и стал использоваться сенситивный ($p < 0,05$). После курса АВС уве-

личилось применение эргодического типа ($p < 0,001$) за счёт снижения сенситивного ($p < 0,001$).

По опроснику ИЖС при поступлении у больных ИМ с аритмией механизмы психологической защиты (МПЗ) «отрицание», «интеллектуализация», «реактивное образование» ($p < 0,001$), «вытеснение» ($p < 0,05$) были выше, а «регрессия» и «замещение» ($p < 0,05$) – ниже нормы. МПЗ остались неизменными в контрольной и в группе вмешательства на протяжении всего наблюдения в санатории.

По опроснику Хейма при поступлении больные ИМ интенсивно использовали адаптивные и относительно адаптивные стратегии. В контрольной и в группе с ЭСТ в конце реабилитации изменений в использовании копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не выявлено. После курса АВС у больных ИМ уменьшилось использование конструктивной стратегии «альтруизм» ($p < 0,05$). После гипнотерапии уменьшилось применение неконструктивной стратегии «отступление» ($p < 0,05$).

Выводы. У больных ИМ с аритмией гипнотерапия оказывает наиболее позитивное влияние на ТОБ и копинг-стратегии.

Юсупходжаев Р.В., Ефремушкин Г.Г., Рыбалко М.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Санаторий «Барнаульский», АГМУ, г. Барнаул

Цель работы – изучить влияние гипнотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на аппарате «Вояджер XL» и метода электросонотерапии (ЭСТ) с помощью аппарата «Адаптон-Слип» на психологический статус больных инфарктом миокарда (ИМ) с психопатологическими синдромами.

Материал и методы. Обследовано 44 больных ИМ. Психологический статус изучался с помощью опросников «Тип отношения к болезни», Хейма, «Индекса жизненного стиля» (ИЖС). Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской. 11 пациентов посещали гипнотерапию, 7 – проходили ЭСТ, 12 – получали АВС, 14 – контрольная группа.

Результаты. При поступлении в санаторий у больных ИМ с психопатологическими синдромами доминирующим типом отношения к болезни (ТОБ) был смешанный 45,5%. В конце лечения в контрольной группе перестали встречаться гармоничный ($p < 0,05$), тревожный ($p < 0,05$), и увеличилось количество больных с эргодическим ($p < 0,01$), неврастеническим ($p < 0,05$) типами, уменьшилось использование смешанного ($p < 0,001$). После гипнотерапии уменьшилось использование эргодического ($p < 0,01$) и появился гармоничный тип ($p < 0,001$). После ЭСТ уменьшилось применение гармоничного ($p < 0,05$), смешанного ($p < 0,01$) типов, появились эргодический ($p < 0,01$), анозогностический ($p < 0,01$), увеличилось применение сенситивного ($p < 0,05$). После курса АВС увеличилось использование гармоничного ($p < 0,01$), появился анозогностический ($p < 0,01$), снизилось применение смешанного ($p < 0,05$) и сенситивного ($p < 0,01$) типов.

По опроснику ИЖС при поступлении у больных ИМ механизмы психологической защиты (МПЗ) «отрицание», «интеллектуализация», «реактивное образование» ($p < 0,001$), «вытеснение» ($p < 0,05$) были выше, а «регрессия» и «замещение» ($p < 0,05$) – ниже нормы. МПЗ остались неизменными в контрольной и в группе вмешательства на протяжении всего наблюдения в санатории.

По опроснику Хейма при поступлении больные ИМ с психопатологическими синдромами интенсивно использовали адаптивные и относительно адаптивные стратегии. В контрольной и в группах с ЭСТ, АВС в конце реабилитации изменений в использовании копинг-стратегий не выявлено. После гипнотерапии произошло нарастание относительно конструктивных стратегий «диссимуляция» ($p < 0,05$), «придача смысла» ($p \leq 0,07$).

Выводы. Гипнотерапия оказывает наиболее позитивное влияние на ТОБ и копинг-стратегии у больных ИМ с психопатологическими синдромами.

Яскевич Р.А., Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Повshedная О.Н. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ГОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет Росздрава им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

Одним из частых кардиальных осложнений артериальной гипертонии (АГ) являются нарушения ритма сердца (НРС), часто

регистрирующиеся как причина внезапной смерти больных. Развитие аритмий часто служит поводом для обращения больных АГ за медицинской помощью.

С целью изучения частоты встречаемости нарушений ритма сердца у пациентов с АГ и без неё обследовано 151 человек мужского пола в возрасте 20-60 лет (средний возраст $43,1 \pm 0,8$ лет). В группе обследованных лиц с гипертонической болезнью было 102 чел. (возраст $43,5 \pm 0,9$ лет), а в группе без АГ – 49 чел. (возраст $42,5 \pm 1,2$ лет).

Методы исследования. Обследование включало анкетный опрос, антропометрию с соматотипированием, клинический осмотр, измерение АД, суточное мониторирование ЭКГ, электрокардиографию, эхокардиографию. За 2 суток до обследования больным АГ проводилась отмена гипотензивной терапии. Регистрируемые аритмии сердца в зависимости от характера образования и проведения импульсов делились на нотопные нарушения ритма сердца (ННРС), гетеротопные нарушения ритма сердца (ГНРС). К ННРС были отнесены синусовая тахикардия (СТ), синусовая брадикардия (СБ) и синусовая аритмия (СА). К ГНРС относили активные эктопические ритмы, такими являлись наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ), желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), фибрилляция предсердий (ФП), наджелудочковая тахикардия (НЖТ), желудочковая тахикардия (ЖТ) и фибрилляция желудочков (ФЖ). Для градации ЖЭ использовалась классификация В. Lown и M. Wolf.

Результаты исследования. При проведении данного исследования выявлено, что у больных АГ НРС встречались у 27,5% обследованных, наиболее часто из которых встречалась синусовая тахикардия – у 14,7%. ГНРС в целом среди больных АГ встречались у 76,5%, при этом наджелудочковые НРС встречались у 71,6%, желудочковые НРС – у 38,2% больных. Нарушения проводимости встречались в группе больных АГ у 11,7%.

Следует отметить, что в группе больных АГ и в группе лиц с нормальными уровнями АД практически одинаково часто встречаются ГНРС – у 76,5% и 75,5% обследованных соответственно, при этом ЖНРС чаще встречаются у больных АГ по сравнению с лицами не имеющими АГ – 38,2% и 20,4% соответственно ($p < 0,05$).

При изучении зависимости частоты нарушений ритма от уровня АД установлено, что ЖНРС чаще встречаются в группе с максимальными значениями систолического АД. При сравнении частоты НРС в зависимости от уровня диастолического АД установлено, что ЖНРС чаще встречались в группе с уровнем 100-109 мм рт. ст. по сравнению с группой 90-99 мм рт. ст. ($p < 0,01$). НЖНРС чаще встречаются в группе ДАД > 110 мм рт. ст. по сравнению с группой 90-99 мм рт. ст. У больных АГ ЖНРС в старшей возрастной группе встречаются чаще ($p < 0,05$), в контрольной группе здоровых лиц подобных различий не выявлено.

Заключение. Установлено, что частота встречаемости желудочковых нарушений ритма выше у больных артериальной гипертонией по сравнению с лицами с не имеющими артериальной гипертонии, и зависит от уровня диастолического артериального давления.