



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Российский кардиологический
научно-производственный комплекс
Министерства здравоохранения РФ



Общество специалистов по неотложной кардиологии

Российское медицинское общество
по артериальной гипертензии

ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ 2014: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

VII Всероссийский форум

ТЕЗИСЫ

26 — 27 ноября 2014 г.
г. Москва

ЛЕЧЕНИЕ ХСН И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Инспра®
эплеренон
снижает риск,
сохраняет жизнь!

При
постинфарктной
сердечной
недостаточности,

А теперь и при
хронической сердечной
недостаточности,
добавь Инспру,
сохрани жизнь!

МОЖНО ЛИ СДЕЛАТЬ БОЛЬШЕ?

Инспра® – первый и единственный селективный блокатор рецепторов альдостерона в России^{1,2}:

- Улучшает прогноз выживаемости
- Снижает риск смертности
- Уменьшает возможную частоту госпитализаций

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ИНСПРА®
Торговое название: Инспра®, Международное непатентованное название: эплеренон.
Регистрационный номер: ЛСР-004052/10. Фармакологические свойства: эплеренон обладает высокой селективностью в отношении минералокортикоидных рецепторов у человека в отличие от глюкокортикоидных, прогестероновых и андрогенных рецепторов и препятствует связыванию минералокортикоидных с альдостероном – ключевым гормоном ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), который участвует в регуляции артериального давления (АД) и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний.
Показания к применению: Инфаркт миокарда: в дополнение к стандартной терапии, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов со стабильной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса < 40 %) и клиническими признаками сердечной недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда.
Хроническая сердечная недостаточность: в дополнение к стандартной терапии, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II функционального класса по классификации NYHA, при дисфункции левого желудочка (фракция выброса < 35 %).
Противопоказания: повышенная чувствительность к эплеренону или другим компонентам препарата; клинически значимая гиперкалиемия; содержание калия в сыворотке крови в начале лечения более 5,0 ммоль/л; умеренная или тяжелая почечная недостаточность (КК < 30 мл/мин) у пациентов с ХСН по II ФК по классификации

NYHA; тяжелая печеночная недостаточность (более 9 баллов по классификации Чайлд-Пью); одновременный прием калийсберегающих диуретиков, препаратов калия или сильных ингибиторов изофермента CYP3A4, например итраконазола, кетоконазола, ритонавира, нефинавира, кларитромицина, телитромицина и нефазодона; редкие наследственные заболевания, такие как непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы; концентрация креатинина в плазме крови >2,0 мг/дл (или >177 мкмоль/л) у мужчин или >1,8 мг/дл (или >159 мкмоль/л) у женщин; опыт применения препарата у детей в возрасте до 18 лет, поэтому его назначение пациентам этой возрастной группы не рекомендуется. С осторожностью: сахарный диабет 2 типа и микроальбуминурия; пожилой возраст; нарушения функции почек (КК менее 50 мл/мин); одновременное применение эплеренона и ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II, сильных индукторов изофермента CYP3A4; препаратов, содержащих литий, циклоспорин или такролимус; дигоксина и варфарина в дозах, близких к максимальным терапевтическим. Не следует применять тройную комбинацию ингибитора АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II с эплеренон. Способ применения и дозы: внутрь, независимо от приема пищи. Стартовая доза – 25 мг один раз в сутки, титрация через 4 недели с учетом концентрации калия в сыворотке крови до 50 мг один раз в сутки. Применение при беременности и в период грудного вскармливания: Сведений о применении препарата у беременных нет. Препарат следует применять с осторожностью и только в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери значительно превышает возможный риск для плода/ребенка.

Возможное нежелательное влияние эплеренона на новорожденных, находящихся на грудном вскармливании, неизвестно, поэтому целесообразно или прекратить кормление грудью, или отменить препарат, в зависимости от его важности для матери. Побочное действие: Наиболее частые нежелательные явления, которые могли быть связаны с лечением: гиперкалиемия, дегидратация, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, головокружение, обморок, инфаркт миокарда, снижение АД, кашель, тошнота, диарея, запор, нарушение функции почек, кожный зуд, судороги в икроножных мышцах ног, мышечно-скелетные боли. Форма выпуска: Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг или 50 мг по 14 таблеток в блистере; по 2 блистера вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. По 10 таблеток в блистере; по 2, 3, 5, 10 или 20 блистеров вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. Срок годности: 3 года. Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

Литература

- Инструкция по медицинскому применению препарата Инспра®, ЛСР-004052/10-150714.
- PfH B, Remme W, Zannad F, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348: 1309-2.



НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Чазов Е. И.** Академик РАН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ
- Каграманян И.Н.** Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
- Багненко С.Ф.** Академик РАН, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Акад. И.П. Павлова, главный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

- Чазова И.Е.** Член-корр. РАН, профессор, директор института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ, главный специалист по кардиологии Министерства здравоохранения РФ
- Руда М.Я.** Профессор, руководитель отдела неотложной кардиологии ФГБУ РКНПК МЗ РФ, председатель общества специалистов по неотложной кардиологии
- Терещенко С.Н.** Профессор, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ РКНПК МЗ РФ, директор общества специалистов по неотложной кардиологии

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

- Наконечников С. Н.** Профессор, д.м.н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Абуглов С.А. (Москва) | Николаева И.Е. (Уфа) |
| Архипов М.В. (Екатеринбург) | Огарков М.Ю. (Кемерово) |
| Барбараш О.Л. (Кемерово) | Ощепкова Е.В. (Москва) |
| Бойцов С.А. (Москва) | Плавунов Н.Ф. (Москва) |
| Галявич А.С. (Казань) | Романчук С.В. (Иваново) |
| Говорин А.В. (Чита) | Самко А.Н. (Москва) |
| Голицын С.П. (Москва) | Сыркин А.Л. (Москва) |
| Довгалецкий П.Я. (Саратов) | Тюрин В.П. (Москва) |
| Жиров И.В. (Москва) | Фетисов В.В. (Москва) |
| Затейщиков Д.А. (Москва) | Шалаев С.В. (Тюмень) |
| Карпов Р.С. (Томск) | Шахиджанова С.В. (Москва) |
| Карпов Ю.А. (Москва) | Шлык С.В. (Ростов-на-Дону) |
| Кириенко А.И. (Москва) | Шпектор А.В. (Москва) |
| Марков В.А. (Томск) | Шубик Ю.В. (Санкт-Петербург) |
| Мартынов А.И. (Москва) | Явелов И.С. (Москва) |
| Матюшин Г.В. (Красноярск) | Яковлев А.Н. (Санкт-Петербург) |

СОДЕРЖАНИЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	6
ЗНАЧЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ИНТЕРЛЕЙКИН-6/ИНТЕРЛЕЙКИН-10 И ЕГО ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ.....	6
ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ: ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	6
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	7
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	8
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	8
РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИКИ.....	9
БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ.....	9
СУЩЕСТВУЕТ ЛИ КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ВИДОМ РЕПЕРFUЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА И УРОВНЕМ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА.....	10
ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК).....	10
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗНОГО ВОЗРАСТА.....	10
ВЛИЯНИЕ МАННОЗО-СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЛЕКТИНА (MVL) НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	11
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ И ТИКАГРЕЛОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	11
ВЛИЯНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	12
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА С ОБЪЕКТИВИЗАЦИЕЙ ПО ШКАЛЕ SYNTAX У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	12
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ АСПИРИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАМИ СОЧЕТАНИЯ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ ITGB3 И MTRR.....	12
МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ДЕПРЕССИИ.....	13
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ.....	13
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	14
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА.....	14
ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	15
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	15
АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИЗНАКОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СКРИНИНГОВОЙ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИИ.....	16
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОЛИПОСОМ СО СТРЕПТОКИНАЗОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА ПО ДАННЫМ МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VIVO.....	16
ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	17
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	18
ВЛИЯНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ НА СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	20
ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	20
ПОВЫШЕННАЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКАЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ И НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	20
ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	21
НЕОТЛОЖНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКТИВНОГО ИНФЕКЦИОННОГО КЛАПАННОГО ЭНДОКАРДИТА.....	22
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА СОСТОЯНИЕ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА.....	22
УДЛИНЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ QT КАК ПРЕДИКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ.....	23
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	23
ПРИМЕНЕНИЕ ФОНДАПАРИНУКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST.....	24
ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	24
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ - ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	25
ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА В СОЧЕТАНИИ С БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ХСН.....	25
СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	25
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РАЗВИТИЯ КРУПНОЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА 17 ЛЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ.....	26
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИО-ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС.....	27
ВРЕМЯ ДО ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИМПСТ.....	27
РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	27
ГАЛЕКТИН-3 В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	28
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ АПОПТОЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	29
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА АНТИТРОМБОЦИТАРНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ИБС.....	29

СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ.....	30
ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ.....	31
РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ В РАЗВИТИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ.....	31
ВОЗМОЖНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЯ ЖИРНО-КИСЛОТНОГО СПЕКТРА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	31
ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕТОДОМ СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	32
ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	32
ВЛИЯНИЕ ДИНАМИКИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	33
ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИМПСТ ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	33
ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ ST.....	34
ДИАГНОСТИКА РЕТРОМБОЗА ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ STEMI.....	34
ПРЕДИКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ.....	34
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН.....	35
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ТЕЛЕ-АЛЬТОН» С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И СВОЕВРЕМЕННОГО ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.....	35
СПАЗМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ВО ВРЕМЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОРОНАРОГРАФИИ, И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА.....	36
ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	36
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В САНАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	37
ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ.....	37
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	38
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	38
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	39
ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА.....	39
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	39
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПОСЛЕ РАННЕЙ ОТМЕНЫ ФОНДАПАРИНУКСА У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ИМЕЮЩИХ НИЗКИЙ РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА.....	40
АНТИАГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ В ОТНОШЕНИИ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ ЛОВАСТАТИНА.....	40
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНДОЛАПРИЛА И РАМИПРИЛА В ПЛАНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТЕЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ.....	41
ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	41
ПРИМЕНЕНИЕ ТИКАГРЕЛОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	42
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА В КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЁННЫМ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	42
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ХАБАРОВСКЕ.....	43
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ И РЕСТЕНОЗ ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СТЕНТОМ С ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ СТАТИНА.....	44
УРОВЕНЬ ГЕТЕРОПЛАЗМИ НЕКОТОРЫХ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЙКОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА.....	45
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЕТЕРОПЛАЗМИ НЕКОТОРЫХ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА В КЛЕТКАХ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО И ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	45
ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ АНТИАГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 3 СТЕПЕНИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....	46
ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.....	46
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В УШКЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	46
ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФЕНОМЕН СПОНТАННОГО ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	47
АНАЛИЗ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	47
ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА.....	48
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.....	48
ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	49
БЛИЖАЙШИЕ ЭХОКГ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	49
НОВЫЙ ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЕТЕРОПЛАЗМИ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА.....	49
ИЗУЧЕНИЕ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В КЛЕТКАХ КРОВИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У ЖЕНЩИН.....	50
АНАЛИЗ УРОВНЯ ГЕТЕРОПЛАЗМИ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В УЧАСТКАХ МОРФОЛОГИЧЕСКИ КАРТИРОВАННОЙ СТЕНКИ АОРТЫ.....	50
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	51
ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА.....	51
СТЕПЕНЬ УРБАНИЗАЦИИ, ЗАГРЯЗНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РЕГИОНАХ РФ.....	51

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕТЕРОПЛАЗМИИ МУТАЦИЙ ГЕНОВ СУБЪЕДИНИЦ 1 И 2 СУБЪЕДИНИЦ NADH-ДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ЛИПОФИБРОЗНЫХ БЛЯШКАХ И НОРМАЛЬНОЙ ИНТИМЕ АОРТЫ ЧЕЛОВЕКА.....	52
ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ ОБРАЩАЕМОСТИ В СЛУЖБУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОТ НАЧАЛА ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ.....	52
К ВОПРОСУ О ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ.....	52
ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	53
К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИГНАЛУСРЕДНЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ИНДЕКСА ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ.....	53
НАРУШЕННЫЙ УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ).....	54
КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ОТЕК ЛЕГКИХ И ГОСПИТАЛЬНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ).....	54
ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ).....	55
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ).....	55
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ APOA1 И APOA5 У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	56
СВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО NGAL С ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	56
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ SST1 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА С III.....	57
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БРУГАДА ПО ДАННЫМ НЕИНВАЗИВНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ.....	57
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИЗИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОЙ ПРОУРОКИНАЗЫ И ТКАНЕВОГО АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	57
ФАКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.....	58
СРАВНЕНИЕ СИМПТОМ-СВЯЗАННЫХ И СИМПТОМ-НЕСВЯЗАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ВИРТУАЛЬНОЙ ГИСТОЛОГИЕЙ.....	58
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	59
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОБРАЗОВАНИЕ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ.....	59
ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	60
СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЖДУ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ “ПОКРЫТЫХ” И “НЕПОКРЫТЫХ” СТЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОКС.....	60
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОВ ПРИ ОКСИДАТИВНОМ СТРЕССЕ И ПОВЫШЕНИИ СРБ У БОЛЬНЫХ ОИМ БЕЗ ЗУБЦА Q НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	60
ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМОМ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЭКГ-ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС.....	61
ТОПИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ - ЭКТГ-60 ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	61
РАЗМЕРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST.....	62
СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИБС, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	62

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.
Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

ПАРТНЁРЫ ФОРУМА

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЁРЫ:



САНОФИ

ООО «БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ»



ООО «ПФАЙЗЕР»

ГЛАВНЫЕ ПАРТНЁРЫ:



KRKA

«АСТРАЗЕНЕКА РОССИЯ»



ЗАО «БАЙЕР»

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ

ЖУРНАЛ ДОКТОР.РУ

ГК «РЕМЕДИУМ»

ЖУРНАЛ «ПОЛИКЛИНИКА»

ИД «РМЖ»

ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»

МЕДИА-МЕДИКА

ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

ООО «МЕДФОРУМ»

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ MEDEGO

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алиджанова Х.Г., Тарасеева Я.В., Газарян Г.Г.,
Евстратова С.Г., Нефедова Г.А.,
Сагиров М.А., Голиков А.П., Газарян Г.А.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить ближайшие и отдаленные результаты различных стратегий лечения больных с повторным инфарктом миокарда (ПИМ).

Материал и методы:

Обследовано 680 больных с крупноочаговым ПИМ, поступивших в институт с 2003г. по 2011г. включительно. Исходный риск смерти (РС) определяли по ТИМ1. Тромболитическая терапия (ТЛТ) применена у 142 больных, коронарография – у 340, различные виды ЧКВ – у 189 больных, в том числе первичные, отсроченные (до 72 часов), спасительные и после успешной ТЛТ в 75, 60, 17 и 37 случаях, соответственно. Шунтирование коронарных артерий (КА) выполнено у 65 больных через 6-10 недель от начала ПИМ. В течение 5 лет у 165 больных с различными стратегиями лечения оценивали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты:

У 75% больных интервал между инфарктами составил от 1 до 5 лет. Высокий, средний и низкий РС имели место в 67%, 18% и 15% случаев, соответственно. Одно-, двух- и трехсосудистое поражение КА обнаружено у 4%, 18% и 78% больных, соответственно; окклюзия инфаркт-связанной артерии, субокклюзия и стеноз КА свыше 75% – у 61%, 31% и 8%, соответственно. Применение ЧКВ, в том числе отсроченных, позволило предотвратить прогрессирование дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Госпитальная и ССЛ за 5 лет после выписки составили 7% и 5%, соответственно. Шунтирование КА было выполнено только в 50% случаев. Остальным больным в оперативном лечении было отказано в связи с выраженной дисфункцией ЛЖ. ФВ ЛЖ после операции возросла с 37% до 43%. Госпитальная летальность составила 7,5%, общая и ССЛ за 5 лет – 5% и 2,5%, соответственно. У больных без ЧКВ было отмечено дальнейшее прогрессирование дисфункции ЛЖ. Постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости и сердечная недостаточность имели место у 50%, 43% и 76% больных, соответственно. Госпитальная летальность составила 17%. У большей части больных ПИМ являлся следствием окклюзии еще одной КА, васкуляризирующей противоположную зону ЛЖ. Одно-, двух и трехсосудистое поражение имело место в 84%, 11% и 5% случаев, соответственно. В первые сутки умер 61% больных, на вторые – пятые – 20% и в последующие – еще 20%. Общая и ССЛ за 5 лет достигла – 71% и 61%, соответственно.

Заключение:

Повторный ИМ является предиктором высокого риска смерти и определяет приоритетность больных к реперфузионной терапии. Высокая частота летальных исходов в отсутствие реперфузионной терапии сохраняется в период всего стационарного лечения и последующие годы наблюдения. Различные виды ЧКВ, в том числе отсроченные, позволяют предотвратить развитие осложнений и летальных исходов. Доступность их ограничивается характером поражения коронарного русла и выраженностью дисфункции ЛЖ. Шунтиро-

вание КА улучшает сократительную функцию ЛЖ и повышает выживаемость больных. Обеспечение своевременной доступности реперфузионных стратегий расширяет возможности эффективного лечения больных с повторным ИМ.

ЗНАЧЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ИНТЕРЛЕЙКИН-6/ИНТЕРЛЕЙКИН-10 И ЕГО ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Михайлова З.Д., Шаленкова М.А., Манюкова Э.Т.

ГБУЗ НО "Городская клиническая больница № 38"

Материал и методы:

В исследование включены 172 больных ишемической болезнью сердца (123 мужчины и 49 женщин), средний возраст 61,5 (54,25; 67,75) лет. У 146 больных острым коронарным синдромом (ОКС) [88 с нестабильной стенокардией (НС) и 58 с инфарктом миокарда (ИМ)] и 26 больных стабильной стенокардией (СС) II-III клинико-функционального класса в 1-3 сутки госпитализации натошак забирали венозную кровь и определяли в ней содержание интерлейкинов (IL)-6 и -10 (пг/мл) иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск).

Результаты:

Нами был рассчитан коэффициент отношения IL-6/IL-10, демонстрирующий отношение активности про- к противовоспалительному IL. Было установлено, что он был достоверно выше при ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в сравнении с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) (16,2 против 4,66, $p=0,014$), при ИМ (как с, так и без Q $p=0,004$ и $0,007$ соответственно) в сравнении с НС (5,79 против 2,75, $p<0,001$). При ОКС (как с пST, так и бпST) коэффициент IL-6/IL-10 был выше у лиц с ИМ в анамнезе (6,02 против 4,81), при хронической сердечной недостаточности IIa стадии (5,53 против 3,31 (I)), у лиц без гипертонической болезни (8,03 против 4,88), при осложненном течении ОКС (5,02 против 4,81, $p>0,05$). Коэффициент IL-6/IL-10 при ИМ был выше у мужчин (12,8 против 4,67), а при НС – у женщин (3,05 против 2,38), $p>0,05$.

Заключение:

Коэффициент IL-6/IL-10 был статистически значимо выше при ОКСпST, чем при ОКСбпST; при ИМ в сравнении с НС; при осложненном течении ОКС; у мужчин он был выше при ИМ, у женщин – при НС, - что может быть использовано в качестве дополнительных диагностических критериев для верификации формы ОКС, определении тяжести течения заболевания отдельно у мужчин и женщин.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ: ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Минушкина Л.О., Казакова А.В., Воскресенская Т.В.

ФГБУ Поликлиника №2 УД Президента РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучить частоту, возможные причины и клинические особенности течения гипертонических кризов по данным наблюдения за больными в поликлинической практике, оценить факторы риска развития осложнений

Материал и методы:

Проанализирована частота вызовов СМП за 1 квартал 2013 года и 1 квартал 2014 годы. Всего было зарегистрировано 142 вызова к 135 больным, в 21 случае криз был расценен

как осложненный. В обследованной группе было 50 мужчин (37,0%) и 85 женщин (63,0%). К возрастной категории 30-39 лет относилось 2 больных, 40-49 лет – 8 больных, 50-59 лет – 32 больных, 60-69 лет 48 больных, 70 и более лет 45 больных. Таким образом, в возрасте старше 60 лет было 68,8% всех больных. Ретроспективно по данным амбулаторных карт были проанализированы наличие сопутствующих заболеваний, особенности терапии, клинико-демографические характеристики больных, наличие возможных провоцирующих факторов.

Результаты:

При анализе частоты гипертонических кризов за аналогичные периоды в течении 3 лет отмечено, что частота гипертонических кризов достоверно не отличалась в 2011-2014 году (76 случаев за 1 квартал 2011 года, 101 случай за 1 квартал 2012 года, 72 случая за 1 квартал 2013 года, 70 случаев в 2014 году). Среди больных, переносивших гипертонические кризы в 2013-14 году больше половины было с 2 и 3 ст. ГБ (50,8% и 19,7% соотв.), 18% с ГБ 1 ст. У 11,5% больных повышение АД зарегистрировано впервые. 36,1% больных имели сопутствующую ИБС, у 13% был в анамнезе инфаркт миокарда, 9,8% имели в анамнезе процедуры реваскуляризации, около 10% страдали хронической болезнью почек, 24,6% - сахарным диабетом. При анализе получаемого перед гипертоническим кризом лечения оказалось, что ингибиторы АПФ получали 53,7% больных, блокаторы ангиотензиновых рецепторов 33,3%, бета-адреноблокаторы – 57,8%, антагонисты кальция 41,2%, диуретики - 27,9,2%, комбинированную терапию – 61%. У 68,7% больных при последних посещениях врача перед гипертоническим кризом требовалась и осуществлялась коррекция антигипертензивной терапии. Наиболее частой причиной развития гипертонических кризов оказалось несоблюдение рекомендаций по лечению ГБ (35,2%) и психоэмоциональные нагрузки (40,9%). Среди других причин отмечены: алиментарные погрешности (алкоголь)(8,3%), сопутствующая медикаментозная терапия (НПВП, ЗГТ, сосудосуживающие капли при заложенности носа и др.) в 15% случаев, панические атаки, метеочувствительность, авиаперелеты, мигрень и др. у 22,9%. При анализе терапии СМП оказалось, что для купирования использовались в 32 случаях пероральные препараты (капотен, коринфар, клофелин, беталок), в 21 случаях парентерально вводился эналаприл, в 28 случаях другие антигипертензивные средства (дибазол, сернокислая магнезия, но-шпа), у 10 больных кеторол, у 18- седативные (глицин, реланиум), у 3 – димедрол, у 5 – мексидол. Для оценки факторов риска развития осложненных гипертонических кризов был проведен регрессионный анализ. Среди предикторов осложненного гипертонического криза независимое значение имели наличие у больного сахарного диабета и отсутствие тиазидных диуретиков в составе комбинированной терапии. Пол больных, возраст, длительность и тяжесть артериальной гипертензии независимой связи с риском осложненного гипертонического криза не имели.

Заключение:

Таким образом, наибольшим риск развития осложненных гипертонических кризов оказался у больных с сочетанной патологией, а также у больных, которым не назначались тиазидные диуретики.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АТАХОДЖАЕВА Г.А., РАХИМОВ Ш.М., АЗИМОВА Н.З.

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ,
ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Исходя из многоступенчатости и сложности взаимовлияний различных компонентов нейро-гуморальной системы, а также наличия функциональной взаимосвязи между нарушениями вегетативной регуляции синусового ритма и дестабилизацией гемодинамики, в настоящей работе проведено исследование variability ритма сердца (ВРС) у больных с острой сердечной (левожелудочковой) недостаточностью (ОСН).

Материал и методы:

Обследовано 37 больных с ХСН (II-III ФК NYHA), с постинфарктным кардиосклерозом и с синусовым ритмом. Давность перенесенного инфаркта миокарда от 6 месяцев до 5 лет. Выделены две группы больных: I группа (n=16) с декомпенсацией ХСН, проявляющийся ОСН II-IIIФК (по Killip, 1969) и II группа (n=21) без ОСН. В качестве контрольной группы обследованы 15 практически здоровых лиц. В I-ой группе причиной декомпенсации ХСН у 7 больных было развитие нестабильной стенокардии, у 5 больных нарушение ритма сердца и у 4 больных повышение АД. Всем обследуемым осуществлялось суточное мониторирование ЭКГ при помощи установки системы «Cardio-Sens» (ХАИ-Медика, г. Харьков) с программным обеспечением. При анализе ВРС использовали параметры, рекомендованные Комитетом экспертов Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии. Оценивали: mRR-среднее значение всех RR интервалов; SDNN- стандартное отклонение всех RR интервалов; SDNNi –среднее значение стандартных отклонений за 5-минутные периоды; SDANN- стандартное отклонений усредненных за 5-минут значений интервалов RR; rMSSD- квадратный корень суммы разностей последовательных RR интервалов; PNN50-процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50 мс; TP-общая мощность всех интервалов RR; LF–мощность в диапазоне низких частот; HF- мощность в диапазоне высоких частот; LF/HF-отношение значения мощностей; VLF-мощность в диапазоне очень низких частот; ULF-мощности в диапазоне ультранизких частот.

Результаты:

При анализе результатов исследования было выявлено снижение ВРС у всех больных, что было наиболее выражено в I группе. У них показатели SDANN, SDNN, RMSSD, HRV TI, VLF и LF были значительно ниже чем во II –ой группе (p<0,05). Уменьшение pNN50 (p <0,01), RMSSD (p<0,05), HRV TI (p<0,05); HF (p<0,01) и увеличением LF/HF соотношения во II-ой группе свидетельствует о преобладании тонуса симпатoadrenalовой системы над парасимпатическим. В I-ой группе особое внимание привлекает дальнейшее снижение LF с тенденцией к нормализации LF/HF соотношения, снижение SDNN (ниже 90 мс), а так же статистически значимо низкие показатели SDANN и VLF.

Заключение:

Таким образом, выявлена тесная взаимосвязь между ВРС и тяжестью сердечной недостаточности, развившейся в связи с перенесенным инфарктом миокарда. ХСН без острой деком-

пенсации характеризуется умеренным снижением ВРС с активацией СНС. ХСН, протекающий с приступами ОСН сопровождается более выраженными проявлениями снижения ВРС, в том числе и СНС. Снижение SDNN ниже 90 мс указывает на плохой прогноз жизни у больных с ХСН сочетающийся с приступами ОСН. Низкие показатели SDANN, SDNN и VLF указывают на наличие сложных механизмов нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма у этих больных, проявляющийся нарушением не только автономной, но и центральной-над-сегментарной регуляции сердечного ритма. Полученные данные имеют не только прогностическое, но и значение в плане разработки эффективных мер профилактики развития ОСН у больных перенесших инфаркт миокарда.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М.,
Азимова Н.З., Абдалиева Муяссар

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Важным механизмом развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является активация нейро-гормональной, в частности, симпато-адреналовой системы (САС). С другой стороны наличие компонентов метаболического синдрома (МС), таких как, абдоминальное ожирение (АО) и инсулинорезистентность (ИР) сопровождаются активацией САС. Исходя из этого в настоящей работе проведено исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с ХСН и МС.

Материал и методы:

Обследовано 46 больных мужского пола с ХСН (II-III ФК NYHA), с постинфарктным кардиосклерозом и с синусовым ритмом. Давность перенесенного инфаркта миокарда от 6 месяцев до 5 лет. В качестве контрольной группы обследованы 15 практически здоровых лиц. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=15), больные без МС; II группа (n=16) больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) с АО, АГ и гипертриглицеридемией; III группа (n=15) больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа (СД2) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. Всем обследуемым осуществлялось суточное мониторирование ЭКГ при помощи установки системы «Cardio-Sens» (ХАИ-Медика, г. Харьков) с программным обеспечением. При анализе ВРС использовали параметры, рекомендованные Комитетом экспертов Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии. Оценивали: mRR-среднее значение всех RR интервалов; SDNN- стандартное отклонение всех RR интервалов; SDNNi –среднее значение стандартных отклонений за 5-минутные периоды; SDANN- стандартное отклонений усредненных за 5-минут значений интервалов RR; rMSSD- квадратный корень суммы разностей последовательных RR интервалов; PNN50-процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50 мс; TP-общая мощность всех интервалов RR; LF-мощность в диапазоне низких частот; HF- мощность в диапазоне высоких частот; LF/HF-отношение значения мощностей; VLF-мощность в диапазоне очень низких частот; ULF-мощности в диапазоне ультранизких частот.

Результаты:

При анализе ВРС в I группе было выявлено угнетение парасимпатического отдела ВНС и повышение активности СНС, проявляющийся уменьшением pNN50 ($p < 0,01$), RMSSD ($p < 0,05$), HRV TI ($p < 0,05$); HF ($p < 0,01$) и увеличением LF/HF соотношения. Эти изменения происходили на фоне умеренного снижения общей ВРС, свидетельством чего является уменьшение SDNN ($p < 0,05$) и TP ($p < 0,05$). Для больных II группы характерным является более выраженное снижение всех показателей ВРС. Наиболее значимыми из них по отношению к I группе были: mRR, SDANN, SDNN, RMSSD, LF и VLF. Особо привлекает внимание дальнейшее снижение LF с тенденцией к нормализации LF/HF соотношения, а также снижение SDNN. Больные с ХСН и с более выраженными проявлениями МС характеризуются дальнейшим прогрессивным снижением большинства показателей ВРС. Все показатели за исключением SDNNi, HF ULF оказались статистически значимо ниже чем показатели I группы.

Заключение:

Таким образом, выявлена тесная взаимосвязь между ВРС и тяжестью МС у больных с ХСН. Так, ХСН без МС сопровождается умеренным снижением ВРС с активацией СНС. Наличие МС в виде комбинации ДЛ с АО и АГ у больных с ХСН способствует более выраженному снижению ВРС, в том числе и СНС. Присоединение к указанным компонентам МС СД2 сопровождается вегетативной денервацией сердца, свидетельством чего является выраженное снижение общей ВРС с нормализацией симпато-вагального соотношения. Снижение SDNN ниже 90 мс указывает на плохой прогноз жизни у больных с ХСН сочетающийся тяжелыми признаками МС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Талипов Р.М., Тулабаева Г.М.,
Маманазарова Д.К., Сагатова Х.М.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей,
КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ И ГЕРАНТОЛОГИИ,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
КАФЕДРА ТЕРАПИИ, Узбекистан, Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность тромболитической терапии при инфаркте миокарда (ИМ) в условиях городской клинической больницы № 7 г. Ташкента.

Материал и методы:

Нами было обследовано 265 больных с диагнозом ИМ, которые были госпитализированы в отделение реанимации и неотложной кардиологии в 2012 году. Из числа всех обследованных 51,2% (n=66) пациентам была проведена тромболитическая терапия. Средний возраст пациентов составил $63,3 \pm 11,6$ лет. У женщин ИМ был в 22,7% (n=15) случаев, у мужчин это составило 77,3% (n=51). Частота встречаемости ИМ до 60 лет составил 62% (n=41), у лиц старше 60 лет в 38% (n=25). В качестве тромболитиков была применена Ротокиназа (Стрептокиназа; Ротофарм, Турция) в дозе 1,5 млн. МЕ. Эффективность проведенной терапии оценивалась по следующим показателям: ЭКГ – в динамике, ЭхоКГ – в динамике, признаки острой сердечной недостаточности, возобновление ангинозной боли, нарушение ритма сердца и летальность.

Результаты:

Ранняя начатая тромболитическая терапия (в среднем 3,6 часов от начала болевого синдрома) имело положительную (динамику) характеристику. У 47% пациентов (n=31) проведенная терапия способствовала уменьшению болевого синдрома, в 39% (n=26) случаев снижению сегмента S-T, у 12% (n=8) пациентов прослеживалось реперфузионная аритмия, в связи, с чем ведение препарата было приостановлено и была назначена антиаритмическая терапия. У одного пациента (1,5%) регистрировалась клиническая смерть. До тромболитической терапии у пациентов с ИМ на ЭхоКГ выявлено значительное снижение сократительной способности миокарда, т.е. фракция выброса в среднем составила $43,0 \pm 4,5\%$, а после терапии у 71% (n=47) фракция выброса повысилась на 17% и составила в среднем $50,2 \pm 3,6\%$.

Заключение:

Таким образом, из числа обследованных 66 (51,2%) больным была проведена тромболитическая терапия. На фоне терапии в 47% случаях у больных уменьшились ангинозные боли, в 39% ЭКГ картина была изменена в положительную сторону, т.е. в сегменте S-T наблюдалось его снижение, в 71% случаев отмечалось повышение сократительной способности миокарда. Также была зарегистрирована реперфузионная аритмия в 12% случаях, и летальный исход в 1,5%.

**РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИКИ**

Талипов Р.М., Тулабаева Г.М., Маманазарова Д.К.

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕСТВОВАНИЕ ВРАЧЕЙ,
КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ И ГЕРАНТОЛОГИИ,
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ,
КАФЕДРА ТЕРАПИИ, УЗБЕКИСТАН, ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Изучить клинко-эпидемиологические особенности инфаркта миокарда по данным регистра в условиях городской клинической больницы №7 Юнус-Абадского района г. Ташкента.

Материал и методы:

В исследование включены 265 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда (ИМ) в ГКБ№7, за период 2012 года. Средний возраст пациентов - $66,51 \pm 10,01$ лет. На стационарном этапе лечения диагноз ИМ был установлен согласно существующим критериям национальных рекомендаций по диагностике и лечению больных ОИМ с подъемом сегмента ST, 2007 г. В рамках исследования врачом заполнялась индивидуальная карта пациента единого образца, состоящая из вопросов ретроспективной оценки особенностей. При анализе медицинской документации, т.е. по историям болезни, была выявлена информация о наличии в анамнезе ИБС, СД, ГБ, ХСН, последствие ОНМК.

Результаты:

За период наблюдения были проанализированы 265 историй болезней пациентов с ИМ. Результаты анализа показали высокий процент встречаемости ИМ среди мужчин 65% (n= 171), а среди женщин этот показатель был 35,1% (n=93). Изучение ИМ в возрастном аспекте показал большую частоту встречаемости этого показателя у пациентов после 60 лет, что составило 59,6% (n=158), а у пациентов

до 60 лет ИМ был в 40,4% (n=107) случаев. Мелкоочаговый ИМ зарегистрирован в 52% (n=137) случаев а крупноочаговый в 48,3% (n= 128). При анализе первичного и повторного ИМ было выявлено что в 81% (n=215) случаев первичный ИМ и только в 19% (n=50) повторный вариант. Также был проведен анализ локализации ИМ, при котором передний вариант ИМ выявлено у 67,2% (n=178) пациентов, задний ИМ у 33% (n=87). Изучение ИМ, в зависимости от течения, выявляет осложненный вариант этого показателя в 80,4% случаев (n=213), а не осложненный в 20% (n=52). Результаты исследования показали, что ИМ+ГБ встречается в 80,4% (n= 213) случаев, ИМ+СД в 13,2% (n=35), ИМ+ХСН в 68% (n=180), ИМ+ПОНМК в 9% (n=23) и ИМ+МС в 18% (n=47) соответственно.

Заключение:

Таким образом, встречаемость ИМ у мужчин больше, чем у женщин, и у пациентов старше 60 лет, преобладание мелкоочагового ИМ над крупноочаговым, первичного ИМ над повторным, переднего ИМ над задним, высокая частота встречаемости осложненного варианта ИМ, а в комбинации с другими заболеваниями ИМ с гипертонической болезнью.

**БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА
И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИИ**

Баев В. М., Ланцова Е. В., Козлов Д. Б.

ПГМА, КАФЕДРА СКОРОЙ ПОМОЩИ, ПЕРМЬ, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования – оценка неблагоприятных исходов (смерть и случаи инфаркта миокарда(ИМ)) у больных с нестабильной стенокардией (НС) в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ).

Материал и методы:

Объект исследования – тестовая группа из 56 пациентов с НС и БЛНПГ и контрольная группа - 310 пациентов с НС без БЛНПГ. Место подбора - кардиологическое отделение МСЧ№9 г. Перми. Динамический тип исследования в течение 14 дней пребывания в стационаре. Критерии включения в тестовую группу: пациенты с НС и БЛНПГ. Критериями исключения: синдром WPW, гиперкалиемия, желудочковый и узловой ритм сердца, искусственный водитель ритма, пороки сердца, операции по реваскуляризации миокарда за текущий госпитальный период. НС диагностировали согласно рекомендациям обществ ACCF/ANA (2012). Диагноз НС устанавливали через 12 часов после начала болевого синдрома, при отсутствии признаков ИМ. Критериями БЛНПГ были рекомендации American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee (2009). Неблагоприятный исход оценивали как случаи смерти и инфаркта миокарда за период настоящей госпитализации. Различия оценивали методом X-квадрат

Результаты:

В тестовой группе пациентов умерли 5 пациентов (9,8%), что в 3,7 раза чаще, чем в контрольной группе - 8 (2,6%), $p=0,049$. Средний срок жизни пациентов тестовой группы составил 13 суток, время дожития (время жизни в стационаре 75% пациентов) составило 10. Средний срок жизни пациентов в контрольной группе был 14 суток, а время дожития 11. ИМ в тестовой группе зарегистрирован у 7 пациентов (13%), что 2,6 раза чаще, чем в контрольной 17 (5%), $p=0,048$.

Заключение:

При БЛНПГ у пациентов с НС смертность в 3,7 раза выше и риск развития ИМ в 2,6 раза больше, чем при НС без БЛНПГ. При НС и БЛНПГ средний срок жизни в стационаре и время дожития меньше на 1 сутки, чем при НС без БЛНПГ

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ВИДОМ РЕПЕРФУЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА И УРОВНЕМ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Турчина И.Д., Пигалин А.Л., Маслова Н.П.

ГБУ РМЭ "Йошкар-Олинская городская больница", Йошкар-Ола, Россия

Введение (цели/ задачи):

При восстановлении коронарного кровотока наблюдается возникновение реперфузионных аритмий (РА), появление которых связывают с наличием реперфузионного повреждения миокарда и по данным специальной литературы частота их составляет 40-85%. Установить взаимосвязь между уровнем поражения коронарных артерий и видом РА после проведения реперфузионного лечения (РПЛ): тромболитической терапии (ТЛТ) или первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных с ОИМ.

Материал и методы:

За период (с января по август 2014г.) частота развития РА составила 119 случаев (61,3%). Ретроспективному анализу подлежало 73 истории болезни пациентов с РА после проведенного РПЛ. Распределение по полу выглядело следующим образом: 59 мужчин (81%) и 14 женщин (19%). Соотношение по возрасту было практически паритетным (в возрасте до 60 лет – 48% пациентов и лиц старше 60 лет было 52%). Всем пациентом проводилась РПЛ: ТЛТ – в 70% случаев, первичное ЧКВ – в 30%. В 62% случаев была «нижняя» локализация ОИМ с окклюзией в бассейне правой коронарной артерии (ПКА) и в 38% – «передняя», с поражением на уровне передней нисходящей артерии (ПНА).

Результаты:

При проведении РПЛ были выявлены РА: одиночная желудочковая экстрасистолия (ОЖЭ) – 75% случаев, частая желудочковая экстрасистолия (ЧЖЭ) – 19% случаев, пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) – 5,5%. ОЖЭ встречалась в случаях ОИМ в бассейне ПКА в 77%, в случаях поражения ПНА в 70%. ЧЖЭ регистрировалась примерно одинаково: у 18% с поражением ПКА и у 20% в случаях окклюзии в бассейне ПНА. ПЖТ, как более редкая причина РА, в случаях ОИМ в бассейне ПКА встречалась только у 5% пациентов, а в бассейне ПНА этот вид РА регистрировался уже у 10%. Специализированного лечения простые нарушения ритма (ОЖЭ, ЧЖЭ) не требовали, все приступы купировались самостоятельно. Приступы ПЖТ были купированы путем внутривенного введения антиаритмических препаратов.

Заключение:

На основании проведенного исследования, было установлено: 1. РА как маркер успешно проведенного РПЛ развиваются в более чем половине случаев после РПЛ. 2. РА не зависят от вида РПЛ. 3. Наиболее частый вид РА является ОЖЭ, не требующая специального лечения. 4. ПЖТ, как вид РА чаще возникает при «передней» локализации ОИМ, в зоне питания ПНА. 5. В большинстве случаев лечение РА не требует специальных методов лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)

Логинов А.О., Иванов Л.А.

ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ИЖЕВСК, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: Оценка гендерных особенностей и лабораторной картины у больных с ОНМК до лечения и после проведенной терапии.

Материал и методы:

В ходе исследования было изучено 230 карт вызова скорой медицинской помощи (СМП) г. Ижевска за март 2014 года. Параллельно, у 50 больных находившихся на лечении в неврологическом отделении ГКБ №9 г. Ижевск осуществлялось изучение динамики биохимических показателей крови (креатинин, калий, натрий, хлор, мочевины, холестерин, протромбиновое время (ПВ), глюкоза, протромбиновый индекс (ПТИ), фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)).

Результаты:

В ходе исследования было изучено 230 карт вызова СМП за март 2014 года, из них 85 мужчин и 145 женщин, в возрасте от 40-89 лет. При этом преобладали женщины в возрасте от 70-79 лет (33%). Проведенное исследование показало, что доля ишемического инсульта составила 181 случай (79%), геморрагического 44 случая (19%), транзиторной ишемической атаки (ТИА) 5 случаев (2%). У пациентов проходивших лечение в неврологическом отделении ГКБ №9 г.Ижевска значения биохимических показателей крови составили: Са-1,14±0,05 ммольл; ПТИ-86,81±7,72%; МНО-0,93±0,09 ед.; фибриноген- 4,09±1,07 гл; глюкоза- 6,15±1,63 ммольл; АЧТВ- 37±4,57 сек.; холестерин- 5,33±0,59 ммольл. В ходе лечения (метаболическая, ноотропная терапия) отмечено достоверное улучшение значений показателей соответственно: Са-2,08±0,14 ммольл; ПТИ-86,36±7,44%; МНО-1,05±0,18 ед.; фибриноген-4,08±1,12 гл; глюкоза-5,73±0,83 ммольл; АЧТВ-29,45±4,39 сек, холестерин-3,5±0,01 ммольл.

Заключение:

Таким образом, ОНМК чаще наблюдается у лиц женского пола в возрасте от 70-79 лет. При этом преобладает доля ишемического инсульта в-79% , геморрагический инсульт в -19% ,ТИА в 2% случаев. В результате консервативной терапии отмечена положительная динамика биохимических показателей крови (становились нормальными или приближались к норме): МНО, фибриноген, ПТИ, холестерин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кочергина А.М., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.

ФБГУ НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости геморрагических осложнений у пациентов пожилого возраста с острым инфарктом миокарда и элевацией сегмента ST.

Материал и методы:

В исследование включены 356 пациентов с острым инфар-

ктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам в срок до 24 часов от начала заболевания в течение одного календарного года (2012 год). Пациенты условно разделены на две группы: «молодые» - до 71 года и «пожилые» - пациенты от 71 года и старше. Оценивались различия по исходным клиническим характеристикам и ранние (госпитальные) результаты чрескожных коронарных вмешательств, а также геморрагические осложнения.

Результаты:

«Пожилые» пациенты по сравнению с «молодыми» характеризуются большей частотой почечной (53,84% vs 19,78%, $p=0,0000$) и миокардиальной дисфункции (23,07% vs 6,83%, $p=0,0000$), артериальной гипертензии (97,43% vs 83,81%, $p=0,0018$) и перенесенных инфарктов миокарда (19,23% vs 10,43%, $p=0,0376$). Среди пожилых больных реже встречались курильщики (10,25% vs 34,53%, $p=0,0000$), у них достоверно чаще регистрировалась острая сердечная недостаточность при поступлении в стационар (32,04% vs 13,95%, $p=0,0003$), значимо выше были показатели госпитальной летальности (8,97% vs 1,43%, $p=0,0007$), несмотря на выполнение эффективного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). При этом в этой группе пациентов также была выше частота геморрагических осложнений (больших кровотечений+гемотрансфузий) (5,12% vs 0,71%, $p=0,0077$).

Заключение:

У пациентов пожилого возраста наряду с имеющейся большей клинической тяжестью, чаще развиваются геморрагические осложнения после ЧКВ по сравнению с молодыми пациентами. Необходима рутинная оценка риска развития кровотечений у всех пациентов с ОКС и разработка программ минимизации геморрагических осложнений.

ВЛИЯНИЕ МАННОЗО-СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЛЕКТИНА (MBL) НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Лосин И.Е., Шахнович Р.М., Зыков К.А., Руда М.Я.

ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Маннозо-связывающий лектин (MBL) является одним из факторов активации комплемента. MBL является один из ключевых факторов гуморального врожденного иммунитета. В настоящее время имеются противоречивые данные о роли MBL у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Целью исследования было изучение влияния фактора врожденного гуморального иммунитета (MBL) на двухлетний прогноз у больных с ОКС.

Материал и методы:

Уровень MBL был определен у 77 больных с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST. У всех больных при поступлении был оценен сердечно-сосудистый риск по индексу TIMI. Наблюдение продолжалось в течение 2 лет, после чего был определен влияние уровня MBL на прогноз. Оценивалась сердечно-сосудистая смертность (ССС), инфаркт миокарда (ИМ), комбинированная конечная точка (ССС, ИМ, повторная госпитализация, повторная реваскуляризация).

Результаты:

Уровень MBL оказывал достоверное влияние на прогноз у

больных с ОКС. Уровень MBL был достоверно выше у больных с ИМ+ССС, чем у больных с неосложненным течением. Высокий уровень MBL (>2273 нг/дл) достоверно ($p=0,0008$) был ассоциирован с развитием ИМ+ССС у больных с ОКС ($OR=19$). Прогностическая значимость MBL сопоставима с индексом TIMI. У всех умерших больных определялся высокий уровень MBL ($>946,5$ нг/дл). По комбинированной конечной точке высокий уровень MBL ($>746,9$ нг/дл) был достоверно связан с развитием неблагоприятных исходов с $OR=2,54$.

Заключение:

Высокий уровень MBL у больных с ОКС является неблагоприятным прогностическим фактором по данным двухлетнего наблюдения.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ И ТИКАГРЕЛОРА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ярковская А.П., Тавлужева Е.В.

ФГБНУ НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сравнить частоту развития кровотечений у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от применения клопидогреля и тикагрелора.

Материал и методы:

В исследование включено 28 пациентов; из них 14 (50%) в период госпитализации принимали клопидогрел (плавикс), 14 (50%) – тикагрелор (брилинта). Средний возраст пациентов в группе клопидогреля составил $54,2 \pm 10,1$, в группе тикагрелора – $57,0 \pm 8,8$ ($p=0,28$). Обе группы не различались по половому составу, виду ОКС, наличию перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) в анамнезе. В день госпитализации все больные получали 300мг или 600мг клопидогреля при ЧКВ. На следующий день пациенты после ЧКВ переводились на прием тикагрелора в дозе 90мг 2 раза в сутки, пациенты с неинвазивной тактикой ведения продолжали принимать клопидогрел 75 мг в сутки. Сопутствующая терапия в группах не различалась. Наличие кровотечений оценивались в среднем через 30 ± 5 дней, методом телефонного контакта (период после выписки из стационара).

Результаты:

В настоящем исследовании исходный уровень гемоглобина в группе клопидогреля и тикагрелора не различался: $121 \pm 10,1$ и $128 \pm 9,4$ г/л, соответственно $p=0,97$. При сравнении уровня креатинина в группе клопидогреля и тикагрелора, как фактора, влияющего на возникновение кровотечений при приеме антиромбоцитарных препаратов, достоверных различий выявлено не было. Так, средний уровень креатинина при госпитализации пациентов в группе клопидогреля составил $109,7 \pm 19,9$ ммоль/л, а в группе тикагрелора $79,2 \pm 15,8$ ммоль/л, $p=0,56$. Как в группе клопидогреля, так и в группе тикагрелора, были зарегистрированы только «малые» кровотечения (десневые, носовые, повышенная синяковость), которые не потребовали обращения за медицинской помощью. Частота «малых» кровотечений в группе клопидогреля составила 4 (28,6%) случая, в группе тикагрелора – 6 (42,8%) случаев, $p=0,43$.

Заключение:

Частота развития кровотечений у больных острым коронарным синдромом на фоне приема клопидогреля и тикагрелора в течение первого месяца наблюдения не отличается.

ВЛИЯНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Клепикова М.В., Чукаева И.И.

ГОУ ВПО РНИМУ им Н.И.Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

В последние годы получены данные об участии хронического воспаления в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии. Большое значение придается изучению роли провоспалительных цитокинов – маркеров развития атеросклеротического поражения сосудов. Цель: изучить взаимосвязи между показателями нагрузки давлением и уровнями цитокинов (ИЛ-18, ИЛ-10) у пациентов с абдоминальным ожирением.

Материал и методы:

В исследование были включены 30 женщин в возрасте 35-60 лет с признаками абдоминального ожирения и артериальной гипертензией 1 степени. У всех пациентов проведена оценка выраженности липидных нарушений. В 1-ю группу вошли 20 пациентов без дислипидемии, во 2-ю группу – 10 пациентов с дислипидемией. Оценка уровня цитокинов (ИЛ-18, ИЛ-10) проводилась по принципу твердофазного иммуноферментного анализа с использованием автоматического фотометра УНИПЛАН -2000. Показатели нагрузки давлением определяли при проведении нагрузочной пробы (велозргометрии: мак.САД и мак.ДАД). Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета программ Statistica 7.0.

Результаты:

Нами получены следующие результаты. Значения цитокинов в изучаемых группах составили: В 1 гр. ИЛ-18 (103,4(84,4-121))пг/мл, ИЛ-10 (11,14(10,4-13,3)) пг/мл, во 2-й группе ИЛ-18 (109,4(81-185))пг/мл, ИЛ-10 (10,35(9,35-12,9)) пг/мл, группы достоверно не отличались. Во время проведения ВЭМ значения изучаемых показателей АД составили: В 1-й группе макСАД 181/7±29,3, макДАД 100±11. Во 2-й группе макСАД 207/4±32,11, макДАД 104,4±14, однако статистически значимых различий не было. При проведении корреляционного анализа выявлено, что уровень ИЛ-18 во 2-й группе достоверно коррелировал с показателем мак.ДАД ($r=0,9$, $p<0,05$).

Заключение:

Заключение: нами выявлена взаимосвязь между показателем нагрузки давлением (мак ДАД) и уровнем ИЛ-18 в крови. Вероятно, повышение уровня ИЛ-18 у пациентов с дислипидемией приводит к прогрессированию артериальной гипертензии.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНОГО РУСЛА С ОБЪЕКТИВИЗАЦИЕЙ ПО ШКАЛЕ SYNTAX У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Еремина О.А., Тавлуева Е.В., Ардашова Н.Ю.,
Архипова Н.В., Барбараш О.Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Выявление гендерных отличий коронарного атеросклероза по шкале SYNTAX у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

Ретроспективно, методом сплошной выборки, проанализировано 239 историй болезни пациентов, которым выполнена коронароангиография (КАГ) в рамках ОКС с подъемом сегмента ST. Из них 175 мужчин и 64 женщины. Средний возраст больных: 56,2±9,5 лет у мужчин и 62,4±6,6 года у женщин ($p<0,001$). В настоящем исследовании была использована шкала SYNTAX как объективный критерий оценки тяжести коронарного русла.

Результаты:

По данным КАГ однососудистое поражение было выявлено у 20 (32%) женщин и 58 (33,3%) мужчин ($p>0,05$). Поражение двух сосудов наблюдалось у 15 (24%) женщин и 37 (21,2%) мужчин ($p>0,05$); трехсосудистое поражение – в 27 (44%) и 79 (45,5%) случаях соответственно ($p>0,05$). Также не было выявлено гендерных различий в диаметре инфарктзависимого сосуда. Так, размер целевого сосуда у мужчин составил 3,11±0,43мм, у женщин – 2,98±0,31мм ($p>0,05$). При сравнительном анализе КАГ у мужчин и женщин с использованием шкалы SYNTAX по тяжести поражения коронарного русла различий выявлено не было. Средний балл по данной шкале у мужчин составил 14,14±7,99; у женщин - 15,16±7,09 ($p>0,05$). Достоверных различий в проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с имплантацией стента без лекарственно-покрытия в инфарктзависимую артерию у мужчин и женщин не было. ЧКВ применено у 158 (90,2%) мужчин и у 58 (90,6%) женщин ($p>0,05$). В дальнейшем был проведен сравнительный анализ тяжести поражения коронарного русла у пациентов, подвергшихся ЧКВ. Средний балл по шкале SYNTAX у мужчин и женщин не различался: он составил 14,02±7,92 и 15,23±7,14 соответственно ($p>0,05$). В группе без ЧКВ гендерных различий по шкале SYNTAX также не было выявлено: 15,23±8,87 и 14,40±7,21 баллов, соответственно ($p>0,05$).

Заключение:

У пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST отсутствуют Гендерные различия в частоте одно-, двух- и трехсосудистого поражений коронарных артерий, в диаметре инфарктзависимого сосуда, отсутствуют различия по степени тяжести поражения коронарного русла, оцененного по шкале SYNTAX как в целом, так и в группе пациентов, подвергшихся ЧКВ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ АСПИРИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СУММАРНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАМИ СОЧЕТАНИЯ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ ITGB3 И MTRR.

Хачирова А.И., Чукаева И.И.,
Ганковская Л.В., Хорева М.В.

Кафедра поликлинической терапии №2
Лечебного факультета ГБОУ ВПО
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ,
Кафедра иммунологии МБФ ГБОУ ВПО
«РНИМУ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава РФ, Москва, Россия

Материал и методы:

Обследовано 36 женщин в возрасте от 50 до 68 лет [средний возраст 59,43 (56-62) лет], страдающих артериальной гипертензией (АГ), без ишемической болезни сердца, с суммарным сердечно-сосудистым риском по шкале SCORE 5 % и выше. Данные представлены в виде Медиана (25 – 75 процентиль).

Исходно пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, курению, данным липидного спектра крови, глюкозы, СРБ. С целью первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам к стандартной антигипертензивной терапии был добавлен препарат ацетилсалициловой кислоты 75 мг (Кардиомагнил, Nусомед). Методом иммуноферментного анализа всем пациентам проводилось исследование сывороточной концентрации СРБ, IL-6, IL-10, IL-18, IL-33 до лечения и после 6 месяцев лечения. Генотипирование по полиморфным локусам генов ITGB3 и MTRR проводили с помощью ПЦР в режиме реального времени. Статистическому анализу подверглись 4 группы пациентов: TT+AA (дикий тип ITGB3+дикий тип MTRR), TT+AG (дикий тип ITGB3+мутантный гетерозиготный тип MTRR), TC+AG (мутантный гетерозиготный тип ITGB3+мутантный гетерозиготный тип MTRR) и TC+GG (мутантный гетерозиготный ITGB3+мутантный гомозиготный тип MTRR). Результаты исследования обработаны с использованием комплексной системы анализа данных STATISTICA 8.0

Результаты:

После 6 месяцев лечения у пациентов с генотипом TT+AA было выявлено достоверное изменение в содержании СРБ, IL-10, IL-18, IL-33. У пациентов с вариантами генотипа TT+AG и TC+AG было выявлено достоверное изменение в содержании СРБ, IL-10, IL-33. У пациентов с вариантом генотипа TC+GG было выявлено достоверное изменение содержания одного цитокина IL-33. Т.е. можно ожидать достоверный ответ большего количества цитокинов у пациентов с «диким» генотипом, и более «вялый» ответ организма на лечение аспирином у пациентов с наличием мутантных аллелей в генотипе.

Заключение:

Полученные данные позволяют предположить основополагающую роль генетических мутаций в развитии аспиринорезистентности, однако нуждаются в подтверждении в более крупных и масштабных исследованиях.

МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ДЕПРЕССИИ

Ардашова Н.Ю., Лебедева Н.Б.,
Еремина О.А., Боровик И.В., Барбараш О.Л.
ФГБНУ НИИ КПССЗ, КЕМЕРОВО, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Изучить роль медиаторов воспаления в формировании неблагоприятного прогноза у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и сахарным диабетом 2 типа (СД) на фоне депрессии (Д) к 4 году наблюдения.

Материал и методы:

В исследование включено 99 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, СД и наличием Д по шкале Бека, с медианой (Ме) возраста 58 (54; 65) лет. На 5-7 сутки ИМ определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), концентрацию интерлейкинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), фактора некроза опухоли (ФНО), высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ). Через 4 года оценивались конечные точки: смертность от всех причин, повторные инфаркты миокарда, случаи реваскуляризации. При наличии хотя бы одной конечной точки прогноз расценивался как неблагоприятный.

Результаты:

Неблагоприятный четырехлетний прогноз отмечался у 87 (87%) пациентов. В группе неблагоприятного прогноза, по сравнению с группой благоприятного прогноза отмечались более высокие средние баллы депрессии – 55 (40; 59) и 40 (36; 51) баллов соответственно, $p=0,03$; более высокие показатели HbA1c – 12,1 (9,8; 15,4) и 8,6 (6,3; 12,5) % соответственно, $p=0,03$; а также более высокие уровни маркеров воспаления – ФНО 6,2 (5,1; 8,7) и 3,8 (3,3; 6,8) пг/мл, соответственно, $p=0,04$; СРБ 9,1 (5,6; 12,2) и 6,9 (4,8; 8,5) мг/л, соответственно, $p=0,03$, ИЛ-6 3,8 (2,9; 3,8) и 1,1 (1,5; 2,5) пг/мл, соответственно, $p=0,03$, ИЛ-8 3,6 (2,1; 5,9) и 1,9 (1,7; 4,3) пг/мл, соответственно, $p=0,02$ при снижении ИЛ-10 5,1 (2,8; 4,5) и 2,8 (2,5; 3,3) пг/мл, соответственно, $p=0,04$. По результатам многофакторного анализа маркеров воспаления оказалось, что повышение концентрации СРБ (ОШ 7,4; 95% ДИ 1,9-12,9; $p=0,01$), ФНО (ОШ 6,6; 95% ДИ 1,6-21,6; $p=0,03$), ИЛ-8 (ОШ 2,4; 95% ДИ 21,4-4,0; $p=0,04$) при снижении концентрации ИЛ-10 (ОШ 1,9; 95% ДИ 1,1-3,4; $p=0,02$) было связано с повышением риска неблагоприятного прогноза.

Заключение:

У пациентов с ИМ, СД и Д отмечается высокая частота развития Неблагоприятного четырехлетнего прогноза. Пациенты с неблагоприятным прогнозом характеризуются более высоким уровнем Д, HbA1c и медиаторов воспаления. Наиболее значимыми предикторами неблагоприятного долгосрочного прогноза среди медиаторов воспаления являются повышение концентраций СРБ, ФНО, ИЛ-8 при снижении концентрации ИЛ-10.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ

Малхасьян М.В., Павлов П.И., Горгун А.Г.

БУ ХМАО-Югры Окружная клиническая больница, УВПО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: улучшить результаты лечения острого инфаркта миокарда путем применения реолитической тромбэкстракции.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализированы 200 случаев применения реолитической тромбэкстракции у 200 пациентов (130 мужчин, 70 женщин) с острым инфарктом миокарда. Среднее время «симптом-баллон» – 6 ± 4 часа, «дверь-баллон» – 15 ± 8 минут. ОИМ с п.ST – 69% ($n=138$), ОИМ с з.Q – 31% ($n=62$). Пациенты в кардиогенном шоке – 36% ($n=72$). Острый коронарный тромбоз в 100% ($n=200$). Спасительные ангиопластики выполнены в 11%. Всем пациентам назначался клопидогрель 300-600 мг. Антагонисты рецепторов гликопротеина IIb/IIIa назначались в 19% ($n=38$). Использовались системы реолитической тромбэктомии AngioJet 9000, AngioJet Ultra. Покрытые стенты имплантированы в 28% ($n=56$), непокрытые в 72% ($n=144$). У всех пациентов прослежены годовые результаты.

Результаты:

Первичный технический успех достигнут в 97,5% ($n=195$). Кровоток TIMI-III достигнут в 79%. Периперационный ре-

гресс ЭКГ симптоматики состоялся в 70%. Эффект slow-, no-reflow после тромбэкстракции прослеживался в 11% (n=22). Во время операции умерло 6 пациентов, все с кардиогенным шоком. В периоперационном периоде фракция выброса у пациентов составляла $43,8 \pm 10\%$. ХСН II-IV (по NYHA) – 12%. Грубых осложнений процедуры не зафиксировано. Эффективность процедуры реолитической тромбэкстракции составила 97%. Клиническая эффективность лечения к моменту выписки в группе исследования составила 100%. MACE – основные события в раннем и позднем периоперационном периоде фиксированы в 5,1% случаев. В течении года после операции ультразвуковые признаки зон гипо- и акинеза миокарда, образование аневризм в зоне инфаркт-связанной артерии зафиксированы у 34 пациентов (17%), при этом, во всех случаях имел место массивный тромбоз и протяженное поражение коронарных артерий, среднее время «симптом-баллон» составляло 11 ± 3 часа, итоговый кровоток менее TIMI – II наблюдался у 27 из 34 пациентов.

Заключение:

По-видимому, применение современных систем реолитической тромбэкстракции, можно считать обоснованной, безопасной и очень эффективной методикой реканализации тромбированных коронарных артерий у пациентов с ОИМ в течении 12 часов с момента возникновения первого симптома.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Тавлужева Е.В., Барбараш О.Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить своевременность оказания помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС) на территории Кемеровской области.

Материал и методы:

Сбор информации осуществлялся проспективно. Период исследования – январь 2011- декабрь 2013 гг., объем исследования - 782 пациентов с ОКС, доставленных в региональный сосудистый центр (РСЦ) Кемеровского кардиологического диспансера из других лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Кузбасса. Оценка результатов проводилась по следующим показателям: сроки перевода пациента с ОКС в центр с возможностью чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ-центр), доля больных, которым была выполнена реперфузионная терапия. Статистическая обработка результатов осуществлялась стандартным пакетом STATISTICA 6.0. Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне статистической значимости (p) менее 0,05.

Результаты:

В 2011г. число переведенных больных из ЛПУ Кемеровской области в РСЦ составило 119 человек, в 2012г. – 239 человек, в 2013г. – 424 пациента с осложненными формами течения ОКС (p<0,05). Большинству больных при поступлении в РСЦ была проведена коронароангиография (КАГ): в 2011г. – 115 (96,6%); в 2012г. – 227 (94,7%); в 2013г. – 414 (97,6%) процедур, p>0,05. Причинами невыполнения КАГ явились наличие противопоказаний или декомпенсированной сопутствующей патологии, выявленной на этапе РСЦ.

Среди пациентов, которым была выполнена КАГ, большинство больных нуждались в последующем оперативном лечении. В целом, разным видам хирургического вмешательства подверглись в 2011г. – 99 (83,1%); в 2012г. – 184 (76,9%); в 2013г. – 364 (85,8%) человек, p>0,05. Из них подверглись ЧКВ в первые 24 часа от развития болевого синдрома: в 2011г. – 7 (7%); в 2012г. – 23 (12,5%); в 2013г. – 66 (18,1%) пациентов, p<0,05. Ряду пациентов ЧКВ было выполнено в период госпитализации или в ближайшее время после выписки: в 2011г. – 61 (61,6%); в 2012г. – 121 (65,7%); в 2013г. – 241 (66,2%) человек, p>0,05. Нуждались в проведении аорто-коронарного шунтирования (АКШ): в 2011г. – 31 (31,3%); в 2012г. – 40 (21,7%); в 2013г. – 57 (15,7%) человек, p>0,05.

Заключение:

Число переведенных в РСЦ пациентов с ОКС с 2011г. по 2013г. достоверно увеличилось. Доля больных, доставленных в первые 24 часа от развития болевого синдрома в динамике достоверно возрастает.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Андина Л.А., Гринштейн Ю.И., Суховольский В.Г., Ковалев А. В., Гринштейн И.Ю.

ГБОУ ВПО КРАСГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Международный научный Центр изучения экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН, Красноярск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить диэлектрические особенности крови у больных нестабильной стенокардией, разработать и предложить практическому здравоохранению дополнительный диагностический маркер острой ишемии миокарда.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением находились 61 пациент с нестабильной стенокардией, из них 40 пациентов, имеющих по ЭКГ изменения ишемического характера (косонисходящая депрессия сегмента ST на ЭКГ ниже изолинии $\geq 1-2$ мм, снижение сегмента ST на 0,1 мВ в точке, отстоящей на 80 мс от j) в первые 3 часа от начала болевого синдрома. У 21 пациента с предварительным диагнозом ОКС не было изменений на ЭКГ. У всех пациентов маркер некроза миокарда тропонин Т был отрицательным при неоднократном определении. Группа сравнения была представлена пациентами со стабильной стенокардией напряжения II функционального класса (n=13). Контрольная группа состояла из 30 здоровых доноров центра переливания крови. При поступлении все пациенты проходили стандартное клинико-инструментальное обследование, направленное на диагностику острой ишемии миокарда: сбор жалоб, анамнеза, ЭКГ, эхокардиография. 36 (59 %) пациентам с предварительным диагнозом ОКС (n=61) была проведена коронароангиография (КАГ). В качестве дополнительного способа диагностики острой ишемии миокарда использовался метод диэлектрической Фурье-спектроскопии крови. В основе метода лежит принцип изменения диэлектрических характеристик клеточных элементов крови в условиях остро возникшей ишемии миокарда. Через образец крови пропускали короткий импульс тока с последующей регистрацией

функции спада поляризации образца. Острая ишемия миокарда диагностировалась, если значения хотя бы одного из параметров r_0 , x_0 , y_0 импеданс-годографа образца крови выходили за пределы нормы. Для управления процессом и расчетов использовали программу LabView 8.6.

Результаты:

Проведенное тестирование диэлектрического спектра крови у доноров, показало, что в норме диэлектрические характеристики суспензии крови изменяются в достаточно малом диапазоне значений (у 27 из 30 доноров все характеристики импеданс-годографов не выходят за пределы нормы). В тоже время у пациентов с нестабильной стенокардией, имеющих на ЭКГ депрессию ST при отрицательном тропонине T ($n=40$) в 83% случаев (33 пациента) диэлектрические показатели достоверно отличались от группы контроля. У 17 из 33 пациентов (51 %) была проведена КАГ, по результатам которой у всех пациентов выявлены гемодинамически значимые изменения сосудов сердца. У 7 (18%) показатели не отличались от нормы, впоследствии микроваскулярная стенокардия у данных пациентов исключена проведенной велоэргометрической пробой. Пяти пациентам этой группы была проведена КАГ: в 4 случаях стенты оказались проходимы, а в одном случае коронарные артерии не изменены. Диагноз нестабильной стенокардии не подтвержден. Причиной дискомфорта в грудной клетке у 5 пациентов было повышение артериального давления (АД), сопровождающееся кардиалгиями. У 18 (86%) из 21 пациентов с нестабильной стенокардией, без изменений по ЭКГ диэлектрические показатели крови значимо отличались и у 3 (14%) - не отличались от нормы. Из 18 пациентов, отличающихся от нормы по диэлектрическим показателям, у 12 проведена КАГ, по результатам которой у 11 (91%) выявлены гемодинамически значимые изменения коронарных артерий. Из 3 пациентов, не отличающихся от нормы по диэлектрическим показателям 2 проведена КАГ, согласно которой, ранее имплантированные стенты оказались проходимы и гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не обнаружено. Микроваскулярная стенокардия была исключена впоследствии при проведении велоэргометрической пробы. У двух пациентов, не имевших изменений на ЭКГ, учитывая клиническую картину, данные КАГ и результаты диэлектрического спектра крови, предварительный диагноз нестабильной стенокардии был пересмотрен. При исследовании диэлектрических характеристик крови у здоровых доноров и пациентов со стабильной стенокардией напряжения было выяснено, что диэлектрические показатели этих групп значимо не отличаются друг от друга, в то же время присутствуют убедительные отличия диэлектрических показателей от пациентов с нестабильной стенокардией. Чувствительность данного метода составила (82,5%) и специфичность (90%).

Заключение:

Предложенный дополнительный способ диагностики острой ишемии миокарда может быть использован в практике для пациентов с подозрением на нестабильную стенокардию, имеющих изменения ишемического характера по ЭКГ, а также при отсутствии ЭКГ изменений. Особенно это актуально у больных с подозрением на ОКС имеющих исходную депрессию сегмента ST на ЭКГ обусловленную иными причинами.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ИБАТОВ А.Д.

ПЕРВЫЙ МГМУ им И.М.Сеченова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить показатели variability ритма сердца (ВРС) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФП).

Материал и методы:

Обследовано 32 пациента с ИБС и ФП (средний возраст $61,5 \pm 1,2$ года). Variability ритма сердца изучали по 5-минутным записям кардиоинтервалограммы в положении лежа на спине в состоянии расслабленного бодрствования, при ортопробе и в покое после ортопробы.

Результаты:

Показатели variability ритма в покое исходно у больных ИБС и ПФП составили: ЧСС - $57,1 \pm 2,2$ мин⁻¹; SDNN - $33,3 \pm 3,7$ мс; rMSSD - $24,8 \pm 2,8$ мс; pNN50% - $8,1 \pm 2,6$; TP - $1401,3 \pm 323,4$ мс²; HF - $203,0 \pm 44,0$ мс²; LF - $248,8 \pm 48,4$ мс²; VLF - $949,4 \pm 269,1$ мс². Во время ортостатического теста в сравнении с исходными данными показатели variability ритма составили: ЧСС - $69,9 \pm 2,6$ мин⁻¹ ($p < 0,01$); SDNN - $32,9 \pm 4,4$ мс ($p > 0,05$); rMSSD - $19,1 \pm 3,1$ мс ($p > 0,05$); pNN50% - $2,6 \pm 0,9$ ($p < 0,01$); TP - $731,7 \pm 145,8$ мс² ($p < 0,01$); HF - $88,7 \pm 16,6$ мс² ($p < 0,01$); LF - $255,5 \pm 56,2$ мс² ($p > 0,05$); VLF - $397,5 \pm 78,7$ мс² ($p < 0,05$). В покое после ортостатического теста в сравнении с исходными данными показатели variability ритма составили: ЧСС - $57,1 \pm 1,2$ мин⁻¹ ($p > 0,05$); SDNN - $43,9 \pm 3,2$ мс ($p < 0,05$); rMSSD - $28,2 \pm 3,1$ мс ($p < 0,01$); pNN50% - $9,9 \pm 2,8$ ($p < 0,05$); TP - $1096,9 \pm 142,5$ мс² ($p > 0,05$); HF - $247,6 \pm 47,6$ мс² ($p < 0,05$); LF - $254,8 \pm 58,0$ мс² ($p > 0,05$); VLF - $594,6 \pm 55,1$ мс² ($p > 0,05$). Вегетативный баланс в покое у 68,8% больных ИБС и ПФП был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, эйтония - у 12,5% пациентов и у 18,7% - преобладала активность симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Заключение:

Таким образом, у больных ИБС и ПФП variability ритма сердца в покое снижена и преобладает количество пациентов в высокой активностью парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, по-видимому, является предрасполагающим фактором развития пароксизмов фибрилляции предсердий.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ИБАТОВ А.Д.

ПЕРВЫЙ МГМУ им И.М.Сеченова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить особенности эмоционального статуса у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФП).

Материал и методы:

Обследованы 32 больных ИБС и ПФП в возрасте от 40 до 71 лет (средний возраст $61,5 \pm 1,2$ лет). Характерологические

особенности личности исследовали по анкете СМОЛ, уровень тревоги и депрессии – по госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД).

Результаты:

По данным анкеты СМОЛ у больных ИБС и ПФП по основным шкалам профиля выявлены следующие показатели: шкала ипохондрии 54,9±0,8 балла, шкала депрессии 47,5±1,7 балла, шкала истерии 52,4±0,8 балла, шкала психопатии 45,4±1,4 балла, шкала паранояльности 47,7±1,3 балла, шкала психастении 50,9±1,5 балла, шкала шизоидности 48,1±1,1 балла, шкала гипомании 50,3±1,6 балла. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии средний показатель по шкале тревоги составил 6,9±0,5 балла (min 3, max 9), а по шкале депрессии 5,3±0,2 балла (min 4, max 7). При этом, у 55,6% пациентов тревога не выявлялась (менее и равно 7 баллам по ГШТД), у 44,4% - выявлялся субклинический уровень тревоги (более 7 баллов по ГШТД), а также, у всех пациентов депрессия не выявлена (менее и равно 7 баллам по ГШТД).

Заключение:

Таким образом, у 44,6% больных ИБС с ПФП выявляется субклинический уровень тревоги. Кроме того, в характерологических особенностях личности больных ИБС с ПФП превалирует ипохондрическая акцентуация личности, что необходимо учитывать при проведении лечения.

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИЗНАКОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СКРИНИНГОВОЙ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОФЛЮОРОГРАФИИ

Лещук Т.Ю., Гельберг И.С.

УЗ "ГОКБ", УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель: разработать алгоритм выявления у пациентов признаков артериальной гипертензии – увеличение левого желудочка сердца на догоспитальном этапе при проведении профилактической цифровой рентгенофлюорографии. Актуальность: Артериальная гипертензия самый распространенный управляемый фактор сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в большинстве стран мира. Увеличение левого желудочка, как органа-мишени (гипертрофия или гипертензия), может быть следствием скрытой артериальной гипертензии у людей субъективно не ощущающие данную патологию. Наиболее опасным считается бессимптомное течение заболевания, которое встречается примерно в 40% всех случаев гипертрофии, и которое может закончиться внезапной остановкой сердца. Умеренная гипертрофия левого желудочка протекает также без проявления каких-либо симптомов, и может быть обнаружена случайно, после анализа ЭКГ. Смертность от гипертрофии левого желудочка превышает 50% всех случаев смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы:

В Гродненской области в 2013г. количество всех рентгенологических исследований составило 1 044 000. В структуре всех рентгенологических исследований около 50% приходится на органы грудной клетки. Дополнительно, ежегодно проводятся профилактические рентгенофлюорографические исследования относительно здоровому населению – подлежащие контингенты (более 700 000). На амбулаторно-поликлиническом этапе рентгенологические исследования проводятся на цифровых аппаратах с полноформатным изображением, что дает возможности

для качественной диагностики не только в легких, но и во всей грудной клетки в целом. Во время проведения и анализа данных рентгенологических исследований органов грудной клетки частой находкой является обнаружение увеличения левого желудочка. Данные патологические изменения около 70% врачей-рентгенологов не оценивают и не дают никаких рекомендаций пациентам для последующих консультаций у врачей-специалистов и других диагностических манипуляций. Тем самым пациенты вовремя не проходят дообследование и в достаточно большом количестве исчезают с поля зрения врачей кардиологов.

Результаты:

На основании данных, полученных при просмотре 5236 скрининговых цифровых рентгенофлюорограмм, разработан алгоритм выявления признаков скрытой артериальной гипертензии на догоспитальном этапе. Врач – рентгенолог при обнаружении на рентгенофлюорограмме признака – увеличение левого желудочка направляет пациента к участковому терапевту. Участковый терапевт приглашает пациента для дополнительного всестороннего обследования. При обследовании проводится сбор анамнеза, если пациент отмечает признаки артериальной гипертензии и измеренное артериальное давление соответствует – 140/90 мм.рт.ст. и более, предлагается измерить домашнее или офисное артериальное давление. Пациентам, у которых на врачебном приеме при измерении артериального давления отмечается норма, но имеются признаки артериальной гипертензии, предлагается понаблюдать за профилем артериального давления. При обнаружении признаков артериальной гипертензии пациенту назначают полное дообследование: суточное мониторирование (с повторением через 3 – 6 месяцев), электрокардиографическое исследование, ультразвуковое исследование, лабораторные методы исследования. При обнаружении стойкой артериальной гипертензии пациента ставят на диспансерное наблюдение, назначают медикаментозное лечение, консультацию кардиолога, при необходимости стационарное лечение.

Заключение:

Мероприятия по организации выявления пациентов с признаками скрытой артериальной гипертензии на догоспитальном этапе при профилактических цифровых рентгенофлюорографических исследованиях позволяют выявить пациентов, которые не знают и субъективно не ощущают симптомов артериального давления. Раннее выявление пациентов, субъективно не ощущающих симптомов повышенного артериального давления, позволит своевременное начать лечение, уменьшить сроки реабилитации, снизить количество пациентов с осложнениями артериальной гипертензии – инфаркт, инсульт.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОЛИПОСОМ СО СТРЕПТОКИНАЗОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА ПО ДАННЫМ МОРФОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VIVO

Лутик И.Л., Адзериho И.Э., Владимирская Т.Э.

Белорусский государственный медицинский университет, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Разработка систем локальной доставки тромболитических препаратов в зону тромба является актуальным направлением современной медицины. Ранее нами были получены in vitro иммунолипосомальные формы стрептокиназы (СТК),

представляющие собой липосомы, конъюгированные через модифицированный декстран с антителами к фибрину/фибриногену. Целью исследования было изучение эффективности тромболизиса при использовании иммунолипосом в сравнении с липосомальной и свободной (обычной) формами стрептокиназы (СТК) по данным морфометрического анализа степени свободного просвета сосуда (ССПС) в остром эксперименте у крыс

Материал и методы:

Эксперименты проводили на 120 беспородных самцах крыс массой 320-350г. Венозный тромбоз моделировали в течение 40 минут путём введения на участке яремной вены, ограниченном лигатурами, 0,1 мл раствора тромбина с пережатием сосуда корнцангом. В зависимости от состава препаратов животные были разделены на 6 групп (по $n=10$ в каждой группе). В первых двух группах вводили иммунолипосомальную и липосомальную формы СТК в дозе 150 тыс. ЕД/кг, в 3-ей группе – некапсулированную (свободную) форму препарата в той же дозе, в 4-й и 5-й группах – изотонический натрия хлорид и липосомы без включенных препаратов. Препараты вводили в хвостовую вену в течение 1-2 минут в объеме 1 мл. В качестве контроля использовали тромбированную вену. Время наблюдения – 1,5 и 3 часа. Морфометрический анализ гистологических образцов вен проводили при помощи комплекса «Leica-Qwin». Определяли площадь тромба (S1), площадь просвета сосуда (S2) и ССПС как отношение площади тромба к сумме площади сосуда ($S1/(S1+S2)$). Статистический анализ проводили с использованием Statistica 6.0 для непараметрических величин. Критериями выступали Me [25%; 75%], U-критерий Манна-Уитни, $p<0.05$ как статистически значимый.

Результаты:

Установлено, что во всех группах с введением СТК наблюдается статистически значимая динамика ССПС по отношению к тромбированной вене к 1,5 часам ($p<0.05$). При этом, с увеличением времени наблюдения до 3-х часов выявлен дальнейший прирост ($p<0.05$) показателя в группах с введением различных форм липосом, в то время как использование свободной формы препарата показало тенденцию к его снижению ($p>0.05$). Значения ССПС через 1,5 часа после инъекций иммунолипосом были максимальными и составили 0.70 [0.67;0.83] с дальнейшим достоверным приростом к 3-м часам до 0.73 [0.69;0.84] ($p<0.05$ по отношению к 1,5-часовой точке). Аналогичные показатели в группе липосомальной формы СТК были достоверно ниже, чем после введения иммунолипосом (0.64 [0.63;0.66] и 0.67 [0.61;0.78] соответственно, $p<0.05$). Проведенный анализ показал, что использование свободной формы СТК способствует наименьшему приросту ССПС в указанные сроки по отношению к инкапсулированным формам препарата (0.59 [0.41;0.72] и 0.55 [0.52;0.57] соответственно). Инъекции изотонического натрия хлорида и липосом без включенных препаратов не показали статистически значимой динамики ССПС по сравнению с тромбированной веной ($p>0.05$)

Заключение:

Введение иммунолипосом с включенным препаратом стрептокиназы способствует значимому тромболизису, что проявляется в достоверном приросте степени свободного просвета сосуда ($p<0.05$) до 73% через 3 часа после введения и превышает значения свободной формы препарата (55%, $p<0.05$). Выявлено статистически значимое превышение их эффективности в сравнении с липосомальной и обычной формами препарата через 1,5 и 3 часа наблюдения ($p<0.05$).

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Карселадзе Н.Д., Орлова Н.В., Аляутдинова И.А.

НУЗ "НКЦ" ОАО "РЖД", Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из причин возникновения когнитивных нарушений, с последующим развитием деменции и болезни Альцгеймера [1,2,3,4,5]. Деменция развивается постепенно, чаще ей предшествует период от нескольких месяцев до нескольких лет, в течение которого у пациентов выявляются когнитивные расстройства, не достигающие степени деменции, т.е. не приводящие к социальной дезадаптации [2,3]. Недостаточная диагностика когнитивных нарушений является серьезной проблемой, как в России, так и в других странах мира. Очевидно, что при далеко зашедших процессах, возможность помочь больному невелика. Лечение когнитивных нарушений на ранних этапах патологического процесса имеет более существенные шансы на успех [2]. Цель исследования. Изучить влияние периндоприла в монотерапии на когнитивные функции у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты обследования 47 больных артериальной гипертензией 1 и 2 степени, не получавших регулярной гипотензивной терапии последние 3 месяца перед включением в исследование, а также 29 практически здоровых людей из контрольной группы. Критерии включения в исследование: добровольное информированное согласие пациента, возраст от 38 до 54 лет, артериальная гипертензия 1-2 степени, отсутствие стабильной антигипертензивной терапии последние 3 месяца перед включением в исследование, наличие когнитивных нарушений (13 и менее баллов по субтесту Векслера №5 и/или 68 и менее баллов по субтесту Векслера №7), достаточный интеллект пациентов для выполнения предписаний врача по режиму лечения. Критерии исключения в исследование: не включались больные моложе 38 лет и старше 54 лет, больные с наличием критериев деменции по данным шкалы MMSE, с образованием ниже 11 классов, пациенты с симптоматической АГ, вторичной АГ и АГ 3 степени, при наличии противопоказаний или отмеченной ранее непереносимости и АПФ, перенесенные инсульты, ТИА в анамнезе, ИБС, ХСН II-IV по NYHA, сахарный диабет 1 и 2 типа, курящие, злоупотребляющие алкоголем, заболевания, с развитием печеночно-почечной недостаточности, наличие коллагеновых заболеваний, беременность, период лактации. Суточное мониторирование АД проводили с использованием прибора МДП-РС-01 («ДМС Передовые технологии», Россия). Применяли осциллометрический метод измерения АД. Мониторирование проводилось по общепринятой методике с интервалом 30 минут днем и 30 минут ночью. Общее число измерений за один сеанс исследования составляло от 44 до 48. Ночные и дневные измерения маркировались автоматически. Вербальный субтест Векслера 5 состоит из двух частей: запоминания и повторения чисел в прямом и обратном порядке. Цифровой ряд постепенно увеличивается. 1 - ая часть содержит ряды, в которых от 3 до 9 цифр. Испытуемый должен прослушать цифры и устно их воспроизвести. 2 - ая часть включает ряды от 2 до 8 цифр. Испытуемый должен воспроизвести ряд обратным порядком.

Оценка за каждый вид счета (прямой или обратный) равна количеству цифр в максимальном ряду, воспроизведенном правильно. Невербальный субтест Векслера 7 заключается в том, чтобы написать под каждой цифрой в клеточке соответствующий ей символ (набор символов предлагается). Время выполнения лимитировано. Оценка соответствует количеству правильно зашифрованных цифр.

Результаты:

Показатели дневного САД до лечения в обеих группах достоверно ($p < 0,05$) различались между собой: в группе пациентов с АГ 1 степени составили 132 (126-137,6) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени 150,6 (147,2-154) ммртст. На фоне лечения периндоприлом через 3 месяца показатели улучшались в обеих группах достоверно ($p < 0,05$), в первой группе 126 (122-130) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени – 137,7 (134-141,2) ммртст. Через 6 месяцев лечения параметры САД достоверно ($p < 0,05$) улучшились по сравнению с исходными данными. В 1 группе показатель оставил 120 (115-124) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени данный показатель был 136 (134-137) ммртст, между собой отмечалась достоверная ($p < 0,05$) разница на протяжении всего наблюдения. Согласно полученным результатам показатели дневного ДАД до лечения были повышены и достоверно ($p < 0,05$) между группами различались. В группе пациентов с АГ 1 степени 88 (86-90) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени 93 (89,4-96) ммртст. На фоне проводимого лечения периндоприлом через 3 месяца эти данные улучшались в обеих группах, достоверно ($p < 0,05$). В 1 группе 84 (82-86) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени 91 (86-92) ммртст. Через 6 месяцев лечения улучшение было достоверным ($p < 0,05$) в обеих группах, но в группе пациентов с АГ 1 степени показатель достигал нормы – 78 (76-80) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени показатель превышал допустимую норму и составил – 86,6 (84-88) ммртст, между собой отмечалось достоверное ($p < 0,05$) различие. Показатели ночного САД до лечения достоверно ($p < 0,05$) отличались в двух группах: в группе пациентов с АГ 1 степени 124 (122-126) ммртст, в группе пациентов АГ 2 степени 133,6 (131,4-136) ммртст. Через 3 месяца лечения периндоприлом результаты в обеих группах достоверно ($p < 0,05$) улучшились. В группе пациентов АГ 1 степени – 110 (108-116) ммртст, в группе с АГ 2 степени – 124 (122-126) ммртст. К концу наблюдения в обеих группах результаты достоверно ($p < 0,05$) улучшились по сравнению с исходными. В группе с АГ 1 степени 102 (98-108) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени 113 (110-116) ммртст. Между группами результаты также достоверно ($p < 0,05$) различались. Показатели ночного ДАД до лечения достоверно ($p < 0,05$) отличались в двух группах: в группе АГ 1 степени 80 (80-82) ммртст, в группе с АГ 2 степени 88 (85,4-92) ммртст. Через 3 месяца лечения периндоприлом результаты в обеих группах достоверно ($p < 0,05$) улучшились. В группе пациентов с АГ 1 степени 74 (72-76) ммртст, в группе с АГ 2 степени 84 (80-96) ммртст. К концу наблюдения в обеих группах результаты достоверно ($p < 0,05$) улучшились по сравнению с исходными. В 1 группе составили 68 (66-70) ммртст, в группе с АГ 2 степени – 76 (74-78) ммртст. Между группами результаты также достоверно ($p < 0,05$) различались. Показатели пульсового давления до лечения достоверно ($p < 0,05$) различались в обеих группах, в группе пациентов с АГ 1 степени показатели были в пределах допустимой нормы и составил 43,6 (40-48) ммртст, в группе пациентов с АГ 2 степени показатель незначительно превышал норму – 58 (54-59) ммртст. Через 3 месяца лечения периндоприлом

показатели пульсового давления достоверно ($p < 0,05$) снизились в обеих группах, в группе с АГ 1 степенью до 42 (39-46) ммртст, в группе с АГ 2 степени до 49 (44-51,2) ммртст. Между группами разница достоверна ($p < 0,05$). К концу наблюдения в обеих группах результат достоверно ($p < 0,05$) улучшился по сравнению с исходными данными и составляет в группе пациентов с АГ 1 степени 42 (38-46) ммртст, у пациентов с АГ 2 степени 47 (48-49,2) ммртст. Результаты субтеста Векслера № 5 достоверно ($p > 0,05$) не отличались между группами пациентов, 11(9-11) баллов в группе с АГ 1 степенью, 10 (10-11) баллов в группе с АГ 2 степени. При сравнении с контрольной группой, результат которой был 14(13-14) баллов, разница была достоверной ($p < 0,05$). Через 3 месяца лечения периндоприлом результат достоверно ($p < 0,05$) улучшился в обеих группах и составил: в 1 группе 12(11-12) баллов, в группе пациентов с АГ 2 степени – 11(10-12) баллов, разница между группами недостоверна ($p > 0,05$), с контрольной группой достоверна ($p < 0,05$). Через 6 месяцев лечения периндоприлом результаты достоверно ($p < 0,05$) улучшились в обеих группах. В группе пациентов с АГ 1 степени 13 (13-14) баллов, в группе пациентов с АГ 2 степени 12 (11-12) баллов, разница между группами достоверная ($p < 0,05$). При сравнении с контрольной достоверная ($p < 0,05$) разница с обеими группами. Результаты субтеста Векслера № 7 в группе пациентов с АГ 1 степени 42 (36-56) балла, в группе пациентов с АГ 2 степени 41(38-44) балл, без достоверной ($p > 0,05$) разницы. При сравнении с контрольной группой разница была достоверной ($p < 0,05$), 75 (73-76) баллов. Через 3 месяца лечения периндоприлом результаты достоверно ($p < 0,05$) улучшались в обеих группах: в 1 группе 62 (56-68) балла, в группе с АГ 2 степени – 52,5 (50-55), между группами разница достоверна ($p < 0,05$). Через 6 месяцев лечения результаты в группе пациентов с АГ 1 степени 73 (69-76) балла, в группе пациентов с АГ 2 степени 64,5 (61-68) баллов. При сравнении с контрольной группой достоверной ($p > 0,05$) разницы с пациентами АГ 1 степени не отмечалось, при сравнении с группой пациентов с АГ 2 степени разница была достоверной ($p < 0,05$).

Заключение:

Согласно полученным результатам, у всех пациентов с АГ имеют место быть когнитивные нарушения. На фоне монотерапии периндоприлом отмечалось достоверное улучшение когнитивных функций в обеих группах. Более выраженные результаты были в группе пациентов с АГ 1 степени. Лечение пациентов с АГ 2 степени периндоприлом в монотерапии не целесообразно.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

КАРСЕЛАДЗЕ Н.Д., ЧУКАЕВА И.И., ОРЛОВА Н.В.,
АЛЮТДИНОВА И.А.

НУЗ "НКЦ" ОАО "РЖД", РНИМУ им.
Н. И. ПИРОГОВА, МОСКВА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Распространенность деменции в среднем возрасте, по данным метаанализа 11 европейских популяционных исследований, составляет 6,4%, в том числе 4,4% для болезни Альцгеймера и 1,6%-для сосудистой деменции. С увеличением возраста на каждые 5 лет распространенность деменции удваивается.[2]

- Простациклин с селективным действием для эффективного лечения легочной гипертензии^{1,3,4}
- Выраженное улучшение при монотерапии у пациентов, не получавших лечение ранее^{2,3,4}
- Минимальный риск системных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий^{3,4}



Вентавис. Международное непатентованное название: илопрост. **Лекарственная форма и состав:** раствор для ингаляций, 10 мкг/мл, в ампулах по 2 мл. **Показания.** Лечение среднетяжелой и тяжелой стадии легочной гипертензии в следующих случаях: идиопатическая (первичная) артериальная легочная гипертензия, семейная артериальная легочная гипертензия; артериальная легочная гипертензия, обусловленная заболеванием соединительной ткани или действием лекарственных средств или токсинов; легочная гипертензия вследствие хронических тромбозов и/или эмболий легочной артерии при отсутствии возможности хирургического лечения. **Противопоказания.** Патологические состояния, при которых воздействие препарата Вентавис на тромбоциты может повысить риск кровотечения (в т.ч. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, травма, внутричерепное кровоизлияние). Тяжелая ишемическая болезнь сердца или нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда в предыдущие 6 месяцев. Декомпенсированная сердечная недостаточность при отсутствии надлежащего врачебного контроля. Тяжелые аритмии. Подозрение на застой крови в легких. Цереброваскулярные осложнения (в т.ч. транзиторная ишемическая атака, инсульт) в предыдущие 3 месяца. Легочная гипертензия вследствие легочной вено-окклюзионной болезни. Врожденные или приобретенные пороки клапанов сердца с клинически значимыми нарушениями функции миокарда, которые не обусловлены легочной гипертензией. Повышенная чувствительность к илопросту или другим компонентам препарата. Дети и подростки до 18 лет (в связи с тем, что опыт применения ограничен). **С осторожностью:** Нарушение функции печени и почечная недостаточность у пациентов, нуждающихся в проведении диализа, артериальная гипотензия, ХОБЛ, тяжелая бронхиальная астма. **Побочное действие.** Кровотечения (главным образом в виде носовых кровотечений и кровохарканья), головная боль, головокружение, вазодилатация, гипотензия, обморок, тахикардия, ощущение сердцебиения, боль в грудной клетке, кашель, одышка, фаринголарингеальная боль, раздражение в горле, тошнота, диарея, рвота, раздражение слизистой оболочки рта и языка, сыпь, боль в челюсти/тризм, боль в спине, периферические отеки. Отпускается по рецепту врача. Регистрационный номер ЛСР-005775/10. Актуальная версия инструкции по медицинскому применению от 29.08.2013. **Производитель:** Байер Фарма АГ, Германия, произведено Берлимед С.А., Испания. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению.

Дополнительную информацию можно получить по адресу: ЗАО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: + 7 (495) 231 1200, факс: + 7 (495) 231 1202. www.bayerpharma.ru. Для получения подробной информации по механизму действия, побочным эффектам и другим разделам вы можете обратиться к полной инструкции по медицинскому применению препарата Вентавис. Информация представлена в соответствии с результатами рандомизированных контролируемых клинических исследований. Термин «Выраженное улучшение» подразумевает статистически достоверное улучшение переносимости физической нагрузки и параметров гемодинамики, наблюдавшееся в клинических исследованиях ингаляционного илопроста. В частности, в исследовании AIR у пациентов с легочной гипертензией увеличение пройденной дистанции в тесте 6-ти минутной ходьбы составило в среднем +40 метров и +37 метров для пациентов с III и IV ФК, соответственно (результаты приведены с поправкой на плацебо). В исследовании AIR-2, в подгруппе пациентов с идиопатической легочной гипертензией, получавших терапию ингаляционным илопростом в течение 2 лет, общая выживаемость составила 91%, по сравнению с ожидаемой расчетной выживаемостью на уровне 63%.

Источники: 1. Регистрационное удостоверение №ЛСР-005775/10 от 23.06.2010 г. 2. ESC-ERS guidelines, European Heart J 2009;30:2493-2537. 3. Olschewski H, et al. Aerosolized prostacyclin and iloprost in severe pulmonary hypertension. Ann Intern Med 1996 May 1; 124(9):820-4. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Вентавис.

Замечено, что сосудистые когнитивные нарушения, даже не достигающие выраженности деменции, развиваются в результате длительного течения патологического процесса и знаменуют собой значительное по выраженности цереброваскулярное поражение. Они свидетельствуют о существенном неблагополучии в отношении кровоснабжения головного мозга и поэтому должны рассматриваться в качестве индикатора высокого риска развития инсульта и/или сосудистой деменции.[1] Было отмечено некоторыми авторами, что артериальная гипертония в среднем возрасте является провоцирующим фактором для развития когнитивных нарушений в пожилом возрасте, независимо от образования, курения, употребления алкоголя, и наличия сахарного диабета; и у женщин это проявляется сильнее, чем у мужчин.[3] Цель исследования. Изучить влияние изменений микроциркуляции на когнитивные функции у пациентов с артериальной гипертонией.

Материал и методы:

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты обследования 47 больных артериальной гипертонией 1 и 2 степени, не получавших регулярной гипотензивной терапии последние 3 месяца перед включением в исследование, а также 29 практически здоровых людей из контрольной группы. Критерии включения в исследование: добровольное информированное согласие пациента, возраст от 38 до 54 лет, артериальная гипертония 1-2 степени, отсутствие стабильной антигипертензивной терапии последние 3 месяца перед включением в исследование, наличие когнитивных нарушений (13 и менее баллов по субтесту Векслера №5 и/или 68 и менее баллов по субтесту Векслера № 7), достаточный интеллект пациентов для выполнения предписаний врача по режиму лечения. Критерии исключения в исследование: не включались больные моложе 38 лет и старше 54 лет, больные с наличием критериев деменции по данным шкалы MMSE, с образованием ниже 11 классов, пациенты с симптоматической АГ, вторичной АГ и АГ 3 степени, при наличии противопоказаний или отмеченной ранее непереносимости и АПФ, перенесенные инсульты, ТИА в анамнезе, ИБС, ХСН II-IV по NYHA, сахарный диабет 1 и 2 типа, курящие, злоупотребляющие алкоголем, заболевания, с развитием печеночно-почечной недостаточности, наличие коллагеновых заболеваний, беременность, период лактации. Суточное мониторирование АД проводили с использованием прибора МДП-РС-01 («ДМС Передовые технологии», Россия). Применяли осциллометрический метод измерения АД. Мониторирование проводилось по общепринятой методике с интервалом 30 минут днем и 30 минут ночью. Общее число измерений за один сеанс исследования составляло от 44 до 48. Ночные и дневные измерения маркировались автоматически. Вербальный субтест Векслера 5 состоит из двух частей: запоминания и повторения чисел в прямом и обратном порядке. Цифровой ряд постепенно увеличивается. 1 - ая часть содержит ряды, в которых от 3 до 9 цифр. Испытуемый должен прослушать цифры и устно их воспроизвести. 2 - ая часть включает ряды от 2 до 8 цифр. Испытуемый должен воспроизвести ряд обратным порядком. Оценка за каждый вид счета (прямой или обратный) равна количеству цифр в максимальном ряду, воспроизведенном правильно. Субтест повторения цифровых рядов направлен на исследование оперативной памяти и внимания. Субтест «Повторение цифр» наиболее слабо коррелирует с общим интеллектом и направлен на определение объема кратковременной памяти и уровня активного внимания. Невер-

бальный субтест Векслера 7 заключается в том, чтобы написать под каждой цифрой в клеточке соответствующий ей символ (набор символов предлагается). Время выполнения лимитировано. Оценка соответствует количеству правильно зашифрованных цифр. Субтест «Шифровка» требует сохранности визуальной перцепции и праксиса, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка. Он чувствителен к психомоторной недостаточности, характеризует зрительную память и двигательную активность. Для исследования капиллярного кровотока в ногтевом ложе используется компьютерный капилляроскоп, разработанный компанией «Новые энергетические технологии» (Россия). Капиллярный кровоток исследуется в эпонихии 4-го пальца левой руки, для чего палец помещается в специальное мягко фиксирующее устройство. Запись капиллярного кровотока проводится при увеличении до 400 раз, плотность сосудистой сети и полиморфизм оцениваются при увеличении до 125. Компьютерное обеспечение капилляроскопа позволяет просматривать записанные изображения капиллярного кровотока, измерять диаметры капилляров: в артериальном, переходном и венозном отделах, величину периваскулярной зоны (ПЗ). ПЗ - линейный размер от максимально удаленной точки периваскулярной зоны до наиболее близко стоящей точки переходного отдела капилляра.

Результаты:

Результаты субтеста Векслера № 5 достоверно ($p > 0,05$) не отличались между группами пациентов, 11 (9-11) баллов в группе с АГ 1 степени, 10 (10-11) баллов в группе с АГ 2 степени. При сравнении с контрольной группой, результат 14 (13-14) баллов, разница была достоверной ($p < 0,05$). Результаты субтеста Векслера № 7 в группе пациентов с АГ 1 степени 42 (36-56) балла, в группе пациентов с АГ 2 степени 41 (38-44) балла, без достоверной ($p > 0,05$) разницы. При сравнении с контрольной группой разница была достоверной ($p < 0,05$), 75 (73-76) баллов. При проведении капилляроскопии в группе пациентов с АГ 1 степени было выявлено уменьшение количество капилляров I типа, увеличение капилляров II типа, 68% и 31,5%, соответственно. Во второй группе количество капилляров I типа 55%, II типа 40,5%, у 2-х пациентов были выявлены капилляры III типа, которых в норме не должно быть. При сравнении с контрольной группой различия были достоверны ($p < 0,05$). При оценке периваскулярной зоны отмечалось недостоверное ($p > 0,05$) различие показателей между группами. В группе пациентов с АГ 1 степени 128,5 (113-140,5) мкм, в группе пациентов с АГ 2 степени 136,5 (117,5-145,5) мкм. При анализе показателей пациентов и контрольной группы - 98,9 (82,7-112,6) мкм - результаты достоверно ($p < 0,05$) различались с обеими группами. При оценке артериального отдела капилляра достоверного ($p > 0,05$) различия между исследуемыми группами не было: в 1 группе 12 (11-14) мкм, в группе с АГ 2 степени - 12,5 (9-14) мкм; при сравнении с контрольной группой - 8,2 (7,3-9) мкм, разница была достоверной ($p < 0,05$). Показатели венозного отдела капилляров в обеих группах достоверно ($p > 0,05$) не различались между собой. В группе пациентов с АГ 1 степени 14 (10,5-15) мкм, с АГ 2 степени - 13 (11-14,5) мкм. Достоверное ($p < 0,05$) отличие было выявлено с контрольной группой 10,3 (9,1-12,2) мкм. При оценке диаметра переходного отдела было выявлено значительное ($p < 0,05$) различие с контрольной группой в обоих случаях. В группе пациентов с АГ 1 степени 18 (15-19,5) мкм, в группе с АГ 2 степени 17,5 (14-18) мкм. В контрольной группе 11,5 (10-13,5) мкм. Между группами достоверной ($p > 0,05$) разницы не было.

Заключение:

По результатам исследования была выявлена слабая отрицательная корреляционная связь между показателями АД и когнитивными нарушениями. Между параметрами периваскулярной зоны, венозным отделом и когнитивными нарушениями выявлена средняя отрицательная корреляционная связь. Между переходным, артериальным отделами и когнитивными нарушениями выявлена сильная отрицательная корреляционная связь.

ВЛИЯНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ НА СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тюлякова С.Ш., Новикова Л.Б., Николаева И.Е., Денисова И.Д., Хомякова Н.Г., Яруллина Г.К.

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ГБОУ ВПО «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА», УФА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель – оценка состояния процессов свободнорадикального окисления у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Обследовано 45 мужчин (средний возраст $48,7 \pm 9,2$ лет) с артериальной гипертензией 1-3 степени. Пациенты получали в комплексе базовой терапии тиоктовую кислоту 600,0 мг внутрь № 15 ежедневно в сочетании с небивололом по 2,5-5,0 мг 1 раз в сутки. Контрольную группу составили 35 здоровых мужчин, средний возраст $41,7 \pm 7,8$ года. Определение общей антиокислительной активности в плазме крови проводили колориметрическим методом, активности глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы с помощью коммерческих тест-систем «Ransel» и «Ransod» фирмы «Randox Laboratories». Содержание продуктов перекисного окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой, определяли с помощью наборов «ТБК-АГАТ» (Россия).

Результаты:

В группе больных до лечения величина общей антиокислительной активности была ниже, чем у здоровых лиц, на 20,5% ($p < 0,05$), активность супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы – на 25,7% и 19,1%, соответственно ($p < 0,05$). Содержание продуктов перекисного окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой, превысило контрольные значения на 84,8% ($p < 0,001$). На фоне лечения наблюдалось достоверное возрастание общей антиокислительной активности (на 31,2%, $p < 0,01$), активности глутатионпероксидазы (на 32,3%, $p < 0,01$) и супероксиддисмутазы (на 19,6%, $p < 0,05$), снижение уровня продуктов перекисного окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (на 35,3%, $p < 0,01$). Все исследованные показатели антиокислительной активности не отличались существенно от значений у здоровых лиц.

Заключение:

Таким образом, у больных артериальной гипертензией на фоне применения тиоктовой кислоты в сочетании с небивололом происходит нормализация исследованных показателей антиоксидантной защиты и значимое ослабление процессов липопероксидации.

ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Тюлякова С.Ш., Новикова Л.Б., Иксанова Г.Р., Галимов Ш.Н.

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ГБОУ ВПО «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА», УФА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель – оценка состояния процессов свободнорадикального окисления у больных артериальной гипертензией в остром периоде ишемического инсульта.

Материал и методы:

Обследовано 213 мужчин (средний возраст $52,4 \pm 9,7$ года) с артериальной гипертензией в остром периоде ишемического инсульта. Контрольную группу составили 35 здоровых мужчин, средний возраст $41,7 \pm 7,8$ года. Определение общей антиокислительной активности в плазме крови проводили колориметрическим методом, активности глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы с помощью коммерческих тест-систем «Ransel» и «Ransod» фирмы «Randox Laboratories». Содержание продуктов перекисного окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой, определяли с помощью наборов «ТБК-АГАТ» (Россия).

Результаты:

У обследованных больных установлено существенное снижение ОАА общей антиокислительной активности (на 41,0%, $p < 0,01$), активности глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы (соответственно, на 52,7% и 42,1%, $p < 0,001$), а также достоверное возрастание продуктов перекисного окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (на 114,1%, $p < 0,001$). Обнаружено, что при развитии тяжелой формы инсульта общая антиоксидантная активность была значимо ниже, чем при легком инсульте (на 10,8%, $p < 0,05$), активность глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы ниже значений при легком инсульте (на 15,8% и 13,8%, $p < 0,05$) и среднетяжелом инсульте (на 8,7% и 7,7%, $p < 0,05$), а уровни продуктов перекисного окисления липидов существенно превысили величины при легком (на 20,9%, $p < 0,05$) и среднетяжелом инсультом (на 11,2%, $p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, у больных артериальной гипертензией развитие ишемического инсульта происходит на фоне угнетения эндогенных систем антиоксидантной защиты и усиления окислительных процессов с развитием явлений оксидантного стресса, выраженность которых сопряжена с тяжестью сосудистой катастрофы.

ПОВЫШЕННАЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКАЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ И НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Вахненко Ю.В., Гордиенко Е.Н., Уразова Г.Е.

ГБОУ ВПО АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, БЛАГОВЕЩЕНСК, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

В практике клиницистов достаточно часто встречаются пациенты с «повышенной диспластической стигматизацией»,

которая подразумевает и малые аномалии развития сердца (МАРС), осложнениями которых могут являться тромбоэмболии, инфекционный эндокардит и нарушения ритма. Вместе с тем, распознаваемость “малых форм дисплазии соединительной ткани” остается неоправданно низкой. Целью исследования явился поиск вероятных маркеров указанной патологии.

Материал и методы:

Объектами исследования были пациенты клиники кардиохирургии Амурской государственной медицинской академии, которые были разделены на две группы – с МАРС (I группа) и без них (II группа). Методами исследования являлись физикальный осмотр и фенотипирование больных, ЭКГ, холтеровское мониторирование и ЭХО-кардиография.

Результаты:

Более 64,7% кардиологических больных имеют открытое овальное окно, пролапс митрального клапана, аневризмы межпредсердной и межжелудочковой перегородок и, наиболее часто, дополнительные трабекулы левого желудочка сердца. У каждого из них диагностированы различные нарушения ритма вплоть до желудочковой экстрасистолии высоких градаций и пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Нередко выявлялся синдром ранней реполяризации желудочков, который уже давно не считается “безобидной” находкой на ЭКГ. Учитывая, что наиболее обоснованной является теория о “мультифакториальном, полигенном наследовании” врожденных аномалий развития, мы провели фенотипирование указанных больных. Для I группы достоверно чаще, чем для II группы, были характерны прогнатия, прогения, открытый передний прикус, плоское небо, эпикант, телекант, гипотелоризм, гипермобильность суставов, различные особенности внешнего вида ушей, шеи, кистей, стоп и дерматоглифов.

Заключение:

У больных с недифференцированными формами соединительнотканной дисплазии часто выявляются аритмии и определенные фенотипические особенности. Возможно, последние являются своеобразными маркерами высокого риска этой патологии, которые необходимо учитывать при составлении алгоритма обследования больных. Включение в него ЭХО-кардиографии позволит диагностировать кардиальные проявления соединительнотканной дисплазии и своевременно предупреждать ее грозные осложнения, в том числе, при помощи метаболической терапии.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

Алтайский краевой кардиологический диспансер,
Барнаул, Россия

Введение (цели/ задачи):

Актуальность исследования: наиболее частым осложнением течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) является развитие острой сердечной недостаточности (ОСН). Отсутствие реваскуляризации инфарктзависимой артерии (ИЗА), а также многососудистый характер поражения коронарного русла способствует ухудшению клинико-гемодинамических показателей, развитию ОСН и нарушений сердечного ритма у больных с ИМ. Цель исследования: оценить частоту и факторы

способствующие развитию острой сердечной недостаточности у женщин с ОИМ среднего и пожилого возраста.

Материал и методы:

Обследовано 76 женщин среднего и пожилого возраста с ОИМ (32 (42,1%) пациентки среднего возраста и 44 (57,9%) – пожилого), средний возраст их составил 63,5±1,0 года. Кроме стандартных лабораторных обследований у всех пациентов оценивался уровень NT PROBNP, проводилось ХМ ЭКГ, ЭХО-КГ и коронароангиография (КАГ).

Результаты:

У 57 (75%) пациенток с ОИМ не было выявлено признаков острой сердечной недостаточности (Killip I), у 11 (14,5%) – диагностирована II стадии ОСН по Killip, отек легких (Killip III) выявлен у 3 (3,9%) пациентов, кардиогенный шок (Killip IV) – у 5 (6,6%) больных. Систолическая дисфункция ЛЖ выявлена у 35 (46%) пациентов с ОИМ. Средний уровень NT PROBNP в группе пациентов с ОСН составил 3554±906,1 пг/мл, а в группе без признаков ОСН (Killip I) – 458,6±65,2 пг/мл (p=0,03). По данным КАГ поражение одной коронарной артерии выявлено у 11 (14,5%) обследуемых, двух артерий – у 21 (27,6%), многососудистый характер поражения коронарных артерий выявлен у 38 (50%) больных. Согласно полученным данным, реканализация ИЗА со стентированием проведена 37 (48,7%) пациентам с ОИМ, 9 (11,8%) – проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), 36 (47,4%) женщинам среднего и пожилого возраста не была проведена реваскуляризация коронарного русла. Нарушения ритма сердца выявлены у 17 (22,4%) пациентов с ОИМ, из них жизнеугрожающие – у 8 (10,5%). В группе пациенток с ТЛТ Killip I диагностирована у 7 (77,8%) пациенток, Killip IV – у 2 (22,2%), пациенток с отеком легких (Killip III) и явлениями ОСН на стадии Killip II в данной группе не было. Средний уровень ФВ ЛЖ в данной группе составил 56,6±2,5%. Снижение ФВ ЛЖ выявлено у 5 (55,6%) женщин с ОИМ. Нарушения ритма по данным ХМЭКГ в группе больных с ТЛТ были выявлены у 4 (44,4%), в том числе на фоне реперфузии коронарного русла. В группе пациенток, которым было проведено ЧКВ со стентированием ИЗА, признаков ОСН не было выявлено у 27 (73%) обследуемой, признаки II стадии ОСН по Killip выявлены у 6 (16,2%) пациенток. Женщин с отеком легких (Killip III) в данной группе пациентов не было, кардиогенный шок (Killip IV) при поступлении диагностирован у 4 (10,8%) обследуемых. Уровень средней ФВ ЛЖ у пациенток с ЧКВ составил 58,1±1,6%. Снижение ФВ ЛЖ выявлено у 18 (48,6%) женщин с ОИМ. Нарушения ритма были выявлены у 7 (18,9%) больных, в том числе жизнеугрожающие – у 4 (10,8%). У 36 (47,4%) пациентов не была проведена реваскуляризация ИЗА. В данной группе Killip I выявлена у 26 (72,2%), Killip II у 6 (16,6%), Killip III у 3 (8,3%), Killip IV – у 1 (2,7%) пациенток. Средний уровень ФВ ЛЖ в данной группе обследуемых составил 58,3±1,4%. Снижение ФВ ЛЖ выявлено у 20 (55,5%) пациенток. Нарушения ритма по данным ХМЭКГ в группе пациенток без реваскуляризации коронарного русла выявлены у 10 (27,7%) женщин с ОИМ, в том числе жизнеугрожающие – у 5 (13,8%). В группе пациенток с многососудистым поражением коронарных артерий не было выявлено признаков ОСН (Killip I) у 27 (71%) из 38 пациенток. Killip II диагностирован у 6 (15,8%) обследуемых, Killip III у 3 (7,9%) пациенток, Killip IV – у 2-ух (5,3%) больных. Средний уровень ФВ ЛЖ в данной группе обследуемых составил 58,7±1,4%. Снижение ФВ ЛЖ выявлено у 25 из 38 (65,8%) пациенток. Нарушения ритма выявлены у 11 (28,9%) женщин с ОИМ, в том числе жизнеугрожающие – у 6 (15,8%).

Заключение:

Частота развития ОСН у женщин с ОИМ среднего и пожилого возраста составила 40,8%, причем II стадии ОСН по Killip составила 23,7%, отека легких (Killip III) – 7,9%, кардиогенного шока (Killip IV) – 9,2%. Основными причинами развития ОСН при ОИМ являются отсутствие реваскуляризации ИЗА, а также многососудистый характер поражения коронарного русла, что являлось характерным для женской популяции. Уровень NTPROBNP ассоциирован со степенью дисфункции ЛЖ, является важным прогностическим показателем развития ОСН у больных с ОИМ.

НЕОТЛОЖНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКТИВНОГО ИНФЕКЦИОННОГО КЛАПАННОГО ЭНДОКАРДИТА

Домнин В.В., Иванов В.А., Ярыгин И.В.

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»,
Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель сообщения: дать анализ непосредственных результатов протезирования клапанов сердца, в активной стадии инфекционного эндокардита, выполненного в неотложном порядке

Материал и методы:

В Российском научном центре хирургии им. академика Б.В. Петровского, за период с 1994 г., по поводу инфекционного клапанного эндокардита (ИЭ) оперировано 458 пациентов. Из них, в активной стадии инфекционного процесса, в неотложном порядке, оперировано 62 больных (13,5%), в возрасте от 19 до 69 лет (средний 41,4 + 13,6). Мужчин – 37 (59,7%), женщин – 25. В IV функциональном класс, по NYHA, находились 44 больных (70,9%), в III – 16 (25,9%), во II – 2 (3,2%). Изолированное поражение аортального клапана отмечено у 25 (40,3%), изолированное поражение митрального клапана – 15 (24,2%), поражение митрального и аортального клапанов – 14 (22,6%), изолированное поражение трикуспидального клапана – 7 (11,3%), поражение аортального и трикуспидального клапанов – 1 (1,6%). Первичный ИЭ (без предшествующей клапанной патологии) развился у 27 больных (43,5%), вторичный ИЭ, развившийся на фоне ревматического поражения клапана – у 18 (29%), на фоне врожденной патологии клапана (миксоматозная дегенерация соединительной ткани, двустворчатый аортальный клапан) – у 12 (19,3%), на фоне склеро-дегенеративно измененного клапана – у 5 (8,1%). Возможную причину развития ИЭ удалось выявить у 34 пациентов (54,8%). Инфекция верхних дыхательных путей – 23,5% (8), одонтогенный ИЭ – 23,5% (8), постинъекционный – 14,7% (5), ЛОР – заболевания – 11,8% (4), другие причины – 32,4% (11). Положительная гемокультура до операции получена в 35 наблюдениях (56,5%). Наиболее часто возбудителем ИЭ были стафилококки: *Staf. Epidermalis* – 17,1% (6 случаев), *Staf. Aureus* – 14,3% (5). Показания к оперативному лечению были: быстро прогрессирующая сердечная недостаточность – в 31 наблюдениях (50%), смешанные показания (комбинация 2 и более) – в 13 (20,9%), эмболический синдром или угроза его развития – 9 (14,5%), абсцедирование – 5 (8,1%), неэффективная антибактериальная терапия – 4 (6,5%). Все пациенты были оперированы в сроки от 1 до 5 дней с момента поступления в клинику. Было выполнено: протезирование аортального клапана у 25 больного (40,3%); протезирование митрального клапана у 15 (24,2%), причем в одном наблюдении вмешательство дополнено аннулопластикой трикуспидального

клапана по Де Вега; протезирование митрального и аортального клапанов у 14 (22,6%), включая, также в одном случае, аннулопластику трикуспидального клапана по Де Вега; протезирование трикуспидального клапана у 5 (8,1%), резекция тканей трикуспидального клапана, с последующей вальвулопластикой у 2 (3,2%); протезирование аортального клапана и вальвулопластика трикуспидального клапана у 1 (1,6%).

Результаты:

В послеоперационном периоде умер 1 больной с ИЭ аортального клапана в стадии лево – и правожелудочковой недостаточности, осложненной эмпиемой плевры, от нарастающих явлений сепсиса и полиорганной недостаточности. Таким образом, госпитальная летальность составила 1,6%. Наиболее частым осложнением, в ближайшем послеоперационном периоде, являлась сердечная недостаточность: 56 пациентов (90,3%) нуждались в инотропной поддержке. В отдаленном периоде наблюдения, в сроки от 6 месяцев, до 10 лет, у 6 (9,6%) пациентов отмечен рецидив ИЭ. Отмечен 1 летальный исход, обусловленный острой дисфункцией протеза аортального клапана. У 4 больных (1 – после протезирования трикуспидального клапана, 1 – после и 2 – митрально – аортального протезирования), реоперированы. Летальных исходов, при повторных вмешательствах не было. В остальной группе пациентов, в отдаленные сроки наблюдения, рецидива ИЭ не получено. Также, в отдаленном периоде наблюдения, отмечен летальный исход у пациента после протезирования аортального клапана, обусловленный прогрессирующей сердечной недостаточностью.

Заключение:

На современном этапе развития кардиохирургии, При своевременной постановке показаний к неотложному хирургическому лечению острого инфекционного эндокардита, удается избежать тяжелых осложнений, добиться низких показателей летальности, как на госпитальном этапе лечения, так и в отдаленные сроки наблюдения.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА НА СОСТОЯНИЕ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Лопина Е.А., Либис Р.А.,
Кубаткина Г.А., Ольховая В.Н.

ГБОУ ВПО ОРГМА МЗ РФ, Санаторий-профилакторий
«Чайка», Оренбург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования — изучить состояния высшей нервной деятельности в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта в зависимости возраста.

Материал и методы:

В исследовании приняло участие 80 пациентов с артериальной гипертонией, находящихся в рамках раннего восстановительного периода инфаркта мозга. В зависимости от возрастной категории пациенты разделены на две группы: 1 группа - 49 человек в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 51,5±5,8 лет); 2 группа - 31 человека в возрасте от 60 до 80 лет (средний возраст 66,2±7,6 лет). Оценка когнитивных функций проводилась с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA, Z.Nasreddine MD и соавт., 2004). Статистическая обработка проводилась про-

граммой Statistica 6.0 (США). Статистическая значимость приравнивалась при пороговом уровне $p < 0,05$.

Результаты:

Пациенты 1 группы имели среднее амбулаторное систолическое артериальное давление (ср, амб. САД) $134,9 \pm 28,6$ мм рт. ст. Пациенты 2 группы, также, имели сходные цифры ср. амб. САД $135,7 \pm 18,4$ мм рт. ст. По данным Мока-теста достоверные различия в 1 и во 2 группах были по уровню памяти - $3,06 \pm 1,3$ и $1,7 \pm 1,1$, речевым способностям - $2,2 \pm 0,98$ и $1,4 \pm 0,97$ соответственно. Пациенты 2 группы имели более значимые нарушения функций высшей нервной деятельности ($p < 0,05$). Во время проведения корреляционного анализа выявлена сильная, обратная корреляционная связь между возрастом и уровнем памяти, и состоянием речевых способностей ($r = -0,62, p < 0,05$); средняя, обратная корреляционная связь между всеми видами когнитивных функций и возраста ($r = -0,32, p < 0,05$).

Заключение:

Наиболее выраженные расстройства обнаружены у пациентов в возрасте от 60 до 80 лет, что необходимо учитывать при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

УДЛИНЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ QT КАК ПРЕДИКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

ЭШМАКОВ С.В., САВЕЛЬЕВА Т.В.,
ЧЕРНЫШОВА Т.Е., ЭШМАКОВА Л.Н.

ГБОУ ВПО ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ФКУЗ "МСЧ МВД России по Удмуртской Республике", Ижевск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: определение значения синдрома удлиненного интервала QT как предиктора внезапной смерти, экстренно доставленных в терапевтический стационар с различной терапевтической патологией и сопутствующей алкогольной интоксикацией.

Материал и методы:

В исследовании, выполненном в приемном отделении терапевтического стационара, приняли участие 36 пациентов в возрасте от 29 до 68 лет (28 мужчин и 8 женщин), доставленных скорой медицинской помощью с различной терапевтической патологией (внебольничная пневмония, гипертонический криз, гепатит, цирроз печени) и сопутствующей алкогольной интоксикацией. Все пациенты длительно употребляли алкоголь в количествах, в 3 и более раза превышающих нормы, рекомендованные ВОЗ. В контрольную группу вошли 30 госпитализированных пациентов без алкогольной интоксикации, и употребляющих алкоголь в рамках рекомендаций ВОЗ.

Результаты:

Продолжительность скорректированного интервала QT была достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной (438 ± 11 и 388 ± 8 , $p = 0,001$). Частота увеличения скорректированного интервала QT в основной и контрольных группах составила соответственно 83% и 7% ($p > 0,001$). В основной группе отмечена средней силы положительная взаимосвязь между скорректированным QT и длительностью употребления алкоголя ($r = 0,38$, $p < 0,05$). У 1 пациента из основной группы, умершего в приемном отделении вследствие внезапной смер-

ти, определялось особенно значительное удлинение скорректированного интервала QT – до 510 мс.

Заключение:

Таким образом, синдром удлиненного интервала QT с высокой частотой встречается у пациентов с сопутствующей алкогольной интоксикацией и может рассматриваться как предиктор внезапной смерти и показатель, требующий обязательной оценки у госпитализируемых пациентов с отягощенным алкогольным анамнезом.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Яруллина А.Р., Николаева И.Е.,
Руденко В.Г., Федорова Е.А., Шмелева Г.А.

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР,
ГБОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, УФА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явилась оценка послеоперационных аритмий у больных, перенесших АКШ и эффективность проводимой антиаритмической терапии.

Материал и методы:

Было обследовано 690 больных после операции прямой реваскуляризации миокарда (АКШ, маммарокоронарное шунтирование) как в условиях искусственного кровообращения, так и на работающем сердце. Из них 608 мужчин и 82 женщины, что составило 88% и 12%, соответственно. Средний возраст больных составил 52 ± 13 лет. С целью купирования пароксизмов тахикардии применялся амиодарон в дозе 300 – 450 мг в зависимости от массы тела с последующим профилактическим назначением амиодарона по схеме насыщения 1200 мг в сутки до общей дозы 10 грамм под ежедневным контролем ЭКГ и анализом интервала QT до достижения QTc не более 450 мс с последующей поддерживающей дозой 200 мг в сутки.

Результаты:

Нарушения ритма сердца в послеоперационном периоде были выявлены у 176 больных, что составило 25,5% от всех оперированных больных. У 125 больных были выявлены наджелудочковые тахикардии (71% всех нарушений ритма сердца), у 51 больного другие НРС (39%). Из наджелудочковых тахикардий (125 больных) ФП была зарегистрирована у 91 больного (72,8% от всех наджелудочковых тахикардий), у 15 больных (12%) было выявлено трепетание предсердий, у 19 больных (15,2%) – другие наджелудочковые тахикардии. Проанализировано распределение по возрастам выявленных наджелудочковых тахикардий. Выявлено, что наиболее часто коронарное шунтирование осложняется наджелудочковыми тахикардиями у больных возрастом 50-59 лет – 100 пациентов, что составило 80%. В других возрастных категориях наджелудочковые тахикардии встречались значительно реже (60-69 лет – 14 больных (11%), 40-49 лет – 11 больных (9%)). В нашем исследовании наджелудочковых тахикардий в возрастной категории 30-39 лет не отмечалось. Таких больных было прооперировано 47 человек. В анамнезе артериальная гипертензия отмечалась у 553 пациентов, инфаркт миокарда – у 491 больного (71% от всех больных), сахарный диабет у 73 больных, фибрилляция предсердий у 43 больных (47% от всех больных с фибрилляцией предсердий).

Заключение:

В послеоперационный период коронарного шунтирования наиболее часто выявляются наджелудочковые нарушения ритма сердца, в основном фибрилляция предсердий. Наличие в анамнезе фибрилляции предсердий является фактором, предрасполагающим к появлению тахикардии в послеоперационный период коронарного шунтирования. С учётом высокой распространённости у больных, подвергшихся коронарному шунтированию наличия инфаркта миокарда в анамнезе, с целью купирования и профилактики пароксизмов целесообразно использовать амиодарон.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОНДАПАРИНУКСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Яруллина А.Р., Закирова А.Н., Николаева И.Е., Федорова Е.А., Шмелева Г.А., Фахретдинова Е.Р., Файрузова А.М.

ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность назначения фондапаринукса больным с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST.

Материал и методы:

В исследование были включены 43 человека, перенесших острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST и находившихся на лечении в республиканском кардиологическом диспансере, среди них мужчин оказалось 25 человек (58%), а женщин 18(42%). Средний возраст пациентов 53±6,6 года. Инфаркт миокарда передней локализации был выявлен у 26 человек (60%), а нижней - у 17(40%). Повторный инфаркт миокарда перенесли 17 больных. Всем больным проведены ЭХО КГ, динамика и мониторинг ЭКГ, Лабораторные исследования в соответствии со стандартами. Схема лечения кроме аспирина, клопидогреля, статинов в высоких дозах(розувастатин 40 мг или аторвастатин 80 мг), -блокаторов, нитратов по потребности, ингибиторов АПФ или АРА включала в себя фондапаринукс в дозе 2.5 мг 1 раз в день подкожно. Лечение фондапаринуксом начиналось как можно раньше после установления диагноза и продолжалось в течение 8 дней или до выписки пациента из стационара. В исследование не включались пациенты с почечной и печеночной недостаточностью.

Результаты:

У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, хорошее самочувствие. Было выявлено, что применение фондапаринукса в дозе 2.5 мг не влияет на результаты обычных коагуляционных тестов, таких как АЧТВ, активированное время свертывания, протромбиновое время и МНО в плазме крови, время кровотечения и фибринолитическую активность также остаются в пределах нормы. Нами была выявлена хорошая переносимость фондапаринукса. Не было обнаружено кровотечений, также больные не предъявляли жалоб на повышенную кровоточивость десен. Побочных действий требующих отмены препараты в нашем исследовании выявлено не было.

Заключение:

Таким образом, включение в схему лечения острого инфаркта миокарда без подъема сегмента ST фондапаринукса как можно раньше эффективно и безопасно.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Степанова Е.В., Зеленая И.И., Железнякова Н.М., Семова О.В., Гопций Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №1, ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Введение (цели/ задачи):

Изучение процессов перекисного окисления липидов и метаболизма оксида азота у больных хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы:

Обследовано 72 пациента с ХБП и 31 больной с гипертонической болезнью (ГБ) Все больные получали нефропротекторную терапию, в которую входили иАПФ – периндоприл в дозе 5 - 10 мг/сутки или БРА II – лосартан в дозе от 25 до 100 мг/сутки. Дозу препарата подбирали индивидуально в зависимости от уровня артериального давления (АД). Про-антиоксидантный статус оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) и сульфгидрильных групп (SH-групп) спектрофотометрическим методом. Эндогенный синтез оксида азота (NO) оценивали по содержанию стабильных метаболитов – нитрита (NO₂) и нитрата (NO₃) в плазме крови фотометрическим методом по реакции Грисса.

Результаты:

В результате проведенного исследования установлено, что, уровень конечного продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) – МДА в плазме крови больных с ХБП был на 22% выше (p < 0,05) по сравнению с больными с ГБ. Снижение содержания SH-групп в плазме крови больных с ХБП по сравнению с ГБ не было достоверным. Содержание стабильного метаболита оксида азота – NO₂ в плазме крови было ниже при ХБП на 41%, а при ГБ на 27% (p < 0,05), чем в контрольной группе. Полученные данные указывают на то, что прогрессирование ХБП и АГ происходят на фоне активации процессов ПОЛ при истощении системы антиоксидантной защиты. Нарастающее состояние оксидативного стресса является фактором углубления относительного дефицита эндотелиального NO, формирующегося вследствие метаболической и гемодинамической нагрузки у больных с ХБП и АГ.

Заключение:

Установлено существенное повышение уровней конечных продуктов ПОЛ и снижение активности АОС в плазме крови у больных с ХБП и повышение региональной активности индуцибельной NO-синтазы, обусловленные провоспалительной активностью у данной категории пациентов.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ – ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Глова С.Е., Хаишева Л.А., Бекетов П.А.,
Самакаев А.С., Деврижбекова З.М., Шлык С.В.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, МБУЗ ЦРБ Аксайского района, МБУЗ ГБСМП, Ростов-на-Дону, Россия

Введение (цели/ задачи):

Наблюдательные когортные программы, проводимые на различных уровнях, помогают улучшить качество ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). В реальной клинической практике амбулаторного ведения пациентов после ОКС нет дифференцированного подхода к больному в зависимости от поло-возрастных и экономических характеристик, вследствие чего снижается комплаинс пациентов, а следовательно, повышается вероятность повторных сердечно-сосудистых событий. Цель исследования - определить в условиях реальной клинической практики гендерные и возрастные особенности ОКС в РО, медикаментозную тактику ведения больных после верифицированного ОКС, определить приверженность больных назначенному лечению.

Материал и методы:

Исследование проведено на базе кафедры внутренних болезней № 4 ФПК и ППС. Было обследовано 327 пациентов, находившиеся на стационарном лечении по поводу ОКС. Средний возраст пациентов составил $64,1 \pm 11,2$ года и колебался в диапазоне от 36 до 93 лет. Все пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от пола. В 1-ю группу было включено 172 мужчины (средний возраст составил $60,0 \pm 10,9$ лет), во 2-ю группу – 155 женщин (средний возраст – $68,6 \pm 9,8$ лет), ($p < 0,05$). При выписке все пациенты получали рекомендации по медикаментозному и немедикаментозному лечению, согласно стандарту ведения пациентов с ОКС, дальнейшее наблюдение осуществлялось ежеквартально в течение 12 месяцев.

Результаты:

При оценке эффективности лечения установлено, что целевые значения как САД, так и ДАД были достигнуты среди пациентов обеих групп, однако у женщин наблюдались достоверно более высокие цифры САД и ДАД и пульсового АД (ПАД) по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$). Целевые уровни ЧСС за время наблюдения достигнуты не были. 92,5% пациентов получали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, в 6,1% случаев блокаторы рецепторов ангиотензина. Причем, пациенты в возрасте старше 75 лет в основном принимали дженерические препараты, доля оригинальных препаратов была наибольшей среди пациентов до 65 лет. Статины не принимали одинаково часто и женщины и мужчины – в 6,4% случаев, максимально часто назначаемым был аторвастатин, с достоверно большим назначением дженерических препаратов. Двойную антитромбоцитарную терапию, среди завершивших исследование принимало 75,5% пациентов.

Заключение:

Женщины имеют большее количество факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, чем мужчины, им реже выполняют чрезкожные коронарные вмешательства, у них достоверно более низкий доход, однако комплаинс в соблюдении медикаментозной терапии не имеет гендерных различий. Пациенты старше 75 лет в силу фармакоэкономических причин отказываются от приема оригинальных препаратов в пользу дженериков.

ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА В СОЧЕТАНИИ С БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ХСН

ГАРЕЕВА Н.Х., НИКОЛАЕВА И.Е., ЯНБАЕВА С.М.

ГБУЗ РКЦ, Уфа, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить эффективность и безопасность назначения ивабрадина в сочетании с бета-адреноблокаторами у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST(бпСТ) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на этапе стационарного лечения.

Материал и методы:

36 больных с ОКС были включены в исследование, средний возраст которых составил 69,2 года, из них мужчин было 27 человек(73%) и женщин 9 человек(27%). ХСН диагностировали по фракции выброса ЭХО-КГ, которая составляла 38-49%. Все пациенты были с синусовым ритмом. Они были рандомизированы на две группы: первая группа принимала бета-адреноблокаторы (метопролол сукцинат в дозе 50 мг в сутки) в сочетании с ивабрадином (кораксан в дозе 10 мг в сутки)-19 человек, вторая группа получала только метопролол сукцинат 50 мг-17 человек. Всем больным проводили ЭКГ, ЭХО-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, тест с 6-минутной ходьбой, измерение АД, 21 больному проведен тредмил. Конечной точкой эффективности являлось достижение целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) менее 60 ударов в минуту в покое на 14 день лечения.

Результаты:

Добавление к предшествующей терапии метопрололом ивабрадина сопровождалось снижением ЧСС менее 60 ударов в минуту у 17 больных, то есть достижение целевого ЧСС составило 89%, тогда как в группе терапией метопрололом только 76%- 13 человек .Средняя ЧСС менее 60 ударов в минуту по данным холтеровского мониторирования наблюдалась у 15 пациентов(78%) в первой группе и у 11 пациентов(64%) во второй группе. У пациентов, достигших снижения ЧСС менее 60 ударов в минуту, отмечалось повышение ФВ в среднем на 4,5%.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с ОКС бпСТ и ХСН использование комбинированной терапии бета-адреноблокаторами и ивабрадином обеспечивает снижение частоты сердечных сокращений, что приводит к увеличению ФВ левого желудочка и улучшению качества жизни пациентов.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гайдарова Х.М., Демидов А.А.

ГБОУ ВПО Астраханская ГМА Минздрава РФ, Астрахань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Вопросы медико-социального статуса больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) изучены недостаточно. Между тем, изучение этих показателей может оказать ощутимую помощь в борьбе с ССЗ и их осложнениями. Целью исследования было составление социального портрета

больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, поступивших в экстренном порядке в инфарктное отделение ГБУ ЦСЭМП РБ №2 г. Махачкала.

Материал и методы:

В работе была применена комплексная методика с использованием историко-аналитического, статистического, социологических методов, метод наблюдения и опроса, а также анкетирования-интервьюирования. Была разработана «Анкета сердечно-сосудистого больного» и проведен анализ медико-социальных исследований больных ССЗ за период с 2008 по 2013г. в инфарктном отделении ГБУ ЦСЭМП РБ №2 г. Махачкала. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTIKA 7.

Результаты:

Результаты анализа анкет позволили определить следующий социальный портрет больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Основную массу респондентов составили женщины пенсионного и мужчины трудоспособного возраста. Основным источником дохода большинства респондентов является социальная помощь государства (пенсии по инвалидности и старости). При оценке семейного статуса респондентов нами установлено, что 84% мужчин и 66% женщин состоят в браке. Доля разведенных женщин в 2 раза больше, чем мужчин, а число вдов в 5,9 раза выше, чем число вдовцов. У 50% мужчин имеются 2 ребенка, а у женщин в пределах 54% - 1 ребенок. Число многодетных мужчин и женщин не превышает 3,1% и 2,2% соответственно. Не имеют детей 6,7 % женщин и мужчин, что обеспечивает тип семьи как «пустое гнездо». Наиболее типичным (36%) является наличие среднего или среднего специального образования у женщин и 33,3% - у мужчин. Алкоголем и курением злоупотребляют более половины респондентов-мужчин (соответственно 54,5% и 56,2%) . У женщин эти показатели были значительно ниже (6,3% и 7,5%), однако количество злоупотребляющих алкоголем и курением за период наблюдения возрастало как среди мужчин, так и среди женщин. Мужчины предпочитали мясную и жирную пищу (52%) и редко соблюдали различные диеты (3,2%). В питании женщин преобладала смешанная пища (45,3%), углеводы (15,8%). Большинство женщин (68,9%) применяли различные диеты. Более трети респондентов обоего пола (32,2%) не указывали никакой физической нагрузки на протяжении всего периода исследования. Остальные указывали в качестве физической нагрузки пешие прогулки. Так, среди мужчин пешие прогулки совершали 62,3%, среди женщин – 67,3% респондентов. Подавляющее большинство мужчин испытывали эмоциональный стресс на работе (95,5%), а большинство женщин – дома (85%).

Заключение:

Полученные результаты позволяют оптимизировать ведение данных групп населения на догоспитальном этапе для профилактики обострений сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РАЗВИТИЯ КРУПНОЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА 17 ЛЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

КУКШЕВА Д.С., СУКМАНОВА И.А.

АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Введение (цели/ задачи):

Сложным и спорным для клинического изучения является вопрос о причинах возникновения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у лиц молодого возраста.

Материал и методы:

Пациент Т., 17 лет, поступил 06.05.2014г. в приемное отделение Алтайского краевого кардиологического диспансера в связи с рецидивирующими болями давящего характера за грудиной в течение нескольких дней, сопровождающихся тошнотой, однократно – рвотой. Анамнез заболевания: Известно, что накануне заболевания, в период с 01.05.2014г. по 04.05.2014г. у пациента была непривычно интенсивная физическая нагрузка: скоростной спуск на велосипеде по горной трассе с перепадами высоты над уровнем моря (до 1000 метров). С 04-05.05.2014г. стал отмечать волнообразные боли давящего характера за грудиной средней интенсивности длительностью до нескольких часов, проходящие самостоятельно. В связи с наиболее интенсивным болевым приступом, сопровождающимся вегетативной симптоматикой (тошнота, рвота, потливость) ночью 05.05.2014г. вызвал бригаду СМП, доставлен в приемное отделение кардиодиспансера.

Результаты:

ЭКГ при поступлении: Ритм синусовый с ЧСС 80 в мин. Признаки повреждения по нижней стенке ЛЖ, с реципрокными изменениями по передне-боковой стенке ЛЖ. В экстренном порядке выполнена КАГ по результатам которой коронарные артерии были без патологии. По лабораторным данным (КФК общая (N 24-170 е/л)- 1690 е/л; МВ-КФК (N 1,2-43 е/л) - 181 е/л; Тропонин I - 19 нг/мл; Миоглобин- 90 нг/мл). По Эхо-КГ выявлено сегментарное нарушение сократимости стенок левого желудочка: гипокинез и снижение толщины миокарда нижней стенки на всех уровнях. ФВ по Тейхольцу (%) - 53,6. На основании полученных данных выставлен диагноз ИБС: острый нижний инфаркт миокарда. Выполнено исследование системы гемостаза и диагностика генных мутаций тромбофилий - выявлено носительство гетерозиготного полиморфизма в гене MTHFR, гомозиготного в гене PAI-1- по заключению гематолога в медикаментозной коррекции гемостаза не нуждается. Получал лечение: Двойная дезагрегантная терапия (аспирин, клопидогрел), антикоагулянты (фондапаринукс) до 6 суток, рамиприл 2,5 мг с последующим титрованием дозы, статины. На фоне терапии состояние стабилизировалось, болевой синдром в грудной клетке не рецидивировал. Выписан на 12 сутки в стабильном состоянии под наблюдение кардиолога с рекомендациями продолжения терапии на амбулаторном этапе.

Заключение:

Таким образом, на данном клиническом примере мы можем говорить об ОИМ 2 типа (по классификации ВОЗ), т.е вследствие ишемического дисбаланса. Вероятно, пусковым механизмом здесь послужил значительный выброс катехоламинов на фоне высокоинтенсивной физической нагрузки в условиях высокогорья, что привело к развитию вазоспазма коронарных артерий и активации гиперкоагуляции с последующим тромбозом коронарного русла и спонтанным лизисом тромба.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИО-ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОКС

ХАРИТОНОВА Я.Е., СУКМАНОВА И.А.

Алтайский краевой кардиологический диспансер

Введение (цели/ задачи):

Актуальность: одним из грозных осложнений ОКС является кардио-церебральный синдром, который наблюдаются примерно в 6—7% случаев. Грубые нарушения поведения, резкие вегетативные сдвиги сопровождаются значительным ухудшением соматического состояния и дают значительно неблагоприятный прогноз в отношении выживаемости. Цель: оценить факторы риска развития кардио-церебрального синдрома при ОКС.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 30 пациентов находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии кардиодиспансера с ОКС диагностированным по клиническим данным, результатам исследования маркеров некроза, данным ЭКГ, осложнившимся кардиоцеребральным синдромом. У 46,4% пациентов была проведена КАГ с целью первичного ЧКВ на аппарате GE “Inova 3100”. Для оценки степени психомоторного возбуждения была использована Ричмондская шкала оценки ажитации и седации - RASS.

Результаты:

Из анализируемой группы лиц 67% пациентов составили мужчины и 33% – женщины. Средний возраст их составил 74±6 года. У 60,2% диагностирован ОКСПСТ, у 40,4% ОКСБПСТ. У 57% пациентов отмечены различные нарушения сердечного ритма, у 83% выявлена систолическая дисфункция ЛЖ. У 16,6% больных ОКС осложнился развитием ОЧН (Killip II-IV). Исходя из результатов дополнительных методов обследования, у 44,1% пациентов отмечено снижение СКФ, у 36,6% снижение уровня Нв, у 6,6% пациентов отмечена гипокалиемия. У 26,6% диагностировано снижение SpO2 при поступлении. Сахарным диабет имели 33%, ГБ- 97%, ОНМК в анамнезе перенесли 17% больных. Консервативно пролечены 43,1% пациентов, системный тромболизис проведен у 13,3% пациентов, первичное ЧКВ у 43,3% больных. Грубые нарушения поведения чаще отмечались на 2±0,2 сутки от момента возникновения ангинозного приступа. У 50% пациентов уровень ажитации оценен в 3 балла (выраженная ажитация), среди них — 60,3% составили мужчины, 40,2% женщины. Выраженная ажитация в основном (в 58% случаев) диагностирована у пациентов с ОКСПСТ, причем у 46% пациентов с выраженной ажитацией выполнена полная реваскуляризация ИЗА, у 80,3% пациентов имелись остаточные стенозы в других коронарных артериях, что могло способствовать возникновению кардио-церебрального синдрома. В группы пациентов с выраженной ажитацией клинические проявления когнитивных нарушений развивались на сутки позже, в 1,5 раза чаще они имели сопутствующие заболевания, в сравнении с группой пациентов оцененных по шкале RASS в 1 и 2 балла. Все случаи летального исхода были зарегистрированы в группе с выраженной ажитацией и составили 10% от общего числа исходов.

Заключение:

Таким образом, кардио- церебральный синдром (в большинстве случаев оцененный в 3 балла по RASS) чаще встречается у мужчин на вторые сутки после коронарного события, более характерен для больных с ОКСПСТ. Большинство данных пациентов первично ведутся консервативно, либо имеют неполную реваскуляризацию по данным КАГ. Другими немаловажными

факторами риска развития кардио-церебрального синдрома являются развитие при поступлении ОЧН, анемия, электролитные нарушения, сопутствующие заболевания (ОНМК, СД).

ВРЕМЯ ДО ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИМПСТ

ИВАНЦОВ Е.Н., ХАСАНОВ Н.Р.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ, ГАУЗ ГKB №7, Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

В большинстве случаев подъем сегмента ST на ЭКГ возникает при окклюзирующем тромбозе одной из магистральных коронарных артерий. Пациентам с инфарктом миокарда с подъемом ST (ИМпST) рекомендовано проведение экстренной реваскуляризации миокарда в первые часы от начала симптомов ишемии. Цель исследования: оценить время ожидания пациентов с ИМпST от начала признаков заболевания до обращения за медицинской помощью.

Материал и методы:

В исследование были включены 70 пациентов с ИМпST, которым было проведено первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от исхода: 59 пациентов с благоприятным исходом и 11 пациентов с летальным исходом на госпитальном этапе. Изучалось время ожидания пациентов с ИМпST от момента начала болевого синдрома (НБС) до первого медицинского контакта (ПМК). Данные обрабатывались при помощи прикладного пакета программ Statistica 10 Enterprise, результаты представлены в виде $M \pm m$, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

У пациентов с ИМпST с благоприятным исходом среднее время в минутах от НБС до ПМК составляет $151,07 \pm 21,84$, что достоверно ($p < 0,001$) меньше, чем у умерших пациентов $483,9 \pm 9,9$. Таким образом, большее время от начала заболевания до обращения за медицинской помощью ассоциировано с госпитальной летальностью при ИМпST, что подтверждают данные других исследований, продемонстрировавших большую значимость фактора времени на исход ИМпST.

Заключение:

В рамках организационных решений, направленных на скорейшее проведение ЧКВ больным с ИМпST, необходимо особое внимание уделить информированию населения о первых признаках ИМ и скорейшему обращению за медицинской помощью при первых признаках заболевания.

РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.

ПЕЧЕРИНА Т.Б., КАШТАЛАП В.В., БАРБАРАШ О.Л.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

В исследованиях REVERSAL, MIRACL и PROVT-IT доказано, что прогрессирование коронарного атеросклероза тесно связано с уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности.

Однако, появились сведения о том что в прогрессировании атеросклероза помимо ЛПНП участвуют ряд биологических маркеров. Биологические маркеры часто используются в качестве суррогатных точек оценки риска, тяжести и прогноза заболевания [Vasan R.S., 2006, P. Libby, 2009]. В ряде клинических исследованиях доказана неоспоримая роль матриксных металлопротеиназ в патогенезе дестабилизации атеросклеротической бляшки. Однако роль матриксных металлопротеиназ в прогрессировании коронарного атеросклероза изучена недостаточно. Цель исследования. Определить взаимосвязь матриксных металлопротеиназ (ММП) - 1,-3, и -9 с прогрессированием коронарного атеросклероза в течение года у больных после перенесенного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

В исследование последовательно включены 156 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST). Всем пациентам в первые сутки госпитализации выполнялась селективная коронароангиография (КАГ) на ангиографическом аппарате INNOVA 3100 (США). Первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) инфарктазависимой артерии стентами BMS (bare-metal stents) проведено 131 (75%) больному. Основные причины непроведения ЧКВ – характер поражения коронарного русла (многососудистое, диффузное, дистальное поражение). При поступлении в стационар и в динамике на 12 сутки от начала заболевания проводилось определение в сыворотке крови концентраций ММП-1, 3, 9 (пг/мл). Средний возраст пациентов в общей группе больных ИМпST составил 61 (33; 80) года. Из 156 больных - 109 пациентов мужского пола (69,9 %). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 8.0.

Результаты:

По результатам КАГ, проведенной в первые сутки госпитализации больным ИМпST, определено, что поражение бассейна одной КА со стенозами более 50% встречалось у 59 пациентов (37,8%); поражение бассейна 2х КА - у 50 больных (32,1%); поражение бассейна 3х КА - у 47 (30,1%) пациентов. При этом выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) между значениями концентраций ММП-9 у пациентов с одно- (1 сутки – 102,9 (23,3; 1625,0) пг/мл; 12 сутки – 96,3 (20,0; 1228,0) пг/мл), двух- (1 сутки -118,9 (21,4; 1263,0) пг/мл; 12 сутки – 106,6 (14,2; 1496,0) пг/мл) и трёхсосудистым (1 сутки – 135,0 (25,0; 1868,0) пг/мл; 12 сутки – 141,0 (47,2; 998,0) пг/мл) коронарным атеросклерозом как на первые, так и на 12 сутки течения ИМпST. По результатам годового этапа наблюдения определено, что повторная КАГ была проведена 86 пациентам. Из них 16 пациентам в последующем проведено плановое ЧКВ, двум пациентам ЧКВ проведено в рамках острого коронарного синдрома. По результатам КАГ пациенты были разделены 2 группы: 1 группа – с прогрессированием коронарного атеросклероза, включая рестеноз в стенке (23 пациента), 2 группа – без прогрессирования коронарного атеросклероза (63 пациентов). Выявлено, что в группе с прогрессирующим коронарным атеросклерозом отмечались достоверно более высокие показатели ММП-1, -3, и -9 на 12 сутки госпитализации по сравнению с аналогичными показателями группы без прогрессирующего коронарного атеросклероза. ММП-1- 2,4 (0,2; 24,0) vs 1,3 (0,3; 12,7) пг/мл ($p=0,02$); ММП-3 – 18,2 (4,2; 56,8) vs 14,8 (2,0; 67,0) пг/мл ($p=0,03$); ММП-9 – 100,9 (23,3; 1625,0) vs 141,0 (47,2; 998,0) пг/мл ($p=0,001$).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о важности роли матриксных металлопротеиназ -1, -3, и -9 в патогенезе прогрессирования коронарного атеросклероза у пациентов в течение года после перенесенного ИМпST.

ГАЛЕКТИН-3 В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.

ФЕДОРОВА Н.В., КАШТАЛАП В.В., БАРБАРАШ О.Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, КЕМЕРОВО, РОССИЯ

Материал и методы:

Обследовано 259 пациентов, поступивших с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. Из них 194 мужчин (74,9%). Средний возраст пациентов составил $58,7 \pm 0,6$ лет. У всех пациентов на 10-14-е сутки иммуноферментным методом был определен уровень галектина-3. Из них у 87 пациентов дополнительно был определен уровень данного маркера на первые сутки заболевания. Референсные значения данного показателя в сыворотке крови составляют 0,0-2,28 нг/мл.

Результаты:

При оценке уровня галектина-3 у больных ИМ выявлено, что на первые сутки заболевания его концентрация составляла 9,5 [3,3;11,9] нг/мл, что отличалось от «референсных» значений. При этом в динамике наблюдения на 10-14е сутки значения галектина-3 увеличивались – 15,6 [9,9;37,4] нг/мл ($p=0,003$). Анализируя анамнестические данные, выявлена тенденция ($p < 0,01$) к значимо более высоким уровням галектина-3 на 10-14 сутки заболевания у пациентов с АГ и у пациентов, перенесших ОНМК (15,5 [9,9;35,9] нг/мл vs 42,5 [25,4;57,1] нг/мл, $p=0,04$). Также отмечены более высокие уровни галектина-3 на 10-14е сутки заболевания у пациентов с сахарным диабетом (СД) в анамнезе (38,0 [20,6;48,4] нг/мл), в отличие от пациентов без него (13,4 [9,5;35,8] нг/мл, $p < 0,01$). Обращает на себя внимание повышение уровня изучаемого биомаркера на 10-14е сутки ОКС у пациентов, имеющих гиперхолестеринемию в анамнезе (35,6 [21,4;41,8] нг/мл, vs 11,4 [9,5;35,9] нг/мл $p=0,01$). Пациенты с отягощенной по ИБС наследственностью имеют значимо ($p=0,01$) более высокие уровни галектина-3 (35,7 [17,9;44,4] нг/мл), чем пациенты без таковой (12,7 [9,5;35,9] нг/мл). Отмечено, что на 10-14 сутки уровень галектина-3 был значимо ($p=0,03$) выше у пациентов с частотой сердечных сокращений (ЧСС) более 100 ударов в минуту при поступлении, как один из признаков тяжести ИМ и составил 35,6 [11,4;44,8] нг/мл, vs 15,0 [9,5;36,0] нг/мл у пациентов с ЧСС менее 100 ударов в минуту. Оценивая данные инструментальных обследований, отмечено, что на первые сутки заболевания уровень галектина-3 у пациентов с утолщенным комплексом интима-медиа (КИМ) составил 3,3 [3,1;9,9] нг/мл, что значимо ($p=0,01$) отличалось от пациентов с нормальным КИМ – 9,9 [3,7;11,9] нг/мл. При этом на 10-14 сутки отмечено повышение уровня галектина-3 у пациентов со сниженной фракцией выброса (ФВ) (45,2 [32,8;49,2] нг/мл), чем у пациентов с нормальной ФВ (10,9 [9,5;28,9] нг/мл, $p=0,01$). При проведении корреляционного анализа выявлена слабая положительная связь уровня галектина-3 на первые сутки с КИМ ($r=0,2$ $p=0,03$), уровнем креатинина ($r=0,2$ $p=0,02$). А также прямая зависимость изучаемого биомаркера на 10-14 сутки с уровнем триглицеридов ($r=0,23$ $p=0,01$) и обратная связь с ФВ ($r=-0,24$, $p=0,01$).

Заключение:

Показана возможность использования галектина-3 для оценки клинической тяжести пациентов с инфарктом миокарда.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ АПОПТОЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ЭФЕНДИЕВ А.М., МАМЕДОВА Ф.И.К.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ, БАКУ, АЗЕРБАЙДЖАН

Введение (цели/ задачи):

Апоптоз является основным патогенетическим фактором развития ишемической болезни сердца (ИБС), морфологические признаки которого проявляются в ответ на воздействие гипоксии, окислительного стресса, а также при развитии сердечной недостаточности. Целью данной работы было изучение основных маркеров апоптоза и выявление их взаимосвязи со специфическими биохимическими показателями при ИБС.

Материал и методы:

Исследована кровь 37 больных ИБС в возрасте 65-83 лет, из них 24 мужчин и 13 женщин. Контрольную группу составили 10 здоровых доноров. Все больные были разделены на 2 группы. В первую группу входили больные ИБС на фоне сахарного диабета (28 человек), во вторую группу - больные ИБС в сочетании с метаболическим синдромом (9 человек). Из биохимических показателей в плазме крови определены концентрации: общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), гликолизированного гемоглобина (HbA1c), аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Из маркеров апоптоза определены фас-рецептор (Fas-R), фас-лиганд (Fas-L) и аннексин V. Биохимические показатели определяли с использованием набора реактивов фирмы «Нитап» (Германия), а маркеры апоптоза - с помощью коммерческих наборов фирмы USCN Life Science Inc (Китай). Статистический анализ проводили с помощью параметрического критерия Уилкинсона (Манна-Уитни).

Результаты:

В первой группе наблюдалось увеличение HbA1c на 87%, ОХС на 74%, ЛПНП на 27%, АлАТ на 28%, АсАТ на 42%. Во второй группе отмечалось повышение HbA1c на 14%, ОХС на 104%, ЛПНП на 67%, АлАТ на 29,2%, АсАТ на 24%. Концентрация ЛПВП находилась в пределах нормы в обеих группах. Как показали исследования уровней маркеров апоптоза, в первой группе наблюдается более заметное повышение этих маркеров. Так, в первой группе уровень Fas-R составил $0,24 \pm 0,02$ нг/мл (в контрольной группе $0,21 \pm 0,001$ нг/мл). Во второй группе уровень Fas-R составил $0,21 \pm 0,003$ нг/мл. Концентрация Fas-L в первой группе составляла $0,72 \pm 0,03$ нг/мл (при норме $0,36 \pm 0,01$ нг/мл), во второй группе $0,48 \pm 0,01$ нг/мл. Концентрация аннексина в первой группе составила $11,73 \pm 1,17$ нг/мл (при норме $4,20 \pm 0,27$ нг/мл), во второй группе $8,76 \pm 0,41$ нг/мл.

Заключение:

Сравнение полученных данных дает основание предположить наличие прямой зависимости степени апоптоза от уровня холестерина и ЛПНП.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА АНТИТРОМБОЦИТАРНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ИБС

ГОНЧАРОВА И.И.

ВИННИЦКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНОЙ
ПАТОЛОГИИ, ВИННИЦА, УКРАИНА

Введение (цели/ задачи):

На сегодняшний день нет убедительных данных снижения кардиоваскулярной смерти у пациентов с острым коронарным синдромом на фоне антитромбоцитарной терапии. Зато имеет место увеличение числа больших кровотечений на фоне длительной двойной антитромбоцитарной терапии, что само по себе является дополнительным фактором риска смерти. Необходимы новые рекомендации относительно необходимости и длительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ОКС.

Материал и методы:

Обзор результатов исследования антитромбоцитарной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом за предыдущие 15 лет.

Результаты:

Исследования 80-х годов показали уменьшение числа реинфарктов миокарда (ИМ) у пациентов ИБС в течении последующего года после ИМ (2,1% против 7,4%, $p=0,0045$) при длительной терапии аспирином в сравнении с плацебо, но без влияния на кардиоваскулярную смерть (2,4% в группе аспирина и 2,1% - плацебо, $p=0,92$) (JAMIS, Am J Cardiol 1999;83:1308-1313). В исследовании AMIS - снижение реинфарктов на 28% в течении года после ИМ, но общая смертность через 3 года достоверно не различалась в группе аспирина и плацебо (9,6% и 8,8%), (JAMA 1980; 243:661-669.) Применение блокаторов АДФ рецепторов тромбоцитов в сравнении с аспирином дало дополнительное уменьшение числа реинфарктов также без достоверного снижения кардиоваскулярной смертности. Так в исследовании STAMI в группе тиклопидина в 2 раза меньшим было число не фатальных реинфарктов (1,1% против 2,4%, $p=0,049$), 6 месяцев наблюдения после ИМ, смертность составила 0,8% и 0,7%, $p=NS$) (J Am Coll Cardiol 2001;37:1259-1265). При сравнении монотерапии клопидогреля и монотерапия аспирина в исследовании CAPRIE у пациентов с ИБС, также нет различий в кардиоваскулярной смертности (1,5% - клопидогрель и 1,1% аспирин, NS) (Lancet 1997, Vol.349, 9048, p.354). На фоне комбинированной терапии клопидогрелем и аспирином на протяжении 12 месяцев после ОКС без подъема ST в исследовании CURE также нет снижения кардиоваскулярной смерти (5,1% и 5,5%, NS), показано только дополнительное снижение числа реинфарктов на 18% в сравнении с аспирином (5,2% против 6,7%, $p<0,001$) (CURE, N Engl J Med 2001, Vol.345, No7). После эндоваскулярных вмешательств комбинация клопидогреля с аспирином через 1 год после эндоваскулярных вмешательств снижала абсолютный риск комбинированной конечной точки (кардиоваскулярная смертность, реинфаркт и инсульт) на 3%, но и увеличивала риск кровотечений до 8,8%/год (CREDO, JAMA 2002;288:2411-2420). В исследовании ADAPT-DES уменьшение агрегации тромбоцитов на фоне клопидогреля снижало риск тромбоза стента, но увеличивало риск кровотечений до 6,2%, что напрямую коррелировало со смертностью, в итоге не было улучшения выживаемости на фоне 12 месячной терапии клопидогрелем и аспирином (Lancet 2013). Данные анализ большин-

ства исследований показали, что кровотечения увеличивали риск 30 дневной смертности в 5 раз и в 1,5 раз смертности в последующие 6 месяцев в том числе и от ишемических событий (Adverse Impact of Bleeding on Prognosis in Patients With Acute Coronary Syndromes, *Circulation*, 2006). Через год после ОКС в группе кровотечений смертность достоверно выше, чем у пациентов без эпизодов кровотечений (21,4% против 2,9%, $p=0,002$). (Eur Intervention 2012;8:672-678). По данным Antithrombotic Trialists Collaboration применение аспирина увеличивало риск кровотечений на 60% в сравнении с плацебо, (большие кровотечения на фоне аспирина в течении года - 1-1,8% (ASPECT-2, *Lancet* 2002;360:109-113), комбинация клопидогреля и аспирина увеличивала риск дополнительно на 38%, так в исследовании CURE большие кровотечения встречались в 3,7% на фоне комбинированной терапии и 2,7% в случае только аспирина (N Engl J Med 2001, Vol345, No7). Длительное применение ингибиторов проточной помпы (ИПП) снижает позитивное влияние клопидогреля на 33% в исследовании CREDO, и на 48% в исследовании CAPRIE (комбинированная конечная точка через год в подгруппе с ИПП 12% и 7% без, $p=0,002$). Impact of Proton Pump Inhibitor Therapy on the Efficacy of Clopidogrel in the CAPRIE and CREDO Trials. Steven P. Dunn, PharmD; Steven R. Steinhubl, MD; Deborah Bauer, MS; Richard J. Charnigo, PhD; Peter B. Berger, MD; Eric J. Topol, MD). Относительно тикагрелолола, то исследование DISPERSE-2 показало уменьшение числа ИМ в течении 12 недель после ОКС без подъёма ST в сравнении с клопидогрелем (3,6% и 4,6%), без влияния на кардиоваскулярную смерть (1,8% и 1,2%, NS) число больших кровотечений в обеих группах было высоким 7,8% и 8% (*Cardiovasc Ther* 2009; 27(4):259-74. В исследовании PLATO через год у пациентов после ОКС достигнуто снижение конечной комбинированной точки на 18% на фоне терапии тикагрелолом и аспирином в сравнении с клопидогрелем и аспирином, но число больших кровотечения составило 10%/год в обеих группах, число внутримозговых кровотечений увеличилось в 2 раза (PLATO, *Circulation* 2010;122:2131-2141). Применение празугреля у пациентов после ОКС (год наблюдения) показало 4-х кратное увеличение числа внутримозговых кровоизлияний и достоверное увеличение фатальных кровотечений (TRITON, N Engl J Med 2007;357:2001-2015). Что касается длительности двойной антитромбоцитарной терапии, то исследования PRODIGY 2010, EXCELLENT 2011, GRAVITAS 2011, REAL LATE показали, что нет преимуществ 12 месячной терапии перед терапией 6 месяцев в плане снижения конечной комбинированной точки, имеет место только увеличение числа больших кровотечений (*Am Heart J* 1010;160(5):804-11, *Am Coll of Cardiol* 2011). В исследовании HORIZONT-AMI показано, что через 6 месяцев и более после стентирования нет достоверной разницы в числе пациентов с нерегулярным приемом или отменой аспирина и тиенопиридинов между группами с тромбозом стента и без него (Eur Intervention 2013;8:1033-1039).

Заключение:

Необходим пересмотр рекомендаций по ведению пациентов с ОКС относительно двойной антитромбоцитарной терапии и ее длительности. Нет смысла в назначении двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с высоким риском кровотечений, тем более нет резона в совместном назначении ИПП клопидогреля и аспирина у данной категории больных, особенно на протяжении 12 месяцев.

СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

РАЗИН В.А., НИЗАМОВА Л.Т.,
ГИМАЕВ Р.Х., САПОЖНИКОВ А.Н.

ФГБОУ ВПО "Ульяновский государственный университет",
ГУЗ «Теренгульская центральная районная больница»

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — один из факторов повышенного риска протромботических осложнений. Несмотря на значительные успехи в ее лечении, уровень смертности от тяжелой ХСН превышает 60 % спустя 5 лет после постановки диагноза. Одной из частых причин смертности пациентов с ХСН являются тромботические осложнения. Цель. Изучение тромбоцитарного гемостаза у пациентов со сниженной систолической функцией на фоне антиагрегантной терапии ацетилсалициловой кислотой.

Материал и методы:

Обследовано 64 пациента с хронической сердечной недостаточностью, в среднем возрасте $60,2 \pm 4,5$ года. В зависимости от состояния систолической функции левого желудочка (ЛЖ) пациенты были разделены на 2 группы сопоставимых по полу и возрасту. В 1-ю группу вошли 65 пациентов с сохраненной систолической функцией ЛЖ, 2-ю группу составили 19 пациента со сниженной систолической функцией ЛЖ. Антиагрегантную терапию пациенты принимали регулярно - ацетилсалициловая кислота 75-100 мг/сут. Агрегация тромбоцитов определялась на фотоэлектроколориметре КФК-2МП (Россия). Всем пациентам проводилось ЭХО-кардиография для оценки насосной функции ЛЖ.

Результаты:

При сравнении агрегации тромбоцитов у пациентов с сохраненной и сниженной функцией левого желудочка было обнаружено, что у пациентов со сниженной систолической функцией ЛЖ на фоне приема антиагреганта ацетилсалициловой кислоты агрегация тромбоцитов статистически значимо выше (спонтанная и АДФ-индуцированная 5 мкМ). Так спонтанная агрегация тромбоцитов у пациентов с сохраненной насосной функцией ЛЖ - $1,63 \pm 0,35$ отн.ед, а со сниженной насосной функцией ЛЖ - $1,92 \pm 0,45$ отн.ед. ($p=0,0039$). АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов с 5 мкМ тромбоцитов у пациентов с сохраненной насосной функцией ЛЖ - $23,88 \pm 7,49\%$, а со сниженной насосной функцией ЛЖ - $30,79 \pm 8,63\%$. ($p=0,001$). АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов с 0,1 и 1 мкМ АДФ была в группах сопоставима.

Заключение:

Таким образом, у пациентов с увеличением тяжести ХСН отмечается более низкая эффективность антиагрегантной терапии.

ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

Чиликина Ю.М., Садыкова Д.И.,
Сергеева Е.В., Афлятумова Г.Н.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России,
ГАУЗ ДРКБ, Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить характер изменений содержания сердечного белка связывающего жирные кислоты (сБСЖК) у детей с аритмиями.

Материал и методы:

В исследование включено 100 пациентов с нарушением сердечного ритма и проводимости (61 мальчик и 39 девочек) в возрасте от 3 до 17 лет. Контрольная группа составила 21 здоровый ребенок. Было проведено анкетирование, клиническое и лабораторное обследование, электрокардиография, холтеровское мониторирование, эхокардиоскопия и определение вегетативного статуса. Дети были распределены на 5 групп по нозологическим формам: 1 группа – здоровые дети (21 человек), 2 группа - суправентрикулярные аритмии (31 пациент), 3 группа - желудочковые аритмии (23 пациента), 4 группа - атриовентрикулярная блокада (13 пациентов), 5 группа - синдром слабости синусового узла (12 пациентов). Определение сердечного белка связывающего жирные кислоты проводили методом одностадийного твердофазного иммуноферментного анализа с применением двух типов моноклональных антител к антигену БСЖК. Нормальные концентрации БСЖК составляют от 0 до 1 нг/мл (ЗАО Вектор-Бест, г. Новосибирск).

Результаты:

Показатели у здоровых детей составили от 0,015 до 0,3 нг/мл, среднее значение - 0,133 нг/мл. У 2 группы показатели составили от 0,01 до 1 нг/мл, среднее значение 0,25 нг/мл. У 3 группы показатели составили от 0,062 до 0,5 нг/мл, среднее значение 0,24 нг/мл. У 4 группы показатели составили от 0,04 до 0,3 нг/мл, среднее значение 0,168 нг/мл. У 5 группы показатели составили от 0,042 до 0,5 нг/мл, среднее значение 0,257 нг/мл.

Заключение:

Показатели БСЖК были достоверно выше, по сравнению со здоровыми детьми у пациентов с суправентрикулярными аритмиями ($p=0,007$), с желудочковыми аритмиями ($p=0,0003$), у пациентов с синдромом слабости синусового узла ($p=0,021$). Результаты анализа могут являться дополнительным критерием для выбора метода лечения. Полученные данные могут служить основанием для дополнения схем медикаментозной терапии лекарственными средствами обладающими противовоспалительным действием.

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ В РАЗВИТИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Сергеева Е.В., Садыкова Д.И.,
Чиликина Ю.М., Афлятумова Г.Н.

ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздрава РФ,
Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Установить роль оксида азота и его метаболитов в формировании артериальной гипертензии (АГ) у детей и подростков с высоким уровнем факторов риска.

Материал и методы:

В исследование включено 90 детей в возрасте от 14 до 17 лет, из них 70 пациентов с повышением давления и 20 здоровых детей. Диагностику АГ осуществляли с учетом последних рекомендаций (Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике АГ у детей и подростков, 2011г.). По результатам суточного мониторирования артериального давления дети с повышением артериального давления были разделены на три группы: феномен «гипертонии белого халата» - 20 пациентов (ФГБХ), лабильная форма АГ (ЛАГ) - 20 пациентов и стабильная форма АГ (САГ) - 30 пациентов. Дети были разделены на четыре группы по результатам оценки уровня отягощенности факторами риска: без отягощенности факторами риска - 0-1 фактор риска, низкий уровень отягощенности факторами риска - 2-5 факторов риска, средний уровень отягощенности факторами риска - 6-7 факторов риска и высокий уровень отягощенности факторами риска - 8 и более. Для оценки функции эндотелия детям со стабильной формой АГ было проведено определение стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты:

В группе детей с ФГБХ наблюдалось наименьшее количество выявленных факторов риска - 5. У детей со САГ выявлено наибольшее количество факторов риска - 12. Наиболее высокая концентрация факторов риска была установлена среди детей и подростков с ЛАГ (65%) и САГ (83%). У пациентов со САГ по сравнению со здоровыми детьми выявлено снижение в крови уровня стабильных метаболита оксида азота ($p<0,01$), при этом у пациентов с высокой отягощенностью факторами риска отмечены наиболее низкие показатели. Они были достоверно ниже у детей с наличием высокого уровня факторов риска по сравнению с детьми, не имеющими факторов риска.

Заключение:

Высокий уровень факторов риска у пациентов со стабильной формой артериальной гипертензии способствует усугублению течения дисфункции эндотелия.

ВОЗМОЖНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЯ ЖИРНО-КИСЛОТНОГО СПЕКТРА МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Меркулова И.О., Лизогуб В.Г.,
Богдан Т.В., Артемчук О.А.

Национальный медицинский университет
имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

Введение (цели/ задачи):

Нарушения липидного обмена – это основной фактор развития ишемической болезни сердца (ИБС). Доказано, что жирно-кислотный спектр (ЖКС) мембран эритроцитов крови и кардиомиоцитов имеют высокую корреляционную связь. От ЖКС липидов зависят их основные физико-химические свойства.

Материал и методы:

Методом газожидкостной хроматографии было обследовано 10 практически здоровых пациентов (контрольная группа – КГ), 18 больных с ИБС: стенокардией напряжения IIФК (1 группа), 59 больных ИБС с фибрилляцией предсердий (ФП), которые составили 2 группу.

Результаты:

В 1-й группе больных в мембранах эритроцитов по сравнению с КГ выявлено достоверное повышение относительного



ПОЧУВСТВУЙ БУДУЩЕЕ. НАЧНИ СЕЙЧАС

Новый взгляд на антиагреганты

 **БРИЛИНТА®**
тикагрелор таблетки

Информация для работников здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению.

содержания миристиновой кислоты на 40,83% и снижение относительного содержания линоленовой кислоты на 27,5%, а также появляются пентадеканова и маргариновая ЖК, которые отсутствуют у лиц КГ. Во 2-й группе пациентов по сравнению с 1-й наблюдается достоверное снижение относительного содержания миристиновой кислоты на 53,75%, линолевой кислоты - на 35,57%, арахидоновой кислоты - на 87,9%; повышение относительного содержания пентадекановой кислоты на 71,43%, маргариновой кислоты на - 147,62%, стеариновой кислоты - на 18,39%, олеиновой кислоты - на 17,43%, линоленовой кислоты - на 144,83%. Еще во второй группе по сравнению с первой выявляется снижение относительного содержания суммы насыщенных жирных кислот (НЖК) на 32,81% и суммы полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на 58,99%.

Заключение:

ЖКС мембран эритроцитов у больных ИБС без ФП характеризуется повышением относительного содержания НЖК. ЖКС мембран эритроцитов у больных ИБС с ФП по сравнению с больными ИБС без ФП характеризуется более выраженным дисбалансом со снижением относительного содержания суммы НЖК и ПНЖК.

ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МЕТОДОМ СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Науменко Е.П., Адзериho И.Э., Коротаев А.В.К.

ГУ "Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека", УО "Белорусская медицинская академия последипломного образования"

Введение (цели/ задачи):

Внедрение новых неинвазивных методов исследования в диагностику ранних структурно-функциональных изменений сердца у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца чрезвычайно актуально, для назначения своевременных лечебных и профилактических мероприятий.

Материал и методы:

В исследование включено 90 пациентов в возрасте от 50 до 60 лет, медиана 57 лет. Все пациенты были разделены на две группы. В первой группе 40 пациентов с СД 2 типа, во второй группе 50 пациентов с ИБС в сочетании с СД 2 типа. Пациенты двух групп были сопоставимы по полу, возрасту и основным факторам риска. В процессе обследования всем пациентам проводили: сбор анамнеза, клинико-лабораторные исследования, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ) по стандартной методике, спекл-трекинг эхокардиографии (СТ Эхо КГ). ЭхоКГ исследование проводилось трансторакально на ультразвуковом сканере VIVID 9 фирмы General Electric (США) использованием датчика 3,5 МГц. В четырехкамерной позиции из апикального доступа измеряли фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по методу дисков (Simpson). После стандартной Эхо-КГ выполнена оценка продольной глобальной систолической деформации (ПГСД) миокарда при помощи СТ Эхо КГ с использованием программы обработки изображений AFI (Automated

functional imaging). Статистическая обработка проведена с использованием электронной таблицы Microsoft Excel 2007 и пакета статистических программ Statistica v.8. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Для определения диагностической ценности параметров применен ROC-анализ, реализованный в программе MedCalc v.12.7.7.

Результаты:

При анализе величины ФВ ЛЖ в исследуемых группах установлено достоверное различие ($p < 0,05$). ФВ составила: у пациентов с СД 2 типа от 63% до 71%, медиана 66%, у пациентов с ИБС и СД 2 типа от 56% до 68%, медиана 61%. Показатели ПГСД миокарда в группах сравнения статистически значимо отличались ($p < 0,05$) и составили соответственно по группам 16,4% (13,7;18,5) и 8,6% (6,2;11,7). При помощи ROC-анализ мы определили диагностическую значимость показателей ФВ% и ПГСД. Были определены следующие критерии (пороговые значения) для выявления пациентов с нарушениями глобальной систолической функции: $ФВ \leq 62\%$, чувствительность 59% (95% ДИ 44-72), специфичность 81% (95% ДИ 64-92); ПГСД миокарда $\leq 11,8\%$, чувствительность 78% (95% ДИ 64- 89), специфичность 83% (95% ДИ 67- 94). Анализ площадей: для ФВ площадь AUROC-0,702 (95% ДИ 0,595-796), ПГСД миокарда AUROC-0,864 (95% ДИ 0,774-0,928), что свидетельствует о большей диагностической точности показателя ПГСД миокарда.

Заключение:

Показатель глобальной систолической деформации миокарда обладает хорошими (AUROC 0,864) прогностическими качествами в оценке глобальной систолической функции левого желудочка у данной категории пациентов.

ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Бхаттарай Р., Сайганов С.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение (цели/ задачи):

Уточнить механизмы развития и прогностическое значение фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы:

В исследование были включены 52 больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФФП) на фоне острого инфаркта миокарда нижней стенки (НИМ) и передней стенки (ПИМ) ЛЖ. Для диагностики ОИМ использовали критерии в соответствии с национальными рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению ОИМ. ЭхоКГ показатели: размеры полостей сердца, диастолическая функция по трансмитральному кровотоку в импульсном доплеровском режиме, глобальная и локальная сократимость, фракция выброса (ФВ), индекс локальной сократимости (ИЛС). Сравнение ЭхоКГ на 1ые, 3ие и 15ые сутки. В течение 3-х суток от момента начала заболевания выполнялась коронарная ангиография (КАГ). Статическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 8.

Результаты:

Включены 52 пациентов с верифицированным диагнозом ПФФП во время ОИМ, из них 33 мужчины и 19 женщин средний возраст $67 \pm 12,6$ лет. Больные были разделены на 2 группы с ПФП во время ПИМ и НИМ. Развитие ФП наблюдалось 55,7% с НИМ и 44,2% с ПИМ. С НИМ синусовый ритм был восстановлен спонтанно 34,4% случаев, медикаментозно 58,6% и с помощью электрокардиоверсией 6,9% случаев. При ПИМ спонтанного восстановления синусового ритма не произошло. ПФФП был купирован медикаментозно у 78,2% и с электрокардиоверсией-21,7%. ФП возникает на 1ые сутки ОИМ с НИМ и длительность приступов очень короткая. С ПИМ ФП возникают на 2ые-3ие сутки ОИМ и продолжительнее ($p < 0,05$).

Заключение:

ПИМ ПФФП развивается на более поздние сроки в связи с электрическим и структурным ремоделированием ЛП в связи с повышением давления наполнения на фоне нарушения сократительной способности ЛЖ. У больных с ним фп развивается более ранние сроке вероятно острые ишемия ПП, на фоне острые ишемия ПКА. Или по причине из за длинных преавтоматически паузы на фоне синусовой брадикардий. ФП наиболее неблагоприятные с ПИМ так как повышается риск летальности. ФП с повышении гемодинамический нагрузки ЛЖ после восстановление синусово ритма нарушения функции ЛП характерно для больных с ПИМ.

ВЛИЯНИЕ ДИНАМИКИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Спирякина Я.Г., Чукаева И.И.,
Орлова Н.В., Грибанов В.П.

ГБОУ ВПО Российский национальный
исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница
№13 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Материал и методы:

Обследованы 58 пациентов с Q-образующим инфарктом миокарда (ИМ). Группа сравнения - 40 пациентов со стабильным течением ишемической болезни сердца. Средний возраст - 66,1 лет. С-реактивный белок (СРБ) фиксировали с помощью латексного экспресс-теста. Количественное измерение СРБ производили титрованием. Цитокины определяли на 1, 7, 14, 21 сутки ИМ методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты:

У больных с осложненным ИМ концентрации СРБ ($25,16 \pm 3,10$ vs $15,43 \pm 3,38$ мг/л, $p < 0,05$), интерферона- γ (ИНФ- γ) ($49,86 \pm 2,95$ vs $41,91 \pm 2,39$ пг/мл, $p < 0,05$), интерлейкина (ИЛ)-6 ($109,71 \pm 3,4$ vs $80,95 \pm 4,48$ пг/мл, $p < 0,001$), ИЛ-8 ($40,25 \pm 2,26$ vs $20,28 \pm 2,42$ пг/мл, $p < 0,001$) и ИЛ-10 ($11,82 \pm 5,56$ vs $1,09 \pm 1,79$ пг/мл, $p < 0,05$) были выше, чем при неосложненном. У пациентов, умерших в остром периоде ИМ, уровни ИНФ- γ ($27,14 \pm 0,01$ vs $48,72 \pm 2,84$ пг/мл, $p < 0,001$) и ИЛ-6 ($13,24 \pm 0,5$ vs $107,12 \pm 3,44$ пг/мл, $p < 0,001$) ниже по сравнению с выжившими. СРБ, ИЛ-4, -8 у больных, умерших или перенесших повторный ИМ в течение года, повышается с 1 суток; ИЛ-6 - с 7 суток ($140,2+3,16$ vs $114,59+2,47$ пг/мл, $p < 0,001$). В 1 сутки ИЛ-6

у этих больных достоверно ниже ($58,41 \pm 2,63$ vs $136,53 \pm 2,77$ пг/мл, $p < 0,001$). Концентрация ИНФ- γ оказалась выше у больных с ИМ в течение года ($69,15 \pm 1,54$ vs $34,25 \pm 2,29$ пг/мл, $p < 0,001$) и практически в 1,5 раза ниже при летальном исходе в течение года ($32,41 \pm 0,5$ vs $48,16 \pm 2,83$ пг/мл, $p < 0,05$).

Заключение:

При осложненном ИМ уровни СРБ, ИЛ-6, ИНФ- γ , ИЛ-8 и ИЛ-10 значительно выше, чем при неосложненном ИМ. Значительное повышение концентраций СРБ, ИЛ-4, -8 при ИМ с 1 суток и ИЛ-6 с 7 суток характерно для больных с неблагоприятным отдаленным исходом (повторный ИМ, смерть). Чрезмерно низкие значения ИНФ- γ и ИЛ-6 в первые сутки ИМ ассоциированы с неблагоприятным ближайшим и отдаленным исходами, вплоть до летального.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИМПST ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Романовская Е.М., Цибикина О.С.,
Махамат Й.К., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный
университет", Пенза, Россия

Введение (цели/ задачи):

Выявить зависимость показателей глобальной деформации миокарда левого желудочка у больных ИМnST от эффективности реперфузионной терапии по шкале TIMI.

Материал и методы:

В исследование была включена 1 группа (16 пациентов с ИМnST) в возрасте от 30 до 60 лет ($47,56 \pm 9,9$ лет) и контрольная 2 группа (20 здоровых добровольцев) в возрасте от 30 до 58 лет ($52,2 \pm 9,4$ лет). Критериями включения в 1 группу было отсутствие в анамнезе патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Инфаркт миокарда подтверждали по данным ЭКГ, уровню кардиоспецифических маркеров некроза миокарда и результатам коронароангиографии при наличии одной инфаркт-связанной артерии. Эхокардиографическое обследование с использованием программного обеспечения X-Strain™ проводили на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия) на 6 - 7 день от начала заболевания.

Результаты:

В ходе исследования 1 группа была разделена на 2 подгруппы по шкале TIMI: в подгруппу 1а (56%) вошли пациенты с хорошим ангиографическим результатом (TIMI 2-3), в подгруппу 1б (44%) – с неудовлетворительным (TIMI 0-1). В подгруппе 1а после проведенной реперфузии отмечалось снижение GLS и GCS на 6% и 15% ($p=0,01$), а в подгруппе 1б на 51% ($p=0,01$) и 36% соответственно, при сопоставлении с контрольными данными. Показатели GRS при TIMI 2-3 на 17% превышали значения 2 группы; при TIMI 0-1 были ниже на 23% ($p=0,001$).

Заключение:

Характеристики глобальной деформации миокарда у больных ИМnST после реперфузионной терапии во многом зависят от ее эффективности по шкале TIMI. При TIMI 0-1 в наибольшей степени страдают GLS и GCS; при TIMI 2-3 отмечается увеличение GRS по сравнению с контрольными значениями.

ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ ST

Шиготарова Е.А., Кулюцин А.В., Олейников В.Э.

ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко», ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", Пенза, Россия

Материал и методы:

Объектом исследования явились 56 пациентов, госпитализированных в течение первых 24 часов от момента развития STEMI, которым выполнена успешная по ЭКГ-критериям тромболитическая терапия (ТЛТ). Критерием эффективной ТЛТ являлось снижение амплитуды элевации ST на 50% и более от исходного уровня в отведении с максимальной элевацией через 3 часа от момента ее начала. Всем больным проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ с использованием комплекса «Астрокард® - Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия) с анализом динамики сегмента ST по 12-ти отведениям в режиме on line.

Результаты:

В исследование включено 17 больных, у которых по данным телеметрии были зарегистрированы эпизоды реэлевации сегмента ST. Эпизодом реэлевации сегмента ST считали появление переходящего подъема сегмента ST в инфаркт-связанных отведениях амплитудой 0,1 мВ и более, продолжительностью не менее 1 мин. Установлено, что в среднем за 2,4 (1,5; 2,9) часа телеметрического мониторинга у больных регистрировалось 3 (2;6) эпизода переходящей элевации сегмента ST, продолжительностью $18 \pm 3,5$ мин. Анализ клинической картины, сопровождавшей реэлевацию сегмента ST, позволил выделить преимущественно безболевого характер данного электрокардиографического феномена (82,4%). Только у 3 пациентов (17,6%) переходящая элевация сегмента ST сопровождалась клинической картиной типичного ангинозного приступа ($p=0,05$).

Заключение:

Безболевые эпизоды реэлевации сегмента ST могут быть своевременно выявлены только при телеметрическом ЭКГ-мониторинге. Дальнейшие исследования в этом направлении с разработкой программного обеспечения для высоко достоверной диагностики рецидивов ишемии в режиме реального времени, заслуживают серьезного внимания.

ДИАГНОСТИКА РЕТРОМБОЗА ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ STEMI

Олейников В.Э., Кулюцин А.В., Шиготарова Е.А.

ФГБОУ ВПО "Пензенский государственный университет", ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко», Пенза, Россия

Материал и методы:

В исследование включено 56 пациентов обоего пола со STEMI, которым выполнена эффективная по ЭКГ-критериям тромболитическая терапия (ТЛТ). Всем больным проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ «Астрокард® - Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия) с автоматическим анализом динамики сегмента ST по 12-ти отведениям с последующей врачебной верификацией. Эпизодом реэлевации сегмента ST считали появление переходящего подъема сегмента ST в инфаркт-связанных отведениях амплитудой 0,1 мВ и более,

продолжительностью не менее 1 мин. Всем пациентам в интервале от 3 до 24 часов после окончания системной ТЛТ выполняли селективную коронарографию (КАГ) с оценкой степени восстановления коронарного кровотока.

Результаты:

Пациенты были разделены на 2 группы по наличию или отсутствию эпизодов реэлевации сегмента ST. В группу 1 включено 39 человек (69,6%), у которых не регистрировалось новых отклонений сегмента ST. По данным КАГ у 35 пациентов этой группы (89,7%) признаков острого тромбоза коронарных артерий не выявлено, визуализировалась нестабильная атеросклеротическая бляшка. У 4 больных (10,3%) диагностирована тромботическая окклюзия инфаркт-связанной артерии. Во 2 группу вошли 17 пациентов (30,4%) с зарегистрированными эпизодами реэлевации сегмента ST. За 2,4(1,5; 2,9) часа мониторинга регистрировалось 3(2;6) эпизода переходящей элевации сегмента ST, продолжительностью $18 \pm 3,5$ мин. По данным КАГ у 94,1% пациентов этой группы обнаружены признаки тромбоза инфаркт-связанной коронарной артерии. Таким образом, частота ретромбоза в группе 2 достоверно превалировала в сравнении с пациентами группы 1 ($p=0,0003$). Метод обладает высокой чувствительностью (80%) и специфичностью (97,2%).

Заключение:

Преходящая реэлевация сегмента ST на 1 мм и более является достоверным диагностическим критерием развивающегося ретромбоза коронарной артерии после эффективной ТЛТ и позволяет идентифицировать группу пациентов, которым показано проведение экстренного чрескожного коронарного вмешательства.

ПРЕДИКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

Савельева Т.В., Пименов Л.Т.,

Ежов А.В., Эшмаков С.В.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, кафедра ВОП и внутренних болезней, Ижевск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: выявить некоторые предикторы внезапной сердечной смерти (ВСС) у больных с вирусными и алкогольными циррозами печени (ЦП).

Материал и методы:

Обследовано 50 пациентов в возрасте 37-60 лет с ЦП по Child-Pugh классов В и С без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии: 27 больных с ЦП вирусной этиологии - 1-я группа и 23 пациента с алкогольным ЦП - 2-я группа. Проводились оценка ЭКГ и суточного мониторирования (СМ) ЭКГ.

Результаты:

Синусовая брадикардия определялась у 10 (37%) пациентов 1 группы и у 9 (39,1%) больных 2 группы; синусовая тахикардия - у 5 (18,5%) и 11 (47,8%) обследованных ($p<0,05$), желудочковая экстрасистолия - у 7 (25,9%) и 12 (52,2%) пациентов соответственно ($p<0,05$). Нарушения процессов реполяризации были зарегистрированы у 8 (29,6%) больных 1 группы и у 15 (65,2%) пациентов 2 группы. Удлинение скорректированного интервала QT определялось у 4 (14,8%) пациентов 1 группы и у 8 (34,8%) пациентов 2 группы ($p<0,05$), увеличенная дисперсия интервала QT - у 2 (5,4%) и 4 (17,4%) боль-

ных соответственно ($p < 0,05$). Согласно данным СМ ЭКГ ЧСС днем и ночью была достоверно выше у пациентов 2 группы. Патологическое число наджелудочковых экстрасистол регистрировалось у 7 (25,9%) пациентов 1 группы и у 14 (61%) больных 2 группы, желудочковых экстрасистол – у 4 (14,8%) и 13 (56,5%) пациентов соответственно ($p < 0,01$). Алгоритмы в виде би- и тригеминии – у 3 (13%) пациентов 2 группы. Пробежки желудочковой тахикардии были зафиксированы у 6 (26,1%) пациентов этой же группы. Удлинение скорректированного интервала QT определялось у трети больных с алкогольным циррозом печени. Нарушения проводимости в виде преходящей атриовентрикулярной блокады 1-2 степени были зарегистрированы у 4 (14,8%) и 7 (30,4%) больных 1 и 2 групп соответственно. Снижение вариабельности сердечного ритма определялось у 7 (25,9%) пациентов 1 группы и у 16 (69,6%) больных 2 группы ($p < 0,01$).

Заключение:

У больных с ЦП преимущественно алкогольной этиологии выявлены предикторы ВСС в виде желудочковых тахикардий, удлинения скорректированного интервала QT и увеличения его дисперсии, снижения вариабельности сердечного ритма.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН

КАЗИЕВА З.А., НИКОЛАЕВА И.Е.,
БУЗАЕВ И.В., ГАРЕЕВА Л.Н.

ГБУЗ РКЦ, Уфа, Россия

Материал и методы:

Ретроспективно была проанализирована 51 медицинская карта женщин, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Критерии отбора для исследования: наличие типичного болевого синдрома и подъем сегмента ST на электрокардиограмме более 1 мм в 2 и более отведениях. Группу сравнения составили 186 пациентов мужского пола, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST за этот же период. Всем пациентам была проведена коронароангиография в первые 2 часа от поступления в стационар. Все больные с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST были разделены на две группы. Первая группа – крупноочаговый инфаркт миокарда (наличие локальных нарушений сократимости по данным эхокардиографического исследования, снижение амплитуды зубца r, наличие патологического зубца Q по данным электрокардиографии). Вторая группа – мелкоочаговый инфаркт миокарда (без указанных изменений). Диагноз сахарного диабета устанавливался у больных на основании повышения глюкозы крови натощак $> 6,1$ ммоль/л, или после нагрузочной пробы с глюкозой через 2 часа $> 11,1$ ммоль/л, или случайного определения гликемии в любое время вне зависимости от приема пищи $> 11,1$ ммоль/л, или диагноз был установлен ранее. Статистическая обработка проводилась с помощью t-критерия Стьюдента, углового преобразования Фишера.

Результаты:

Большинство женщин, поступивших с диагнозом острый коронарный синдром, имели возраст старше 50 лет. Госпитальная летальность у женщин с острым коронарным синдромом была выше, чем у мужчин. Женщины с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST по сравнению

с мужчинами гораздо чаще страдали сахарным диабетом. В 92,5% случаев острым коронарным синдромом с подъемом сегмента у женщин развился крупноочаговый инфаркт миокарда, и лишь в 4,8% случаев развивался мелкоочаговый инфаркт миокарда. В тоже время у мужчин в 68,5% случаев развился крупноочаговый инфаркт миокарда, а в 31,5% случаев – мелкоочаговый инфаркт миокарда. По данным коронароангиографии в 30% случаев у женщин выявлено множественное поражение коронарных артерий (наличие атеросклеротических бляшек в 3 и более артериях).

Заключение:

Женщины, поступившие с диагнозом острый коронарный синдром за период 2013-2014 годы, составляют 21,5% от общего числа пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, средний возраст женщин ($64,95 \pm 1,91$ лет) статистически значимо превышает средний возраст мужчин ($54,9 \pm 1,9$ лет) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Летальность у больных с острым коронарным синдромом женского пола статистически значимо превышает таковую у мужчин (11,7% и 2,4% соответственно). В большинстве случаев у больных с острым коронарным синдромом женского пола развивался крупноочаговый инфаркт миокарда (95,2%), по сравнению с больными мужского пола (68,5%). У женщин с острым коронарным синдромом чаще, чем у мужчин, диагностируется сахарный диабет (29,4% и 6,7% соответственно).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ТЕЛЕ-АЛЬТОН» С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И СВОЕВРЕМЕННОГО ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.

КАЗИЕВА З.А., НИКОЛАЕВА И.Е.,
ХОМЯКОВА Н.Г., ГАРЕЕВА Л.Н.

ГБУЗ РКЦ, Уфа, Россия

Материал и методы:

С 5 августа 2010 года в условиях приемного отделения введен в действие аппаратно-программный комплекс «Теле-Альтон» для регистрации, хранения и передачи электрокардиограмм (ЭКГ) из районов Республики Башкортостан. Исходя из критериев удаленности от г. Уфы, ресурсных условий, отобрано десять районов (Иглинский, Кармаскалинский, Чишминский, Кушнаренковский, Языковский, Толбазинский, Архангельский, Белорецкий, Караидельский, Салаватский), где установлены аппаратно-программные комплексы для дистанционной передачи ЭКГ с целью раннего выявления больных с острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST. Критерии отбора больных: наличие типичного болевого синдрома, подъем сегмента ST на более 1 мм на ЭКГ в 2 и более отведениях.

Результаты:

В условиях приемного покоя ГУЗ РКЦ врач приемного покоя или дежурный врач по телефону «Теле-Альтон» принимает ЭКГ, анализирует и принимает решение о госпитализации для оказания высокотехнологичной помощи больным с ОКС с подъемом сегмента ST. Всем госпитализированным в РКЦ проведено коронароангиографическое исследование в течение 1 часа от момента поступления в стационар. По результатам анализа ЭКГ выявлены признаки острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST в 24 случаях, что состав-

ляет 6% от общего количества принятых ЭКГ. Госпитализированы в ГУЗ РКЦ с ОКС 15 пациентов из отдаленных районов РБ, что составляет 62,5% от всех случаев ОКС, остальные 9 пациентов по каким либо причинам не доставлены в РКЦ. Все пациенты доставлены в РКЦ в течение 3 часов от начала заболевания. До 2 часов от начала заболевания госпитализировано 79% пациентов, до 3 часов – 21 %. У всех пациентов развился крупноочаговый инфаркт миокарда. По локализации: трансмуральный передний - 6 человек, трансмуральный нижний - 7 человек, повторный инфаркт миокарда - 2 человека, что составляет 40%, 46,7% и 13,3% соответственно. Из 15 пациентов 2 пациентам проведена только системная тромболитическая терапия - 13,3%, баллонная ангиопластика - 1 пациенту - 6,6%, ЧКВ, стентирование КА - 12 пациентам - 80%, из них комбинированная тромболитическая терапия - 3 пациентам (20% из всех взятых на ЧКВ).

Заключение:

Введенный в действие аппаратно - программный комплекс «Теле-Альтон» позволяет своевременного выявлять больных с острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST из отдаленных районов республики Башкортостан, что повышает качество и доступность оказания высокотехнологичной медицинской помощи сельскому населению Республики Башкортостан. 2. Отлаженное взаимодействие со станцией скорой медицинской помощи обеспечивает раннюю доставку данной категории пациентов в кардиологический центр. 3. С целью повышения эффективности работы системы Теле-Альтон необходимо осуществлять ежемесячный количественный и качественный анализ данных ЭКГ, для выявления неэффективного использования методики в отдельных сельских районах. 4. С внедрением методики отмечен значительный рост госпитализации сельского населения с острым коронарным синдромом и своевременное оказание данной категории населения высокотехнологичной медицинской помощи. 5. Дальнейшее внедрение методов дистанционного анализа ЭКГ позволит приблизить доступность медицинской помощи любому жителю городов и районов РБ.

СПАЗМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ВО ВРЕМЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОРОНАРОГРАФИИ, И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА.

Бикташев Р.М., Плечев В.В., Николаева И.Е., Крохалев А.Н., Бузаев И.В., Рисберг Р.Ю.

ГБУЗ РКЦ, БГМУ, Уфа, Россия ГАУЗ Нижнекамское центральная районная многопрофильная больница, Нижнекамск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Разработать, оценить эффективность и внедрить способ профилактики коронароспазма во время чрескожного коронарного вмешательства.

Материал и методы:

Проанализированы результаты 132 эндоваскулярных вмешательств, проведенных в клинике ГБУЗ РКЦ за 2012-2014 гг., с применением усовершенствованного метода блокады парааортального и кардиального симпатических сплетений. У всех 134 больных (37 женщин и 97 мужчин) парааортальная симпатическая блокада применена на первом этапе процедуры чрескожного коронарного вмешательства (основная группа). Для оценки эффектив-

ности способа использовали группу пациентов (группу сравнения), которой проводили чрескожное коронарное вмешательство по стандартной методике, куда включено 108 больных (74 мужчины и 34 женщины). Группа сравнения была сходной по наличию факторов риска чрескожного коронарного вмешательства и не имела статистически значимых различий с основной группой по этим факторам. До проведения ЧКВ использовались стандартизированные оригинальные методики вызывания дермографизма на кожи груди или живота. По отклонению времени или сохранения того или иного дермографизма говорили о симпатикотомии, либо ваготонии. Средний возраст больных составлял $59 \pm 2,5$ лет. Среди обследованных больных мужчин было 92 % загрудинного пространства в виде кровотечений или повреждения органов средостения, требовавших дополнительного лечения не выявлено, что свидетельствует о безопасности метода.

Результаты:

В группе сравнения болевой синдром наблюдался в 34 случаях (условно 32 %), из них в 29 случаях (85 %) отмечена повышенная активность СНС; зарегистрированные на мониторе желудочковые нарушения ритма сердца, включая желудочковые экстрасистолы в 11 (условно 10 %), из них в 4 случаях (36%) отмечена повышенная активность СНС; спазмы коронарных артерий в 69 случаях (условно 62 %), из них в 56 случаях (81 %) отмечена повышенная активность СНС. В основной группе реже наблюдались: болевой синдром в 19 случаях (условно 15 %), из них в 6 случаях (25%) отмечена повышенная активность СНС; желудочковые нарушения ритма сердца, включая желудочковые экстрасистолы в 5 (условно 4 %), из них в 2 случаях (40%) отмечена повышенная активность СНС. При анализе полученных данных отмечено снижение количества нежелательных явлений при проведении ЧКВ, предположительно за счет пациентов с выраженным фоном симпатической нервной системы.

Заключение:

Таким образом, приведенные сведения свидетельствует о безопасности нового способа, схожести в эффективности в сравнении с известными методиками, что дает нам возможность применять его превентивно перед чрескожным коронарным вмешательством с целью улучшения его объективности, и во время этой процедуры с целью профилактики осложнений. Проведение симпатической парааортальной блокады для предупреждения осложнений во время ЧКВ наиболее обосновано пациентам с повышенным симпатическим тонусом. Также отмечена целесообразность проведения оценки статуса СНС в предоперационном периоде. с целью уточнения показаний для данной процедуры.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гусева С.Л., Зорина Е.В.

ГБУЗ СО "Самарская городская поликлиника №6 Промышленного района", Самара, Россия

Введение (цели/ задачи):

У 30-35% пациентов, страдающих посттромбофлебитической болезнью глубоких вен голени (ПТФБ), в первые 5 лет от момента диагностирования заболевания возникает острый коронарный синдром (ОКС).

Материал и методы:

Обследовано 182 больных с ОКС. У 121 из них ОКС сочеталась с ПТФБ. Проводили комплексную оценку системы гемостаза (16 показателей) при возникновении ОКС и на 14-15 дни от начала лечения.

Результаты:

При нарастании клинических проявлений ПТФБ у 91 пациента возникал ОКС (в 2 случаях с подъемом ST). При исследовании гемостазиограммы были выявлены изменения ее показателей: умеренное снижение количества тромбоцитов у 42 (46,2%) больных и блокада их функции продуктами деградации фибрина/фибриногена, что проявлялось их гипоагрегацией в 66 (72,5%) случаях наблюдений, вызванной тромбоцитопатией потребления; значительное (в 2 раза) повышение прокоагуляционного потенциала плазмы за счёт тромбинового времени, снижение антитромбина III на 32,4% и фибринолитической активности плазмы в 3,4 раза, повышение в 2,5 раза в крови растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК), во всех исследованиях плазмы крови этаноловый тест был положительный и был обнаружен фибриноген В. Таким образом, признаки латентной формы хронической формы ДВС – синдрома I-II стадий наблюдались у 74,6% больных с ОКС на фоне прогрессирования клинической симптоматики ПТФБ. При стабилизации ОКС в I или II ф.к. стенокардии и уменьшении клинических проявлений ПТФБ в результате медикаментозной коррекции оставались сниженными агрегационная способность тромбоцитов, антитромбина III на 27% и фибринолитическая активность крови в 2,4 раза. Прокоагуляционный потенциал плазмы был повышенным за счёт тромбинового времени (в 1,7 раза), сохранялись положительный этаноловый тест, фибриноген В и количество РФМК в 2,3 раза выше нормы у 90% пациентов.

Заключение:

Таким образом, при нарастании клинических проявлений ПТФБ исследование на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи прогностически значимых показателей системы гемостаза: количества тромбоцитов (в динамике), уровня антитромбина III, фибринолитической активности плазмы и своевременная медикаментозная коррекция позволят предотвратить возникновение ОКС у больных с ПТФБ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ В САНАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ковальчук Л.С., Ковальчук Л.П.

УО "Гомельский государственный медицинский университет", Гомель, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Весьма перспективным направлением клинической медицины стала разработка методов активации саногенеза, основанных на использовании природных факторов, в частности озонкислородной смеси. Цель: изучить эффективность озонотерапии (ОЗТ) у больных ИБС.

Материал и методы:

На базе санатория Гомельского отделения Белорусской железной дороги пролечено 85 больных с ИБС (стабильная стенокардия напряжения, II–III функционального класса) в возрасте от 50 до 75 лет. Работа проведена на озонкислородной установке УОТА–60–01 «Медозон», г. Москва. Пациентам проводилась монотерапия в виде внутривенного

капельного введения озониру-ванного физиологического раствора с концентрацией озона в озонкислородной смеси 2–3 мг/л., 2–3 раза в неделю, в количестве от 6 до 8 процедур, на фоне приема нитратов или β-адреноблокаторов, или антагонистов кальция. До и после лечения осуществлялся контроль показателей электрокардиограммы, пульсоксиметрии, липидного спектра крови, а также перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Результаты:

Получены положительные результаты в виде уменьшения частоты и продолжительности ангинозных приступов, увеличения толерантности к физической нагрузке у 96% больных. Полностью ангинозные приступы после курса ОЗТ были купированы у 55,2% больных. У 44,8% пациентов их количество уменьшилось более чем наполовину, что позволило уменьшить дозу принимаемых медикаментозных препаратов, а в ряде случаев отказаться от них. В ходе лечения у 85% пациентов обнаруживалось ослабление процессов ПОЛ и усиление антиоксидантной защиты. Отмечена положительная динамика липидного обмена в виде снижения общего холестерина, триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности, а также увеличение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. Через 3 месяца после проведенного курса ОЗТ положительная динамика названных показателей липидного спектра крови оставалась статистически значимой.

Заключение:

Данный немедикаментозный метод лечения является высокоэффективным и перспективным в восстановительном лечении пациентов с ИБС.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Ковальчук Л.С., Ковальчук П.Н.

УО "Гомельский государственный медицинский университет", Гомель, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить лечебное влияние озонотерапии (ОЗТ) в комплексном восстановительном лечении больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) на качество их жизни.

Материал и методы:

Нами использовалась методика оценки качества жизни больных ИБС NAIF (New Assessment and Information Form of Measure Quality of Life, P.Y. Hugenholtz and A. R. Erdman, 1995). Данный специальный стандартизированный опросник содержит 6 разделов, характеризующих экономический, эмоциональный статус, физическую мобильность, социальную, когнитивную и сексуальную функции, а также суммарный интегральный показатель. Методом личного опроса и анкетирования проанализировано качество жизни 80 больных стабильной стенокардией с ФК II (контрольная группа — 30 чел., основная группа — 50 чел.) через 3 мес., 6 мес. и 12 мес. после восстановительного лечения. Больные контрольной группы получали комплексное санаторное лечение (диетотерапия, фитотерапия, щадящее бальнеолечение, гидропатические процедуры, психотерапия) без включения ОЗТ. Курс ОЗТ состоял из внутривенного капельного введения 200 мл озонированного физиологического раствора 2–3 раза в неделю (всего 6–8 процедур).

Результаты:

Значения различных параметров качества жизни в отдаленном периоде у больных основной группы были весьма вариабельными, но все они достоверно различались (от $p < 0,05$ до $p < 0,001$) через 3 мес, 6 мес и 12 мес по отношению к контрольным данным. При оценке 6 параметров качества жизни, а также интегрального показателя выявлено их достоверное повышение на протяжении 3–6 мес, чего не отмечалось в контрольной группе. Необходимо отметить, что ни в один из периодов у больных ИБС интегральный показатель не приблизился к норме, что свидетельствует о выраженном влиянии ИБС на качество жизни таких пациентов.

Заключение:

Включение ОЗТ в комплексное восстановительное лечение больных ИБС достоверно улучшало качество жизни к 3 и 6 мес., что подтверждает целесообразность проведения повторных курсов через данный промежуток времени.

ГИПОЛИПЕДИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ковальчук П.Н., Ковальчук Л.С.

УО "Гомельский государственный медицинский университет", Гомель, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Одним из главных факторов риска возникновения атеросклероза является гиперлипидемия. Согласно результатам экспериментальных и клинических исследований озонотерапия (ОЗТ) сопровождается гипокоагуляцией и снижением атерогенных свойств крови. Цель: оценка влияния терапии озонкислородной смесью на липидный спектр крови больных ИБС.

Материал и методы:

Нами обследовано 56 больных с ИБС и стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса с атерогенной дислипидемией (36 женщин и 20 мужчин в возрасте от 48 до 70 лет). В качестве контрольной 2-й группы обследовано 20 больных (8 мужчин и 12 женщин в возрасте от 45 до 70 лет). Исходно у всех больных натошак, после 12-ти часового голода, оценивали концентрацию общего холестерина сыворотки крови (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, а также индекса атерогенности. Липопротеидный спектр исследовали также после курса ОЗТ в виде внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора (концентрация озона 2,5–3,0 мг/л) 2–3 раза в неделю (6–8 процедур) и через 1 месяц.

Результаты:

Содержание ОХС у больных после курса ОЗТ снизилось с $5,78 \pm 0,21$ до $4,9 \pm 0,17$ ммоль/л ($p < 0,01$), а через 1 мес тенденции к дальнейшему снижению не наблюдалось. В данной группе также отмечена положительная динамика остальных показателей липидограммы ($p < 0,01$), которые через 1 месяц оставались без изменений. Во 2-й группе положительной динамики не отмечалось. Можно полагать, что эффект торможения атерогенеза зависит от нормализующего влияния озона на восстановление динамического равновесия между перекисным окислением липидов и антиоксидантной системой защиты организма, а также влиянием ОЗТ на некоторые ферменты, контролирующие реакции синтеза и метаболизма экзогенного холестерина.

Заключение:

Вывод: таким образом, инфузионная терапия озонкислородной смесью в дозе 2,0–3,0 мг/л дает быстрый гиполипидемический эффект, который сохраняется до месяца.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Смиянова Ю.О.

Сумский государственный университет, медицинский институт, Сумы, Украина

Введение (цели/ задачи):

Оценить связь эндотелиальной дисфункции с суточным профилем артериального давления (АД) и типом ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при эссенциальной артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

Обследовано 124 больных с АГ. Проводили оценку функции ЛЖ, состояния сосудодвигательной функции эндотелия, суточное мониторирование АД.

Результаты:

Анализ сосудодвигательной функции у больных с суточными профилями АД показал, что диаметр плечевой артерии был самым большим у больных с профилем АД типа night-peaker и составил 4,25 (3,80; 5,00), затем у больных с non-dipper - 4,20 (3,70; 4,60), dipper - 4,10 (3,50; 4,65) мм рт. ст. и уменьшен в наибольшей степени у больных over-dipper, при этом скорость движения крови снижена была у больных с night-peaker - 0,60 (0,53; 0,84) м/с. Вазодилаторная реакция при декомпрессии была выражена в наименьшей степени у больных с night-peaker и составила 5,47 (3,04; 11,72)% ($p < 0,00014$ по сравнению с другими группами), в группе больных с non-dipper составляла 11,63 (7,76; 18,92)%, dipper - 8,94 (7,04; 15,46)%, over-dipper - 7,24 (5,82; 13,32)%. Вазодилаторная реакция на нитроглицерин была наибольшей степени сохранена у больных с non-dipper, составляла 16,6 (10,52; 25,00)%, night-peaker - 13,67 (8,01; 20,24)%, over-dipper - 11,72 (7,54; 17,08)%, а пониженная у больных с dipper - 9,97 (7,04; 15,46)%. Оценка корреляционных связей показала, что существует обратная зависимость между эндотелиальной дисфункцией в виде снижения вазодилаторного эффекта на диагностические пробы и КГ ($r = -0,32$, $p = 0,001$), ударным объемом ($r = -0,32$, $p = 0,02$), типом суточного АД non-dipper ($r = -0,27$, $p = 0,009$), степенью ночного снижения ДАД ($r = -0,25$, $p = 0,014$), систолическим индексом ($r = -0,25$, $p = 0,016$), показателями дилатации плечевой артерии при пробе с нитроглицерином ($r = -0,24$, $p = 0,017$), типом изменения АД dipper ($r = -0,22$, $p = 0,032$), степенью ночного снижения САД ($r = -0,22$, $p = 0,030$), скоростью Е ($r = -0,21$, $p = 0,037$). Прямые корреляционные связи при этом имели место между степенью эндотелиальной дисфункции и степенью диастолической дисфункции ($r = 0,37$, $p = 0,00038$), рестриктивным типом диастолической дисфункции ($r = 0,25$, $p = 0,026$), нормальной геометрией ЛЖ ($r = 0,21$, $p = 0,036$), night-peaker изменениями суточного АД ($r = 0,23$, $p = 0,026$), систолической дисфункцией миокарда ЛЖ ($r = 0,21$, $p = 0,036$).

Заключение:

У больных с АГ наличие эндотелиальной дисфункции представляет фактор, который чаще сочетается с ремоделированием миокарда ЛЖ по концентрическому типу, а также с изменением суточного ритма АД типа night-peaker.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Демикова Н.В., Вильховая И.В.,
Винниченко Л.Б., Небоян Е.Б.

Сумский государственный университет, медицинский институт, Сумы, Украина, Львовский Национальный медицинский университет, Львов, Украина

Введение (цели/ задачи):

Одним из ведущих патогенетических факторов артериальной гипертензии (АГ) является нарушение функции эндотелия. Сильное вазоконстрикторное действие эндотелина-1 и повышение его уровня в плазме может свидетельствовать о прогрессировании АГ и развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН). О состоянии вазопрессорных эндотелиальных механизмов судят по уровню эндотелина-1 и цАМФ, а вазодилататорных механизмов – по содержанию цГМФ. Цель. Оценить показатели, характеризующие эндотелиальную функцию при АГ (эндотелин-1, цАМФ, цГМФ), под влиянием терапии рамиприлом и бисопрололом.

Материал и методы:

Обследовано 96 больных с АГ, осложненной ХСН. Клинические признаки ХСН I ФК имели 44, II ФК-40, III ФК-12 пациентов (по NYHA). Проводили определение эндотелина-1 радиоиммунологическим методом; цАМФ, цГМФ и С-реактивного белка с использованием иммуноферментного анализа. Рамиприл назначали в дозе 5-20 мг в сутки, бисопролол – 25-50 мг в сутки.

Результаты:

У больных с I ФК ХСН был повышен уровень эндотелина-1 в 2,6 раз, снижен цГМФ на 20,5%, повышен цАМФ на 15%, что свидетельствует о преобладании вазопрессорных механизмов. У больных с II ФК ХСН уровень эндотелина-1 был близок к уровню у пациентов без признаков ХСН, тогда как при ХСН Ш ФК - повышен на 71,9%. У больных всех ФК был повышен в 1,5-2 раз уровень цАМФ, а цГМФ снижен на 31%. Терапия рамиприлом и бисопрололом приводит к достоверному снижению АД (у 70,58%) и способствует нормализации суточного профиля АД. После лечения отмечена тенденция к снижению эндотелина-1 и цАМФ, и повышение цГМФ.

Заключение:

Эндотелиальная дисфункция проявляется повышением содержания вазоспастических факторов эндотелина-1 (возрастает с повышением ФК ХСН) и цАМФ; а также снижением цГМФ. При терапии рамиприлом и бисопрололом отмечена тенденция к нормализации показателей эндотелиальной дисфункции.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Дадашова Г.М., Адил Б.Б., Ирани Рена

Научно-Исследовательский Институт Кардиологии
Азербайджана, Баку, Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Цель. Оценить гендерные и возрастные особенности вариабельности ритма сердца у практически здоровых лиц.

Материал и методы:

В исследовании участвовали 42 практически здоровых лиц в возрасте от 45 до 75 лет не имеющих манифестной сердеч-

но-сосудистой патологии. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование ЭКГ с использованием системы «ECGproHolter». Обследованные были разделены на 4 группы в зависимости от пола, 1-я группа – мужчины (45 до 59 лет) – зрелого возраста, (n=10), 2-я группа женщины зрелого возраста (n=10), 3-я группа мужчины (60-75 лет пожилого возраста) (n=10), 4-я группа женщины пожилого возраста (n=12).

Результаты:

Все временные показатели вариабельности ритма сердца (BPC) снижались с увеличением возраста обследуемых, при этом у женщин все временные показатели ниже чем у мужчин, но статистически значимые различия имели место только для SDNN ($p < 0,01$). В нашем исследовании сравнение результатов исследования мужчин и женщин в возрасте от 45 до 75 лет показало, что в возрасте от 45-59 лет среднее значение SDNN у мужчин составляет $169,1 \pm 3,12$ мс и у женщин $154,41 \pm 4,18$ мс. В результате спектрального анализа BPC обнаружены более высокие TP и HFn.u. в группе женщин по сравнению с мужчинами. LFn.u., наоборот, была выше в группе мужчин при этом, %HF и %VLF преобладали у женщин, а %LF - у мужчин, однако гендерные различия %VLF и %LF были статистически незначимы. Женщины обычно имеют более низкое значение LF ($962,91 \pm 83,9$ vs $1239,1 \pm 95,1$, $p < 0,01$) и более высокое значение HF ($1178,5 \pm 22,9$ vs $938,4 \pm 28,5$, $p < 0,01$) чем мужчины. Несмотря на то что, симпатовагальный индекс (LF/HF) в обеих группах находился в пределах нормы, однако у обследованных мужчин этот показатель был достоверно выше, чем у женщин ($p < 0,01$).

Заключение:

С увеличением возраста у практически здоровых мужчин и женщин, не имеющих выраженной сердечно-сосудистой патологии, имеет место снижение временных и спектральных показателей BPC. При этом у мужчин активность симпатической нервной системы выше, чем у женщин, а женщины сопоставимого имеют более выраженные вагусные влияния на сердце. У женщин также выявлено увеличение показателя %VLF, отражающего нейрогуморальную и метаболическую активацию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Дадашова Г.М., Адил Б.Б., Азимова М.Н.

Научно-Исследовательский Институт Кардиологии
Азербайджана, Баку, Азербайджан

Введение (цели/ задачи):

Целью настоящего исследования явилось изучить клиническую эффективность, изменения показателей вариабельности ритма сердца (BPC) и липидного профиля крови у больных с метаболическим синдромом (МС) и с избыточной массой тела на фоне лечения моксонидином.

Материал и методы:

В исследование вошли 30 пациентов с МС и избыточным весом. Все больные получали моксонидин (Физиотенз, SOLVAY PHARMACEUTICALS, Германия) 2 раза в день с титрованием дозы от 0,2 мг до максимальной суточной 0,6 мг (в среднем $0,58 \pm 0,07$ мг) каждые 2 недели до достижения оптимального снижения артериального давления. Повторные исследования проводились к концу 3-го месяца лечения. Для изучения BCP у больных с МС и с избыточным весом использовался метод

мониторирования ЭКГ по Холтеру при помощи неинвазивной системы «ECG pro Holter» (Германия).

Результаты:

Результаты проведенного исследования продемонстрировали достоверное снижение значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД) с 141,5/90,7 до 129,1/81,5 мм рт.ст. к концу 3-го месяца лечения, что составляло 8,8% для САД и 10% для ДАД ($p < 0,001$). На фоне лечения моксонидином происходит улучшение показателей липидного профиля крови за счет уменьшения атерогенной, увеличения антиатерогенной фракции крови. Так, к концу 3-го месяца лечения наблюдалось достоверное снижение уровня ОХС на 16%, за счет уменьшения ЛПНП – в 1,5 раз, увеличения ЛПВП – в 1,1 раза, $p < 0,05$, в результате чего значительно снизился ИА – в 1,7 раз, $p < 0,05$. Изменения концентраций ТГ и ЛПОНП были недостоверными, но также имели тенденцию к снижению. Наблюдалось значительное улучшение временных и спектральных показателей ВРС. Среди временных параметров значения SDNN, iSDANN, pNN50 возросли на столько, что достоверно не отличались от результатов контрольной группы здоровых добровольцев. Изменения спектральных параметров сопровождалось значительным уменьшением гуморально-метаболических воздействий на ритм сердца – VLF и VLF% в 1,1 и 1,1 раза, $p < 0,01$. Монотерапия моксонидином в течение 3-х месяцев привела к значительному усилению парасимпатических влияний на ритм сердца как в абсолютных величинах (HF), так и в нормализованных единицах (HFnu) и в процентном отношении (HF%) соответственно в 1,3 ($p < 0,01$), в 1,1 и 1,3 ($p < 0,05$) раза.

Заключение:

Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют высокую клиническую эффективность и безопасность, положительный метаболический профиль моксонидина при лечении больных с МС и с избыточной массой тела. Препарат обладал корригирующим влиянием на функциональное состояние вегетативной нервной системы, что выражалось в усилении общего симпатико-парасимпатического тонуса с одновременным устранением признаков относительной симпатикотонии и гуморально-метаболических влияний на сердечный ритм.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПОСЛЕ РАННЕЙ ОТМЕНЫ ФОНДАПАРИНУКСА У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST И ИМЕЮЩИХ НИЗКИЙ РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Князев А.С., Явелов И.С.,

Добровольский А.Б., Грацианский Н.А.

ФГБУН НИИ Физико-химической медицины
ФМБА России, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Антикоагулянты рекомендованы для лечения острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ (ОКСбпST). Однако есть свидетельство, что при достаточно низком риске неблагоприятного исхода антикоагулянты пользы не приносят. Цель работы – оценить состояние системы гемостаза и течение заболевания при ранней отмене фондапаринукса у данной категории больных.

Материал и методы:

В проспективное несравнительное исследование включено 53 больных, госпитализированных в первые 48 (медиана 2,3) ч после ангинозного приступа. Во всех случаях сумма баллов по шкале GRACE составляла ≤ 108 , не был повышен сердечный тропонин Т ($\leq 0,03$ нг/мл) и отсутствовали смещения сегмента ST ≥ 1 мВ. Все больные в стационаре получили ацетилсалициловую кислоту и бета-адреноблокаторы; клопидогрел использовался в 35 случаях. После единственной подкожной инъекции фондапаринукса антикоагулянты не использовались. На пике действия фондапаринукса и в период существенного ослабления его эффекта (медиана времени заборов крови 18,0 и 42,5 ч после инъекции) определяли концентрацию комплексов тромбин-антитромбин (ТАТ), плазмин-антиплазмин (ПАП) и Д-димера (ДД). Одновременно осуществляли холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ) в 12 отведениях (медиана начала после инъекции фондапаринукса 21,2 ч, медиана продолжительности 38,7 ч). Тредмил-тест проведен у 48 больных и у 12 (25,0%) оказался положительным. Клинические исходы оценивали во время госпитализации (медиана 14 дней).

Результаты:

После прекращения лечения фондапаринуксом концентрации комплексов ТАТ, ПАП и ДД увеличились: медианы 3,1 и 3,3 нг/л ($p = 0,002$), 471 и 498 нг/л ($p = 0,052$), 359 и 486 нг/л ($p = 0,002$), соответственно. Ишемические смещения сегмента ST при ХМ отмечены у 13 больных (24,5%). Уровни ТАТ, ПАП, ДД и их изменения не были связаны с наличием ишемии миокарда, выявленной при ХМ и во время нагрузочного теста. В период госпитализации случаев развития инфаркта миокарда и летальных исходов не было; у 3 больных зафиксированы приступы стенокардии.

Заключение:

В небольшом “пилотном” исследовании ранняя отмена фондапаринукса у больных, госпитализированных с ОКСбпST и имеющих низкий риск неблагоприятного исхода, сопровождалось лабораторными признаками реактивации тромбообразования, которые не были связаны со свидетельствами ишемии миокарда во время госпитализации.

АНТИАГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ В ОТНОШЕНИИ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ ЛОВАСТАТИНА

Скорятина И.А., Медведев И.Н.

ОГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер, Курский институт социального образования (филиал) Российского государственного социального университета, Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний артериальная гипертензия (АГ) по-прежнему сохраняет лидирующие позиции, нередко сочетаясь с дислипидемией (Д), что значительно ухудшает прогноз. Цель – установить у лиц с АГ и Д влияние ловастатина на выраженность антиагрегационного контроля сосудов над эритроцитами, тромбоцитами и лейкоцитами.

Материал и методы:

Обследовано 29 больных АГ 1-2 степени, риск 3 с Д IIб типа, среднего возраста. Контроль – 26 здоровых людей аналогичного возраста. Состояние антиагрегационного контроля

сосудистой стенки над эритроцитами, тромбоцитами и нейтрофилами выявляли по ослаблению их агрегации на фоне временной венозной окклюзии. Коррекция Д у всех больных производилась ловастатином 20 мг на ночь в течение 52 недель. Статистическая обработка результатов велась t-критерием Стьюдента.

Результаты:

У больных исходно оказалась повышенная агрегация всех форм элементов крови. Терапия давала максимальный эффект через год, снижая суммарное количество эритроцитов в агрегате и количества агрегатов при увеличении числа свободных эритроцитов при временной венозной окклюзии на 42,6%, на 36,7% и на 36,3%, соответственно. В ходе лечения значимо нарастали антиагрегационные свойства сосудов больных в отношении всех индукторов агрегации тромбоцитов. Терапия ловастатином вызывала у лиц с АГ и Д достоверное также усиление влияния стенки сосудов на агрегацию нейтрофилов, обусловив постепенное увеличение индекса торможения сосудистой стенкой агрегации нейтрофилов к 52 нед. терапии для лектина на 13,2%, для конканавалина А на 14,1%, для фитогемагглютини на на 12,0%, что, однако, так и не позволило достичь уровня, свойственного группе контроля.

Заключение:

Исходно сниженный контроль сосудов над агрегацией эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов у больных АГ с Д значимо возрастает на фоне 52 недельного применения ловастатина, однако не достигает уровня контроля.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНДОЛАПРИЛА И РАМИПРИЛА В ПЛАНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТЕЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Медведев И.Н., Гамолина О.В.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, МУЗ «Городская больница №3» г. Курск, Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) значимо увеличивает вероятность возникновения дислипидемии, сахарного диабета, абдоминального ожирения, повышая риск тромботических осложнений, тем самым негативно сказываясь на общем прогнозе. Цель – сравнить особенности влияния ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента трандолаприла и рамиприла на способность к агрегации основных форменных элементов крови у больных АГ с НТГ.

Материал и методы:

Обследовано 92 больных АГ 1-2 степени, риск 3 с НТГ среднего возраста. Контроль – 27 здоровых добровольцев аналогичного возраста. Агрегацию эритроцитов оценивали по количеству агрегатов эритроцитов, числу агрегированных и неагрегированных эритроцитов. Агрегация тромбоцитов исследовалась визуальным микрометодом с АДФ, коллагена, тромбина, ристомицина и адреналина. Агрегацию нейтрофилов определяли с лектином зародыша пшеницы, конканавалином А и фитогемагглютинином. 47 больным назначался рамиприл 2,5 мг 1 раз в сутки, 45 больным – трандолаприл 2,0 мг 1 раз в сутки на 52 недели. Статистическая обработка результатов велась t-критерием Стьюдента.

Результаты:

У больных отмечена исходно усиленная агрегация всех форменных элементов крови. В случае назначения рамиприла отмечено более выраженное уменьшение суммарного количества эритроцитов в агрегате и числа самих агрегатов при постоянном нарастании в крови свободных эритроцитов, что было максимально выражено к году наблюдения. Терапия и трандолаприлом и рамиприлом сопровождалась у пациентов значимым ослаблением процесса агрегации тромбоцитов, более выраженным на фоне последнего препарата. Лечение обоими препаратами способствовало у пациентов постепенному ослаблению агрегации нейтрофилов, также более выраженному на фоне рамиприла.

Заключение:

Прием рамиприла пациентами с АГ и НТГ в течение 52 недель в большей степени, чем терапия трандолаприлом понижает агрегационные возможности эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов, не позволяя, однако, ни в одном случае достичь их нормализации.

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Крючков Д.В.

НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель настоящего исследования изучить поло-возрастные особенности отдаленной выживаемости пациентов после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы:

В исследование включены пациенты, пролеченные в Кемеровском кардиологическом диспансере в 2006 году. Объем исследования – 791 пациент с ИМ. Статистическая обработка осуществлялась стандартным лицензионным пакетом программы «Statistica 6.0». Для сравнения выживаемости в двух различных группах пациентов по методу множительных оценок Каплана-Мейера применялся F-критерий Кокса, при сравнении в трех различных группах – критерий Хи-квадрат. Критическое значение уровня значимости (p) принималось < 0,05. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты:

Отдаленная выживаемость зависит от возраста пациентов. Так, лучшую выживаемость имеют пациенты работоспособного возраста, худшую – старческого ($\chi^2=123,3$, $p=0,000001$). Так, пятилетняя выживаемость у пациентов работоспособного возраста составила 76%, пенсионного – 55%, старческого – 27%. ОШ смертельного исхода между работоспособной и пенсионной возрастными группами равно 3,31 при 95% ДИ от 2,33 до 4,69; между пенсионной и старческой – 3,66 при 95% ДИ от 2,39 до 5,62; между работоспособной и старческой – 12,14 при 95% ДИ от 7,70 до 19,16. Выживаемость у женщин оказалась меньше, чем у мужчин ($F=1,268$, $p=0,0065$). Пятилетняя выживаемость у мужчин составила 56%, а у женщин – 50%. ОШ равно 1,42 при 95% ДИ от 1,07 до 1,90. Однако, при изучении смертности в возрастно-половых группах значимые отличия выявлены лишь среди работоспособных пациентов, где у мужчин отдаленная выживаемость меньше, чем у женщин ($F=3,99$, $p=0,0009$). ОШ=4,57 при 95% ДИ от 1,34

до 15,54. Так, пятилетняя выживаемость у мужчин работоспособного возраста составила 73%, у женщин – 89%.

Заключение:

Отдаленная выживаемость пациентов после инфаркта миокарда зависит от возраста пациентов, по половому признаку только среди лиц работоспособного возраста.

ПРИМЕНЕНИЕ ТИКАГРЕЛОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Прудько Е.Л., Николаева И.Е., Закирова А.Н., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Кильмаматова В.В., Еникеева А.Р., Исмагилова Э.Ф.

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ГОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, УФА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения тикагрелора у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материал и методы:

В исследование были включены 153 больных, мужчин в возрасте $48 \pm 9,6$ лет, находившихся на стационарном этапе лечения в Республиканском кардиологическом центре по поводу острого коронарного синдрома. Крупноочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 42 больных, в том числе трансмуральный у 9 пациентов. Мелкоочаговый инфаркт – у 16 человек. Инфаркт нижней локализации был определен в 37 случаев, а передней – 21. У остальных 95 пациентов была нестабильная стенокардия. 145 больным проведена коронароангиография, из них у 84 (58%) чрезкожное вмешательство закончилось установкой стента. Всем больным проведены ЭХОКГ, ЭКГ в динамике, мониторингирование ЭКГ и коронароангиография (КАГ). Схема лечения, кроме аспирина, β -блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов и верошпирона, включала в себя тикагрелор. Его назначали по схеме: сначала нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 раза в день. Контрольную группу составили 50 больных, сопоставимых по возрасту и полу, перенесших ОКС, в схему лечения которых входил клопидогрель. В исследование не включались пациенты с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

Результаты:

У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. Все пациенты лечение переносили хорошо и выписаны в удовлетворительном состоянии. В группе, получавшей тикагрелор, выявлены такие побочные эффекты, как одышка у 4 пациентов (3%), незначительное повышение креатинина у 1 (1%). Побочных действий, требующих отмены препаратов, в нашем исследовании выявлено не было. Геморрагических осложнений и тромбозов стента не выявлено. В контрольной группе у 2 больных отмечена повышенная кровоточивость и отечность десен. На контрольном осмотре через полгода все пациенты продолжали терапию тикагрелором, продемонстрировав хорошую приверженность к лечению.

Заключение:

Таким образом, нами была выявлена хорошая переносимость тикагрелора, Включение в схему лечения ОКС препарата тикагрелор улучшает состояние больных после инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии. Эффективность и удобство применения позволяет рекомендовать тикагрелор для применения в реабилитации больных после ОКС с подъемом сегмента ST.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА В КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Прудько Е.Л., Николаева И.Е., Закирова А.Н., Фаткуллина З.С., Фахретдинова Е.Р., Мамлеева Н.А., Халикова З.М.

ГБУЗ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ГОУ ВПО БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, УФА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования: оценка эффективности и безопасности применения метопролола сукцината для купирования неосложненных гипертонических кризов в амбулаторных условиях.

Материал и методы:

Нами обследовано 28 пациентов (17 мужчин и 11 женщин), обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского кардиологического центра, у которых на приеме у врача артериальное давление (АД) соответствовало: систолическое артериальное давление (САД) > 170 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление (ДАД) > 110 мм рт.ст., без объективных признаков развития острого поражения органов-мишеней. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 8,7$ лет. Всем больным назначался перорально метопролол в дозе 100 мг однократно. В качестве критериев эффективности препарата учитывали время наступления антигипертензивного эффекта и степень снижения АД по измерениям АД от момента приема препарата и через 15, 30 и 60 мин. В исследование не включались пациенты с осложненными гипертоническими кризами, принимавшие ритм - урежающие антагонисты кальция, имеющие противопоказания к приему бета-блокаторов.

Результаты:

Нами получены следующие результаты. Исходный уровень систолического АД у пациентов был $187,6 \pm 10,6$ мм рт.ст., диастолического АД $106 \pm 8,7$ мм рт.ст. Прием метопролола сукцината в дозе 100 мг через 15 мин приводил к снижению САД на 10-15 мм рт.ст. у половины пациентов. Через 30 мин САД достоверно снизилось на $24 \pm 3,5$ мм рт.ст., а ДАД - на $10,3 \pm 2,6$ мм рт.ст., кроме того, отмечалось урежение ЧСС на $11,0 \pm 2,9$ ударов в мин. Через 60 мин САД достоверно снизилось на $28 \pm 7,5$ мм рт.ст., а ДАД - на $12,3 \pm 4,6$ мм рт.ст., урежение ЧСС на $14,3 \pm 2,9$ ударов в мин. Нужно отметить, что снижение АД сопровождалось улучшением самочувствия больных. У 2 больных препарат вызвал избыточный гипотензивный эффект (падение АД более 30% от исходного). У 1 пациента снизить АД не удалось и его пришлось госпитализировать в стационар.

Заключение:

Таким образом, метопролол сукцинат безопасен и может рассматриваться в качестве эффективного препарата для лечения неосложненного гипертонического криза на амбулаторном этапе.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЁННЫМ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Николаева И.Е., Онегов Д.В., Хабибуллин И.М.,
Шарафутдинов А.Р., Хайретдинова Т.Б.

ГБУЗ "Республиканский кардиологический центр",
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Введение (цели/ задачи):

Существующая система оказания поэтапной специализированной помощи новорождённым с ВПС в критическом состоянии обеспечивает взаимодействие между перинатальными и реанимационно-консультативными центрами, родильными домами, неонатальными и кардиохирургическими отделениями.

Материал и методы:

Анализ клинико-лабораторных данных обследования детей

Результаты:

В детское реанимационное отделение республиканского кардиоцентра в 2011 - 2013 г. поступило 76 новорождённых с ВПС в критическом состоянии. Средний возраст ($7,1 \pm 5,1$) день, средний вес ($2,9 \pm 0,9$) кг, недоношенных 15,7%. Пренатально ВПС установлен в 65% случаев. У 59% новорождённых были цианотические пороки сердца с дуктус- или форамен-зависимым лёгочным кровотоком: транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, атрезия трёхстворчатого клапана, атрезия лёгочной артерии (ЛА); сатурация кислорода составила (32 - 82)%. У остальных новорождённых с дуктус-зависимым системным кровотоком диагностированы коарктация аорты, перерыв дуги аорты, СГЛОС. Большинство новорождённых имели сопутствующую патологию: гипоксически-ишемическое повреждение центральной нервной системы (62,5%), гипербилирубинемия (22,5%), респираторный дистресс-синдром (7,5%). Терапию препаратами простагладинами получали 58% новорождённых до поступления в специализированное учреждение. Кардиохирургическая помощь: процедура Рашкинда, устранение коарктации аорты, суживание ЛА, наложение межсистемного анастомоза, радикальная коррекция порока. Летальность новорождённых (умерло 19) обусловлена тяжёлыми ВПС, сочетающимися с врождённой генерализованной инфекцией, первичным иммунодефицитом.

Заключение:

Повышение уровня пренатальной диагностики ВПС позволит транспортировать беременных для родоразрешения в специализированные родильные дома, что обеспечит адекватную предоперационную подготовку новорождённых при развитии критического состояния, экстренную хирургическую помощь, её эффективность и позволит снизить младенческую смертность.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ХАБАРОВСКЕ

БАРАНОВ А.Л., Пустовой В.С., Грибова Н.Д.,
Филимонов Е.В., Духовный А.Л.,
БАРЫШКО Н.Н., БАРАНОВА Т.И., САФОНОВА И.Е.

КГБОУ Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, КГБУЗ ССМП, ООО "Домашний доктор", ГОУ ВПО ДВГМУ "Клиника семейной медицины"

Введение (цели/ задачи):

Сердечнососудистые заболевания на протяжении последних десятилетий во всем мире занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и являются наиболее частой (около 56%) причиной смерти, уносящей ежегодно около 17 миллионов жизней. В России значительное большинство больных, а это около 80%, умирает вне стационаров, причём в больницах и клиниках летальность уменьшается, а в стране она катастрофически растёт и за 30 лет увеличилась в 2,2 раза. Поэтому, чтобы реально снизить смертность необходимо внедрять высокие технологии не только в стационарах, но и в значительной степени на догоспитальном этапе. Цели. Провести анализ эффективности раннего тромболитика тромболитиком третьего поколения рекомбинантным фибрин-специфическим активатором плазминогена Тенектеплазой (ТНК-тРА) МЕТАЛИЗЕ® 50 мг (Берингер Ингельхайм) в условиях КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» Хабаровска в рамках реализации проекта внедрения тромболитической терапии (ТЛТ) на догоспитальном этапе в лечении больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъёмом сегмента ST. Задачи. Внедрение методики раннего догоспитального тромболитика у больных острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST.

Материал и методы:

В группу вошли 160 больных с острым инфарктом миокарда с подъёмом ST, которым проводилась ТЛТ Тенектеплазой. Критериями включения в исследование были: типичный ангинозный приступ, длительностью от 20 до 180 минут, подъём сегмента ST на ЭКГ более 0,2 мВ (не менее чем в двух смежных отведениях), отсутствие всех противопоказаний к введению Тенектеплазы (Метализе). Во всех случаях диагноз устанавливался на основании действующих рекомендаций (ВОЗ, ВНОК, ЕОК/АКК). В исследование включено 54 женщины (34%) в возрасте от 48 до 72 лет (средний возраст $62,2 \pm 8,4$ лет) и 106 мужчин (66%) от 35 до 74 лет (средний возраст $57,1 \pm 6,3$). Нужная доза Тенектеплазы рассчитывалась по специальной шкале и зависела от массы тела пациента. Препарат вводился однократно, внутривенно, в виде болюса, в течение 5-10 секунд. Для введения использовался отдельный венозный катетер. Применялись дозы от 7000 (35 мг) до 10 000 (50 мг) единиц. Перед принятием решения о проведении тромболитика бригадами скорой помощи учитывались все известные противопоказания. ТЛТ Тенектеплазой проводилась на фоне адекватного обезболивания наркотическими анальгетиками (морфин), применения нитратов, кислородотерапии, перорального приема ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела, введения нефракционированного гепарина. При наличии выраженной артериальной гипертензии (больше 160/100 мм.рт.ст.),

предварительно осуществлялась её коррекция гипотензивными препаратами. У всех пациентов проводилась регистрация электрокардиограммы в 12-ти отведениях до начала ТЛТ, после введения Метализе (в среднем на 15 минуте) и через 60 минут в стационаре. В качестве ЭКГ-критерия эффективной реперфузии был принят регресс подъема сегмента ST в отведении с его максимальной выраженностью по меньшей мере на 30%.

Результаты:

В Хабаровске после соответствующего правового обеспечения и проведения организационных мероприятий в МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» с 2008 года внедрен и успешно используется метод ТЛТ на догоспитальном этапе. В данный момент бригадами СМП Хабаровска проведено 160 тромболизисов. Реперфузия достигнута в 155 (96,9%) случаях. В 5 случаях эффекта от введения «Метализе» добиться не удалось. Для сравнения, эффективность ТЛТ во Владивостоке – 84,5%, в Екатеринбурге – 68%. Причинами неэффективности ТЛТ были выраженная сердечная недостаточность, возраст > 75 лет, инфаркт миокарда или аортокоронарное шунтирование в анамнезе, сахарный диабет и позднее обращение пациента. Из осложнений отмечены 1 фибрилляция желудочков после реперфузионных аритмий с успешной реанимацией, 3 незначительных наружных кровотечения связанных с тромболизисом (из ротовой полости, носовое кровотечение, из доброкачественной опухоли ушной раковины). Ни одного серьёзного кровотечения и анафилактической реакции! Зарегистрировано 2 случая досуточной госпитальной летальности. В одном случае смерть наступила в результате разрыва передней стенки левого желудочка у больного с трансмуральным инфарктом миокарда, во втором – в результате развившейся вторичной фибрилляции желудочков.

Заключение:

Раннее применение ТЛТ на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи имеет доказанные преимущества и требует дальнейшего использования для улучшения оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда: снижение общей смертности, улучшение ближайшего и отдаленного прогнозов. В 2012 году в Хабаровском крае благодаря внедрению передовых, инновационных технологий хирургического и фармакологического профилей направленных на восстановление перфузии миокарда у больных ОКС как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах удалось снизить смертность от сердечнососудистых заболеваний почти на 7%! На основании полученных данных можно рекомендовать применение современных тромболитических препаратов (Метализе и т.п.) на догоспитальном этапе оказания скорой медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ И РЕСТЕНОЗ ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СТЕНТОМ С ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ СТАТИНА

Думански К.И.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Введение (цели/ задачи):

Около 30% рестенозов после интервенционных вмешательств приводит к развитию острого коронарного син-

дрома. Рестеноз обусловлен воспалительной реакцией с последующей клеточной пролиферацией, возникающей в ответ на повреждение эндотелия в месте проведения ангиопластики со стентированием, сопровождающейся повышением уровня высокочувствительного С-реактивного белка (вч СРБ). Приём статинов оказывает благоприятное воздействие на параметры воспаления и улучшает эндотелиальную дисфункцию. Предполагается, что преимуществом стентов с высвобождением статинов является достижение высокой концентрации в месте повреждения, а также минимализация побочных эффектов вызванных системным воздействием. Целью данного исследования было изучение влияния стента с высвобождением симва-статина на выраженность воспалительного ответа, а так же появления рестеноза после коронарного стентирования.

Материал и методы:

В исследование были включены 120 пациентов со стабильной стенокардией, которым было сделано чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) - ангиопластика с имплантацией стента. 31 пациенту были имплантированы металлические стенты (BMS), 68 больным были имплантированы стенты с высвобождением еверолимуса (DES), 13 пациентам были имплантированы стенты с высвобождением симва-статина (симва-стент). Средний возраст пациентов не отличался во всех группах, составляя $60,97 \pm 1,15$ лет для BMS, $58,29 \pm 0,88$ лет для DES и $61,18 \pm 1,45$ лет для симва-стента. Все пациенты получали стандартное лечение ИБС, включающее от 10 до 40 мг симва-статина. Вч СРБ определялся перед ангиопластикой, а затем через 72 часа, 1,3, 6 и 12 месяцев после. Повышенным считали уровень вч СРБ >5 мг/л.

Результаты:

Было отмечено, что перед коронарной ангиопластикой вч СРБ во всех 3 группах больных был больше, чем 5 мг/л. Таким образом, группа пациентов с BMS, вч СРБ был $6,02 \pm 0,98$, у пациентов с DES - $7,6 \pm 1,3$ и у пациентов с симва-стентом - $7,9 \pm 6,4$ ($p > 0,05$). Через 72 ч после коронарной ангиопластики воспалительный процесс активизировался в группах, которых имплантировался стент BMS и DES, уровень вч СРБ поднялся по сравнению с уровнем пред- ЧКВ до $8,79 \pm 1,5$ и $8,80 \pm 0,97$ соответственно ($p < 0,05$). В то время как в группе с симва-стентом отмечалось снижение с $7,9 \pm 6,4$ до $6,75 \pm 2,74$ ($p < 0,05$). Уже в первый месяц наблюдения уровень вч СРБ уменьшился до нормального значения во всех наблюдаемых группах со стентами BMS, DES и симва-стентом составляя $4,7 \pm 0,69$; $4,88 \pm 0,88$ и $4,0 \pm 0,52$, соответственно ($p < 0,05$). Нормальные значения вч СРБ отмечались на протяжении всех месяцев наблюдения составляя к 12 месяцам $4,2 \pm 0,76$ у BMS, $4,68 \pm 0,77$ у DES и $4,43 \pm 1,03$ у пациентов с симва-стентами. Рестеноз внутри стента более 50% на 12 месяце наблюдения отмечался у 8 (25,8%) пациентов с BMS, у 5 (7,3%) из группы с DES и у 3 (23,1%) пациентов с симва-стентом.

Заключение:

Таким образом, можно заключить, что травма эндотелия при ЧКВ вызывает активизацию воспалительного процесса, проявляющуюся повышением вч СРБ. Стент с высвобождением симва-статина смягчает воспалительный ответ, не снижая, по видимому, частоту развития рестеноза за 12 месяцев наблюдения.

УРОВЕНЬ ГЕТЕРОПЛАЗМИИ НЕКОТОРЫХ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЙКОЦИТАХ ЧЕЛОВЕКА

Синёв В.В., Барина В.А., Рыжкова А.И., Трубинов С.С., Митрофанов К.Ю., Желанкин А.В., Постнов А.Ю., Собенин И.А., Сазонова М.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения Российской Федерации, Московская государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологии им. К.И. Скрябина, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Различные заболевания, в том числе и атеросклероз, могут быть ассоциированы с некоторыми митохондриальными мутациями. Целью настоящего исследования было выяснить, отличаются ли различные типы клеток крови (нейтрофилы, лимфоциты и моноциты) по уровню гетероплазии мутаций митохондриального генома G13513A, C3256T, T3336C, G12315A и A1555G.

Материал и методы:

Нейтрофилы, лимфоциты и моноциты получали с помощью методик выделения различных фракций клеток крови на двойном градиенте плотности фиколла-урографина. ДНК выделялась методом фенол-хлороформной экстракции. Затем была проведена ПЦР мутаций митохондриального генома G13513A, C3256T, T3336C, G12315A и A1555G. Для проверки проведенной ПЦР применялось электрофоретическое разделение ампликонов. Количественная оценка мутантного аллеля митохондриального генома проводилась новым оригинальным методом, разработанным в нашей лаборатории на базе технологии пиросеквенирования. Статистическую оценку результатов проводили с использованием пакета SPSS версии 22.0 (SPSS Inc., США).

Результаты:

Согласно статистическим данным, достоверных различий по уровню гетероплазии исследованных мутаций между разными типами клеток крови человека не выявлено. Единственным статистически значимым оказалось статистически значимое различие между нейтрофилами и лимфоцитами по мутации A1555G. Это может быть обусловлено недостаточной чувствительностью используемого метода при оценке уровня гетероплазии ниже 5 процентов.

Заключение:

Полученные данные по оценке уровня гетероплазии мутаций митохондриального генома A1555G, C3256T, T3336C, G12315A и G13513A свидетельствуют о том, что для исследований однонуклеотидных замен митохондриальной ДНК при различных патологиях можно использовать все клетки цельной крови, а не отдельные их типы. Статья может быть полезна гематологам и специалистам по медицинской генетике. Работа поддержана Российским научным фондом, грант № 14-14-01038.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЕТЕРОПЛАЗМИИ НЕКОТОРЫХ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА В КЛЕТКАХ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО И ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Синёв В.В., Барина В.А., Рыжкова А.И., Трубинов С.С., Митрофанов К.Ю., Желанкин А.В., Постнов А.Ю., Собенин И.А., Сазонова М.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения Российской Федерации, Московская государственная академия ветеринарной медицины и биотехнологии им. К.И. Скрябина, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

По литературным данным, мутации митохондриального генома ассоциированы с различными патологиями человека. Целью настоящего исследования было установление отличий в уровне гетероплазии по мутациям G13513A, C3256T, G15059A, G12315A и A1555G митохондриального генома в клетках буккального эпителия и цельной крови человека.

Материал и методы:

В качестве материала исследования были использованы образцы буккального эпителия и цельной крови 35 доноров. При выполнении данной научно-исследовательской работы были использованы следующие молекулярно-биологические методы: • Выделение ДНК методом фенола-хлороформа; • Метод полимеразной цепной реакции; • Электрофоретическое разделение фрагментов ДНК на агарозном геле; • Пиросеквенирование; • Определение уровня гетероплазии мутаций митохондриального генома с использованием метода прямой количественной оценки митохондриального генома; • Методы статистической обработки данных (SPSS версии 22.0).

Результаты:

В клетках буккального эпителия и крови выявлены значимые отличия ($p < 0,05$) между уровнем гетероплазии мутации митохондриального генома C3256T. В то же время по мутациям G13513A, G15059A, G12315A и A1555G такие отличия отсутствуют.

Заключение:

Проведенное пилотное исследование показало однородное распределение уровня гетероплазии мутаций G13513A и C3256T митохондриального генома между клетками буккального эпителия и цельной крови человека. Однако уровень гетероплазии по мутациям G15059A, G12315A и A1555G не дает однозначную характеристику вариабельности гетероплазии митохондриального генома между данными типами клеток, что может быть обусловлено недостаточной выборкой, её неоднородностью, а также низкой чувствительностью используемого метода детекции однонуклеотидных полиморфизмов митохондриальной ДНК.

Зилт®

клопидогрел
таблетки 75 мг

Сохраняя течение жизни



Зарегистрированные показания ⁽¹⁾	Схема дозирования ⁽¹⁾
Профилактика атеротромботических событий у пациентов: <ul style="list-style-type: none">• перенесших ишемический инсульт;• перенесших инфаркт миокарда;• имеющих установленное заболевание периферических артерий.	75 мг 1 раз в сутки
Предотвращение атеротромботических событий у пациентов с острым коронарным синдромом: <ul style="list-style-type: none">• без подъёма сегмента ST, включая пациентов, которым было проведено стентирование при чрескожном коронарном вмешательстве; *• с подъёмом сегмента ST. *	300 мг однократно, затем - 75 мг 1 раз в сутки
Профилактика атеротромботических и тромбоемболических осложнений, включая инсульт, при фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии)*	75 мг 1 раз в сутки

*В комбинации с ацетилсалициловой кислотой

Источник информации: 1. Инструкция по применению препарата Зилт от 4.10.2013г.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА»

123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д. 13, стр. 41, этаж 5, стр. 43, этаж 6.

Тел.: (495) 981 10 95. Факс (495) 981 10 91 E-mail: info@krka.ru. www.krka.ru

KRKA

Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели – созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ АНТИАГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 3 СТЕПЕНИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Даниленко О.А., Медведев И.Н.

ОГУЗ «Больница микрохирургии глаза», Курский институт социального образования (филиал) Российского государственного социального университета, Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ), особенно в сочетании с метаболическим синдромом (МС), оказывает выраженное негативное воздействие на сердечно-сосудистую систему, значимо повышая риск наступления тромбозов. Цель исследования: установить состояние антиагрегационной способности сосудистой стенки у больных с АГ 3 степени при МС, ранее перенесших периферический тромбоз.

Материал и методы:

В исследование включены 24 человека с АГ 3 степени, риск 4 зрелого возраста. Группу контроля составили 25 клинически здоровых людей аналогичного возраста. У всех обследованных в плазме определяли содержание эндотелина-1, тромбосана В2, 6-кето-простагландина F1 α и суммарные метаболиты оксида азота. Антиагрегационная активность сосудистой стенки выяснялась в пробе с временной венозной окклюзией по торможению агрегации тромбоцитов (АТ), оценивающийся на агрегометре АПАТ2-«БИОЛА» (Россия), с расчетом индекса степени агрегации тромбоцитов (ИСТАТ) путем деления степени агрегации без манжетки на степень агрегации тромбоцитов с ней и с вычислением индекса показателя агрегации тромбоцитов (ИПАТ) путем деления показателя агрегации без наложения манжетки на показатель агрегации с манжеткой. Обработка результатов велась t-критерием Стьюдента.

Результаты:

В исходе в крови больных уровень тромбосана В2 оказался повышен на 84,8% при понижении 6-кето-простагландина F1 α на 17,9%, сопровождаясь высоким уровнем эндотелина-1 (21,1 \pm 0,27 пг/мл) и депрессией на 28,7% суммарных метаболитов оксида азота. Наиболее активно тромбоциты больных агрегировали в плазме, взятой с наложением манжетки с коллагеном – степень агрегации с ним превышала контроль на 46,3%, а показатель агрегации на 50,0%. Степень агрегации с ристомидином у пациентов в пробе с временной венозной окклюзией была выше контроля на 52,1%, а показатель агрегации превышал ее у здоровых лиц на 85,7%. Менее активно тромбоциты обследованных больных в плазме после окклюзионного воздействия агрегировали с АДФ. При этом степень АДФ-агрегации и показатель агрегации с данным индуктором превышали контрольные величины на 63,8% и 81,2%, соответственно. У наблюдаемых лиц с осложненной АГ 3 степени при МС величины ИСТАТ и ИПАТ оказались достоверно сниженными: с коллагеном на 14,8% и 14,0%, с ристомидином на 16,2% и 14,5%, с АДФ на 19,9% и 18,4%, соответственно.

Заключение:

Таким образом, имеющаяся у обследованных больных избыточная активность тромбоцитов имеет в своей основе повышение их адгезивной и агрегационной активности за счет наступающего в их крови дисбаланса про- и антиагрегационных влияний.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У., Шек А.Б., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Оценить особенности поражения коронарного русла в зависимости от уровня триглицеридов у больных нестабильной стенокардией.

Материал и методы:

Обследовано 141 больных, с нестабильной стенокардией (НС) IIB класс (Braunwald E. et al., 1989). Спектр липидов крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА) определяли на автоанализаторе «Daytona» (RANDOX, Ирландия). Коронарография выполнялась на установке Allura CV-20 (Philips, Голландия). Для оценки степени сужения сосуда, использовалась визуальная оценка со следующей характеристикой: нормальная коронарная артерия, измененный контур артерии без определения степени стеноза, сужение < 50%, сужение на 51-75%, 76-95%, 95-99% (субтотальное), 100% (окклюзия).

Результаты:

Больные нестабильной стенокардией в зависимости от медианы ТГ были разделены на две группы: 70 пациентов с ТГ выше 230 мг/дл (I группа) и 71 больных с уровнем ТГ ниже 230 мг/дл (II группа). Между группами не было выявлено различий по основным клинико-гемодинамическим параметрам. При сравнительном анализе уровня других показателей липидов крови в группе больных с ТГ > 230 наблюдался достоверно более высокий уровень ОХС и ХС ЛПНП (235,5 \pm 52,5, p<0,05 и 64,1 \pm 22,0, p<0,001), относительно II группы с ТГ < 230 (215,8 \pm 40,0 и 34,3 \pm 8,5), соответственно. При этом средние показатели ХС ЛПНП и ХС ЛПВП между группами существенно не различались. При оценке тяжести поражения коронарного русла во II группе (ТГ < 230) было больше пациентов с однососудистым поражением коронарных артерий - у 21 (34,4%) ($\chi^2=4,955$, P<0,05), чем в I группе - 10 (15,6%) соответственно. В I группе больных (ТГ > 230 мг/дл) оказалось больше пациентов с трехсосудистым поражением 41 (64%) ($\chi^2=8,705$, P<0,005) по сравнению со II группой 22 (36,1%).

Заключение:

У больных с дестабилизацией стенокардии и смешанной дислипидемией (уровень триглицеридов выше медианного значения 230 мг/дл) достоверно чаще наблюдалось трёхсосудистое поражение коронарного русла (P<0,005), что имеет значение в дальнейшем выборе тактики хирургической реваскуляризации.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В УШКЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Савинкова Е.А., Аль-Сурайфи Ауда, Ковсар А.В.

ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования — сравнить скорость кровотока в ушке левого предсердия (УЛП) у больных мерцательной аритмией (МА) и

трепетанием предсердий (ТП) с нормальной и нарушенной диастолической функцией левого желудочка.

Материал и методы:

Обследовано 143 пациента (мужчин — 59,4%, возраст от 20 до 81 года, медиана — 60,0 года) с персистирующей неклапанной МА (86 человек — 60,1%) или ТП (57 человек — 39,9%) длительностью более 48 часов, у которых при чреспищеводном эхокардиографическом исследовании (аппарат Philips EnVisor HD, Нидерланды) не было выявлено тромба в УЛП. Диастолическая функция левого желудочка оценивалась по скорости движения миокарда в области митрального фиброзного кольца в режиме тканевого доплера.

Результаты:

У больных МА с нормальной диастолической функцией левого желудочка скорость кровотока в УЛП в среднем равнялась 31,8 (29,5–34,1) см/с, а при ее нарушении — 26,1 (22,9–29,3) см/с. У больных ТП соответствующие значения составили 37,9 (35,3–40,5) и 32,9 (29,9–35,9) см/с.

Заключение:

Независимо от состояния диастолической функции левого желудочка скорость кровотока в УЛП у больных МА ниже, чем у больных ТП. Как при МА, так и при ТП скорость кровотока в УЛП у больных с нарушением диастолической функции левого желудочка ниже, чем у больных с нормальным диастолическим наполнением.

ВЛИЯНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФЕНОМЕН СПОНТАННОГО ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Савинкова Е.А., Аль-Сурайфи Ауда, Ковсар А.В.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ Минздрава России, Тверь, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования — изучить влияние антикоагулянтной терапии (АКТ) и нарушения диастолической функции (НДФ) левого желудочка на феномен спонтанного эхоконтрастирования (ФСЭК) у больных неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы:

В исследование включены 143 пациента (мужчин — 59,4%, возраст от 20 до 81 года, медиана возраста — 60,0 года) персистирующей неклапанной ФП длительностью более 48 часов, у которых при чреспищеводном эхокардиографическом исследовании (аппарат Philips EnVisor HD, Нидерланды) не был выявлен тромб в ушке левого предсердия. Диастолическая функции левого желудочка оценивалась по скорости движения миокарда в области митрального фиброзного кольца в режиме тканевого доплера.

Результаты:

ФСЭК выявлен в 36,4 (28,5–44,2) % случаев, ФСЭК высокой степени — в 4,2 (0,9–7,5) % случаев. Среди больных, получавших и не получавших АКТ, доля лиц с ФСЭК составила 44,8 (35,8–53,9) и 57,3 (47,0–67,6) %, а с ФСЭК высокой степени — 16,4 (9,6–23,1) и 20,2 (11,9–28,6) % соответственно. У больных ФП без НДФ левого желудочка ФСЭК отмечен в 29,2 (19,8–38,7) % случаев, а при ее нарушении — в 48,1 (34,8–61,5) % случаев ($p < 0,05$), ФСЭК высокой степени — соответственно в 0,0 (0,0–4,1) и 11,1 (2,7–19,5) % случаев ($p < 0,005$).

Заключение:

У больных ФП прием антикоагулянтов не влияет на распространенность ФСЭК, а НДФ левого желудочка сопровождается полукратным увеличением частоты ФСЭК.

АНАЛИЗ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Абзалова Г.Ф., Латипова З.К., Давлятшина Н.З., Маянская С.Д., Садыков А.Р., Хайруллин Р.Н., Рахимуллин И.М.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ГАУЗ "МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР", Казань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучить и сравнить изменения показателей инотропной функции сердца у больных с ИБС после коронарного шунтирования (КШ) в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы:

Было обследовано 30 человек (6 женщин и 24 мужчин), страдающих ИБС от 39 до 76 лет, имеющих поражение 2-х (2 чел.) и 3-х (10 чел.), более 4-х (18 чел.) коронарных артерий (КА). У всех больных выявлены гемодинамически значимые стенозы артерий, причем у 17 6-х - окклюзия сосудов различной локализации, у 4-х - стеноз ствола левой КА более 80%, 53% пациента перенесли инфаркт миокарда. Всем больным проводилась операция аорто-коронарное (АКШ) или мамма-коронарное шунтирование (МКШ) с наложением 2-х (9 чел.), 3-х (11 чел.) и более 4-х шунтов (10 чел.). 1-ой группе больных (20 чел.) КШ проводилось в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармако-холодовой кардиopleгии (ФХКП); во 2-ой (10 чел.) - на бьющемся сердце (ОРСАВ). Всем пациентам до и через неделю после КШ были исследованы параметры сердечно-сосудистой гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) анализатором параметров кровообращения АПКО-8-РИЦ (фирма «Сетал», г. Казань).

Результаты:

Анализ гемодинамических параметров показал, что в 1-ой группе через 7 дней после операции: сердечный выброс (СВ) уменьшался на 11 %, сердечный индекс (СИ) - на 6,1%, ударный объем (УО) - на 23%, ударный индекс (УИ) - на 25%, объемная скорость выброса (ОСВ) - на 26,5%, мощность сокращения ЛЖ - на 30,2%. Во 2-ой группе, к 7 суткам после операции, наоборот, наблюдалось увеличение СВ более, чем в 1,5 раза, СИ - на 11,3%, ОСВ - на 26%, мощности сокращения ЛЖ - на 24,4%.

Заключение:

Таким образом, предварительный анализ сердечно-сосудистых гемодинамических параметров в динамике КШ, полученных методом ОКО показал, что у пациентов с ИБС, уже через 7 дней после операции на бьющемся сердце наблюдалось улучшение инотропной функции сердца, тогда как у больных, которым проводилось хирургическое вмешательство в условиях ИК и ФХКП, в раннем послеоперационном периоде, наоборот, выявлялось снижение практически всех показателей, что, по-видимому, свидетельствовало о кардиодепрессивном влиянии данного метода хирургического вмешательства на восстановление сердечно-сосудистой гемодинамики в целом.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕВОСИМЕНДАНА

ЛЕБЕДЕВА Н.Б., ЧЕСНОКОВА Л.Ю., ТАРАСОВ Н.И.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, МУЗ КЕМЕРОВСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР, ГБОУ ВПО «КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ Минздрава России, КЕМЕРОВО, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Изучить влияние левосимендана (ЛС) на показатели церебральной гемодинамики у больных инфарктом миокарда

Материал и методы:

182 больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, среднего возраста 60,4 (53;69) года, осложненным левожелудочковой недостаточностью Killip II - III, были рандомизированы на 2 группы. Группа I – 49 пациентов, средний возраст 59,6 (52;69) получала стандартную терапию, группа II – 133 пациента, средний возраст 60,6 (54;69) в дополнение к стандартной терапии на 2-е сутки ИМ получала ЛС по общепринятой схеме. Стандартная терапия включала ЧКВ (32 (65,3%) против 69 (51,9%), $p=0,105$), ТЛТ 8 (16,3%) против 19 (14,3%) $p=0,749$), медикаментозную терапию, сопоставимую в обеих группах. Перед введением ЛС и на 10-12 сутки ИМ проводилось исследование церебральной гемодинамики в экстра- и интракраниальных отделах ультразвуковым методом и эхокардиография.

Результаты:

Все включенные пациенты имели признаки атеросклероза сонных артерий: утолщение комплекса интима-медия и/или бляшки, стенозирующие просвет менее, чем на 60%. Результаты повторной ЭХО-КС показали, что внутрисердечная гемодинамика в группе II значительно улучшилась. Кроме того, после введения ЛС в группе II, в отличие от группы I достоверно увеличились: площадь поперечного сечения, максимальная скорость кровотока, объёмная скорость кровотока; снизился индекс резистентности экстракраниальных артерий, увеличилась максимальная скорость кровотока в среднемозговой артерии на 5,6% и в передней мозговой артерии – на 8,6% ($p<0,001$). Улучшение показателей церебральной гемодинамики на фоне введения ЛС не зависело от выраженности атеросклеротического процесса.

Заключение:

Введение ЛС у пациентов с инфарктом миокарда, осложненным левожелудочковой недостаточностью, не только улучшает систолическую функцию миокарда, но и оказывает положительное влияние на церебральную гемодинамику.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

АКАБАЕВА В.К.

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР А-SANAS, г.Алматы, КАЗАХСТАН

Введение (цели/ задачи):

В 2005 году рабочая группа, состоящая из авторитетных гепатологов и кардиологов, приняла определение цирротической кардиомиопатии (ЦКМП). ЦКМП, по определению экспертов, является одной из форм хронической сердечной дисфункции и характеризуется снижением сократимости в ответ на стресс и/или изменением диастолической функции с электрофизио-

логическими особенностями в отсутствие других известных болезней сердца. Печень, которая играет активную роль в депонировании крови и регуляции венозного возврата к сердцу, облегчает тем самым работу правого желудочка при сердечной недостаточности. Несмотря на проводимые исследования, структурно-функциональные особенности сердца при хроническом гепатите и циррозе печени (ЦП) остаются недостаточно изученными. Хорошо известно, что формированию кардиогемодинамических расстройств способствует развитие портальной гипертензии. Однако в ряде работ показано, что морфофункциональным нарушениям сердца при различных заболеваниях часто предшествуют метаболические изменения в миокарде. Достаточно серьезны клинические последствия ЦКМП. Однако известно, что систолическая функция при ЦП в начальной стадии в покое сохранена и сопровождается тахикардией, высокой фракцией выброса – так называемый гиперкинетический тип гемодинамики. При ЦП в исходе фракция выброса прогрессивно снижается, сопровождающаяся гепатокардиальным синдромом. Цель исследования: провести анализ полученных результатов эхокардиографических и лабораторных показателей в формировании ЦКМП при ЦП с точки зрения клинической кардиологии.

Материал и методы:

Оценивались эхокардиографические и лабораторные данные 32 пациентов с ЦП вирусной этиологии, средний возраст 46 ± 2 лет. Критериями выбора явились установленный диагноз на основании стандартных методов обследования и анализов крови, ИФА, маркеров с подтверждением диагноза ЦП вирусной этиологии с минимальной и умеренной степенью активности, класс В и С по Чайлд-Пью. Критерии исключения: заболевания сердца (миокардит, ИБС, нарушения ритма и проводимости), легких, почек, крови, артериальной гипертензии, сахарного диабета. Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel с помощью критерия Стьюдента с уровнем достоверности ($p<0,05$) и статистической корреляционной зависимости.

Результаты:

Анализ расчетов эхокардиографических показателей показал, что АО $3,1\pm 0,1$ см; ЛП $4,0\pm 0,12$ см; ПЖ $3,1\pm 0,2$ см; КДР $6,7\pm 0,8$ см; КСР $5,7\pm 0,5$ см; КДО $231\pm 12,6$ мл, КСО $158\pm 10,8$ мл; УО $73\pm 5,2$ мл, ФВ $32\pm 2,5\%$; $\Delta S15\pm 1,4\%$, ТМЖП $0,6-0,9\pm 0,1$ см, ТЗСЛЖ $0,8-1,4\pm 0,1$ см и биохимических анализов: общ.белок $62,4\pm 4,2$ г/л, мочевины $1,8\pm 0,6$ ммоль/л, $58\pm 1,8$ мкмоль/л; АЛТ $76\pm 8,5$ У/л, АСТ $51,2\pm 8,03$ У/л, общ.билирубин $16,4\pm 1,2$ мкмоль/л; калий – $4,3\pm 1,6$; натрий – $139,8\pm 2,6$; хлориды – $110,2\pm 6,8$ Проведен корреляционный анализ взаимосвязи между числом больных ЦП, их эхокардиографическими данными и лабораторными показателями.

Заключение:

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить наличие межсистемных коррелятивных взаимосвязей между расширением полостей сердца и повышенным титром АЛТ, АСТ, билирубина, электролитов и сниженным титром уровня мочевины, креатинина, подтверждающих наличие межсистемных нарушений у пациентов с ЦП. Повышенный титр АЛТ, АСТ, билирубина, электролитов обратнопропорционален снижению сократительной способности миокарда, сопровождающаяся снижением ударного объема (УО) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка сердца, в основе которого возникают метаболические изменения нарушения в миокарде, способствуя развитию ЦКМП.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

РАЗИН В.А., САПОЖНИКОВ А.Н., МАЗУРОВА О.В.,
ГИМАЕВ Р.Х., ЛИТВИНЕНКО М.Ф., ХАЙДАР МОХАМАД

ФГБОУ "Ульяновский государственный университет", ГУЗ
"Ульяновский госпиталь ветеранов", Ульяновск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Актуальность. Наличие предшествующей ХСН существенно ухудшает течение и прогноз при остром коронарном синдроме (ОКС). Одним из частых осложнений острой коронарной недостаточности являются эрозивные поражения желудка/12-перстной кишки. Цель исследования. Определить значение ХСН в возникновении гастродуоденитов при ОКС.

Материал и методы:

Изучен анамнез 60 (44 мужчин и 16 женщин; в возрасте 56 ± 9 (41-69) лет) пациентов, поступивших в отделение ОКС Ульяновской областной больницы, у которых при проведении эзофагодуоденоскопии были выявлены острые гастродуодениты. Группу сравнения составили 57 пациентов, сопоставимых по полу и возрасту, у которых острых эрозий не было.

Результаты:

Ранее ИБС в анамнезе в основной группе у 42 (70%) больных, из них с постинфарктным кардиосклерозом 17 (28%). Стадия предшествующей хронической сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско: стадия 0 - 7 пациентов (12%), ХСН I стадия - 16 пациентов (27%), IIa стадия - 34 пациента (43%), IIб стадия - 11 пациентов (18%). В группе сравнения ИБС в анамнезе у 37 (65%); с постинфарктным кардиосклерозом 10 (16%). Предшествующая ХСН: стадия 0 - 11 пациентов (19%), I стадия - 27 пациентов (46%), IIa стадия - 17 пациентов (31%), IIб стадия - 2 пациентов (4%). Таким образом, в основной группе пациенты с клинически значимыми II (а-б) стадиями ХСН составили 61%, против 35% в группе сравнения. Особенно существенной была разница в тяжелой IIб стадии. Из других «независимых» факторов сердечно-сосудистого риска в основной группе достоверно чаще определялся сахарный диабет 2 типа: у 11 (18%) больных. В контрольной группе - соответственно у 3 (5%). В основной группе курили 39 (65%) человек и только 21 (37%) в группе сравнения.

Заключение:

Предшествующая хроническая сердечная недостаточность, наряду с курением и сахарным диабетом 2 типа, ассоциирована с появлением гастродуоденитов при остром коронарном синдроме.

БЛИЖАЙШИЕ ЭХОКГ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ИШМУРАТОВА З.Ш., СИБАГАТУЛЛИН Н.Г.,
ЯГАФАРОВ И.Р., ЗАКИРОВ И.Р.,
ФАСХУДИНОВ Н.Г., ГУСМАНОВ Д.С., БИКЧАНТАЕВ А.А.

МСЧ ОАО "Татнефть" и г. Альметьевска,
Альметьевск, Татарстан, Россия

Введение (цели/ задачи):

Показать динамику систолической функции левого желудочка по данным ЭХОКГ после операции КШ у больных с ОКС.

Материал и методы:

В период с 01.2010 по 07.2014 г. в отделение, кардиохирургии по-

ступило 3123 пациента с ОКС, из которых, 72 больным (2,3%) выполнено КШ. Из них нестабильная стенокардия установлена у 48 человек (66,5%), ОКС с подъемом ST у 8 (11%), ОКС без подъема ST у 16 (22,5%). По уровню фракции выброса (ФВ) по Teichholz пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа - ФВ > 50% (n=58), 2 группа - ФВ < 50% (n=14), которая и явилась предметом нашего исследования. Максимальная ФВ составила 48,7%, минимальная - 27%, среднее значение ФВ - $40,9 \pm 6,1\%$ ($p=0,03$). При чем снижение ФВ отмечалось за счет увеличения конечного систолического размера (КСР). Максимальное значение КСР составило 6,3 см, минимальное 3,7, среднее значение КСР - $4,41 \pm 0,61$ см. Максимальное значение конечного диастолического размера (КДР) 7,1 см, минимальное - 4,7, среднее значение КДР - $5,5 \pm 0,32$ см. У этих пациентов стенозное поражение (стеноз ствола ЛКА > 55% и выше) выявлено у 10 пациентов (71%), стеноз ствола + трехсосудистое поражение - у 4 (28%). Показаниями к КШ были значимые поражение ствола ЛКА, трехсосудистое поражение, нестабильность гемодинамики, отсутствие возможности выполнения коронарной ангиопластики. Экстренное КШ (до 1 сут) проведено 3 пациентам (21,3%), срочное КШ (от 2-7 сут) - 8 пациентам (64,4%), отсроченное КШ (более 7 сут) - 2 пациентам (14,3%).

Результаты:

После операции на 7 сутки при проведении контрольного ЭХОКГ, КСР уменьшился с $4,41 \pm 0,61$ см до $4,12 \pm 0,4$ см, при чем значительно уменьшился КСР у пациентов с более высокими показателями (более 5,5 см). Данные КДР достоверно не изменялись. Соответственно увеличилась ФВ с $40,9 \pm 6,1\%$ до $49,5 \pm 4,1\%$. 2 пациента умерло (1- развилась ОССН, 1- ОНМК).

Заключение:

При ранней реваскуляризации у больных с ФВ менее 50% миокарда наблюдается улучшение систолической функции желудочков и, как следствие, повышение ФВ.

НОВЫЙ ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЕТЕРОПЛАЗМИИ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА

САЗОНОВА М.А., ПОСТНОВ А.Ю., СОБЕНИН И.А.

ФГБНУ НИИ ОПП, ФГБУ РКНПК, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

При изучении ассоциации митохондриальных мутаций с заболеваниями человека необходима не только качественная (наличие/отсутствие мутации), но и количественная оценка мутантного митохондриального генома (уровень гетероплазмии мутации). С этой целью авторами был разработан новый оригинальный метод количественного определения уровня гетероплазмии мутаций митохондриального генома.

Материал и методы:

Образцы ткани из интимы нормальной и пораженной атеросклерозом аорты лиц, погибших в результате несчастного случая или внезапной смерти служили материалом для данного исследования. ПЦР-фрагменты, содержащие области исследуемых мутаций, были пиросеквенированы для выявления точечных замен, микроинсерций или микроделений с помощью соответствующих праймеров. Исследования проводили на автоматическом пиросеквенаторе PSQTMHS96MA.

Результаты:

Разработан новый оригинальный метод количественного определения уровня гетероплазмии мутаций митохондриального ге-

нома, основанный на технологии пиросеквенирования коротких фрагментов ДНК. Согласно данному методу, проводится анализ высоты пиков пирограммы в исследуемой области одноцепочечного ПЦР-фрагмента. Составлена общая формула для подсчёта процента гетероплазии, которая выглядит следующим образом: где P – процент гетероплазии; h – высота пика исследуемого нуклеотида; N – высота пика исследуемого нуклеотида, соответствующая наличию в образце 100% нормальных аллелей; M – высота пика исследуемого нуклеотида, соответствующая наличию в образце 100% мутантных аллелей.

Заключение:

Разработанный авторами новый оригинальный метод количественного определения гетероплазии мутантного митохондриального генома может быть использован в клинической диагностике заболеваний, ассоциированных как с соматическими, так и с наследственными мутациями митохондриального генома человека, а также для анализа соматических мутаций ядерного генома. Работа поддержана Российским научным фондом, грантом №14-14-01038.

ИЗУЧЕНИЕ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В КЛЕТКАХ КРОВИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У ЖЕНЩИН

Сазонова М.А., Чичёва М.М., Синёв В.В.,
Баринова В.А., Рыжкова А.И.,
Трубинов С.С., Постнов А.Ю., Собенин И.А.

ФГБНУ НИИ ОПП, ФГБУ РКНПК, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Атеросклероз является одним из самых распространенных в наше время заболеваний и служит фундаментом большинства сердечно-сосудистых заболеваний. На начальных стадиях заболевания атеросклероз распознать крайне трудно. В связи с этим имеет смысл исследование наследственных маркеров, являющихся ранними предикторами атеросклероза. Целью настоящего исследования было выявление мутаций митохондриального генома, ассоциированных с бессимптомными атеросклеротическими поражениями сонных артерий у женщин.

Материал и методы:

Участниками исследования являлись 183 условно здоровые женщины из Московского региона, не имеющие клинических проявлений атеросклероза в форме ишемической болезни сердца, перенесенных инфаркта миокарда или инсульта. Возраст женщин варьировал от 34 до 86 лет, средний возраст по выборке составил 65,41(SD=9,34) лет. В данной выборке было проанализировано 42 мутации митохондриального генома.

Результаты:

Обнаружено, что мутации митохондриального генома C3256T, G14709A и G12315A статистически достоверно ассоциированы с патологическим увеличением сIMT ($p < 0,001$). Мутации G13513A и G14846A являются антиатерогенными на уровне значимости $p < 0,001$. Совокупностью данных мутаций оказалось возможным объяснить 68% вариабельности сIMT. В то же время совокупность традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний объясняет только 8% вариабельности ТИМ. Кроме того, мутация C3256T продемонстрировала значимую ассоциацию с таким фактором риска атеросклероза, как повышение систолического артериального давления ($p < 0,001$).

Заключение:

Выявлены три атерогенные (C3256T, G14709A и G12315A) и две антиатерогенные (G13513A и G14846A) мутации, ассоциированные с бессимптомным (доклиническим) атеросклерозом у женщин. Данные сведения могут оказаться полезными для ранней диагностики такого грозного заболевания 21 века, как атеросклероз. Работа поддержана Российским научным фондом, грантом №14-14-01038.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ГЕТЕРОПЛАЗИИ МУТАЦИЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В УЧАСТКАХ МОРФОЛОГИЧЕСКИ КАРТИРОВАННОЙ СТЕНКИ АОРТЫ

Сазонова М.А., Синёв В.В., Баринова В.А.,
Рыжкова А.И., Трубинов С.С.,
Желанкин А.В., Митрофанов К.Ю., Собенин И.А.

ФГБНУ НИИ ОПП, ФГБУ РКНПК, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Целью настоящего исследования был анализ уровня гетероплазии митохондриальных мутаций 652delG, A1555G, C3256T, T3336C, 652insG, C5178A, G12315A, G13513A, G14459A, G14846A и G15059A в нормальных и пораженных атеросклерозом участках морфологически картированной стенки аорт.

Материал и методы:

Было исследовано 265 нормальных и пораженных атеросклерозом участков 5 аорт людей, погибших в результате несчастного случая или внезапной смерти. Интима каждой аорты была разделена по морфологическим признакам на участки с различной степенью атеросклеротического поражения: фиброзные бляшки, липофиброзные бляшки, начальные атеросклеротические поражения (жировые точки и жировые полосы) и нормальная интима аорты человека. После выделения ДНК были получены ПЦР-фрагменты, содержащие область исследуемых митохондриальных мутаций. Оценка уровня гетероплазии мутаций была проведена с помощью нового оригинального метода, разработанного сотрудниками нашей лаборатории.

Результаты:

Согласно полученным данным, с суммарным и начальным атеросклеротическим поражением участков интимы, а также липофиброзными бляшками значимо связаны мутации G12315A ($p \leq 0,01$) и G14459A ($p \leq 0,05$). С фиброзными бляшками и суммарным атеросклеротическим поражением достоверно ассоциирована мутация C5178A ($p \leq 0,01$). Мутация A1555G проявляет антиатерогенный эффект в начальном поражении и липофиброзных бляшках ($p \leq 0,05$). В то же время мутация G14846A является антиатерогенной для липофиброзных бляшек ($p \leq 0,05$). Отрицательная корреляция с фиброзными бляшками мутации G12315A ($p \leq 0,05$) позволяет предположить, что с образованием данного вида атеросклеротического поражения эта мутация не связана.

Заключение:

С атеросклеротическим поражением оказались ассоциированы мутации C5178A и G14459A митохондриальных генов субъединиц 2 и 5 NADH дегидрогеназы, а также однонуклеотидная замена G12315A гена tPHK-Лейцин (кодон узнавания CUN). Работа поддержана Российским научным фондом, грантом №14-14-01038.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Лопина Е.А., Лопин И.В., Бобылева Е.О., Либис Р.А.

ГБОУ ВПО ОРГМА МЗ РФ, Филиал №6
ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России, ГАУЗ
ГКБ им.Н.И. Пирогова, Оренбург, Россия**Материал и методы:**

В исследовании принимало участие 88 пациентов в возрасте от 40-80 лет (средний возраст 58,3±9,5 лет) с АГ, находящихся в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, которые были разделены на 2 группы по полу (1 – 43 женщин, 2 – 45 мужчин). Пациенты были сопоставимы по наличию факторов риска и уровню систолического артериального давления (САД).

Результаты:

Среднее амбулаторное САД в группах составило 133,36±16,8 и 135,09±29,7 мм рт.ст. соответственно. Все пациенты получали стандартную поддерживающую гипотензивную терапию с целевым уровнем САД ниже 140 мм рт.ст. В группе женщин 35% получали монотерапию и 65% - комбинированное лечение, в группе мужчин соответственно 42% монотерапию и 58% комбинированную. Признаки атеросклероза ОСА выявлены у пациентов обеих групп. Толщина КИМ в группе женщин составила 1,07±0,21мм, в группе мужчин - 1,27±0,23мм ($p<0,05$). Наличие атеросклеротических бляшек, обнаруженных в 1 и 2 группах, отмечено в 60% и 58% соответственно ($p>0,05$). Средний уровень общего холестерина составил 5,5±1,3 и 5,39±1,3 ммоль/л соответственно ($p>0,05$). Средний показатель индекса резистивности ОСА в 1-й и 2-й группах составил 0,8 [0,75;0,85] и 0,85 [0,8;0,9] соответственно ($p>0,05$). Во время исследования выявлена прямая корреляционная связь средней силы между амбулаторным САД и количеством принимаемых препаратов ($r=0,45$ $p<0,05$), а также прямая сильная корреляционная связь между амбулаторным САД и индексом резистивности общих сонных артерий соответственно ($r=0,7$, $p<0,05$).

Заключение:

Таким образом, при сопоставимой выраженности и частоте встречаемости факторов риска, уровне САД у мужчин выявлено более выраженное изменение толщины КИМ и индекса резистивности ОСА по сравнению с женщинами, что еще раз подтверждает значимость мужского пола как самостоятельного фактора риска ССЗ.

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Нестеров В.С., Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры ОКД «ЦДиССХ», Сургут, Россия

Введение (цели/ задачи):

Оценить адекватность назначения и применения антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий на амбулаторном этапе.

Материал и методы:

Под наблюдением аритмолога ОКД «ЦД и ССХ» в 2014 находилось 120 пациентов с диагнозом фибрилляция предсердий. Среди пациентов было 48,3% мужчин и 51,7% женщин. Возраст пациентов составил от 30 до 86 лет, средний 62,4 ± 10,3 лет. Оценивались

следующие показатели: форма фибрилляции предсердий, необходимость в назначении данным пациентам антикоагулянтов, выполнение назначений пациентами (прием антикоагулянтов), эффективность антикоагулянтной терапии (достижение целевого уровня МНО у пациентов, принимающих варфарин), причины несоблюдения и отмены антикоагулянтной терапии. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе Microsoft Excel.

Результаты:

Превалирующее большинство пациентов (98,3%) обращались к аритмологу ОКД после консультации кардиолога/терапевта по месту жительства, на первичном приеме были лишь 1,7% пациентов. Пароксизмальная форма ФП была выявлена у 37,5% пациентов, персистирующая у 13,4%, хроническая - у 49,1%. При оценке по шкале CHADS2-VASc нуждались в антикоагулянтной терапии (имели более 1 балла по шкале CHADS2-VASc) 109 пациентов (90,8%). Высокий риск по шкале HAS-BLED был выявлен у 7 пациентов (5,8% от общей группы). Медикаментозную терапию получали 69 (63,4%) пациентов из числа тех, кому была показана антикоагулянтная терапия. Назначались следующие варианты терапии: 45 пациентам (41,3%) был назначен варфарин, 8 пациентов (7,3%) получали аспирин и плавикс, 7 (6,4%) – ксарелто, 8 (7,3%) – прадаксу и 1 пациент (0,9%) – тройную терапию (аспирин, плавикс и варфарин). Среди 40 больных, не получавших антикоагулянтную терапию, 26 (23,8% от общей группы) принимали аспирин, в том числе те пациенты, которые самостоятельно отменяли прием антикоагулянтных препаратов; 14 больным (12,8% от общей группы) медикаментозное лечение было необоснованно отменено терапевтами амбулаторного звена. Из числа пациентов, которым был назначен варфарин, только 25 пациентов (27,3% от общей группы) достигли целевых уровней МНО и регулярно контролировали этот показатель. Осложнения на фоне терапии (повышенная кровоточивость, в т.ч. из ЖКТ) были выявлены у 5 пациентов (5,5%).

Заключение:

Полученные нами данные показывают, что из всех пациентов, нуждающихся в антикоагулянтной терапии, назначался таковая лишь 63,4% пациентов. Из числа пациентов, получавших терапию, варфарин назначался 41,3%, достигли целевого уровня МНО и регулярно следили за этим показателем только 27,3% пациентов. Неадекватная антикоагулянтная терапия на амбулаторном этапе связана с необоснованной отменой, частым неназначением лекарственных средств у пациентов высокого риска врачами амбулаторного звена, а также с низкой информированностью пациентов о возможности развития тромбоэмболических осложнений.

СТЕПЕНЬ УРБАНИЗАЦИИ, ЗАГРЯЗНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РЕГИОНАХ РФ

Табакбаев М.В., Артамонова Г.В.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Широкое распространение как доказанных, так и малоизученных факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) в том числе экзогенных (уровень урбанизации, загрязнения атмосферного воздуха) среди населения привело к высокой смертности и инвалидизации от инфаркта миокарда. Оценка сочетанного влияния степени урбанизации и уровня антропогенной нагрузки регионов РФ в качестве ведущих экзогенных ФССР на заболеваемость острым (ОИМ) может выступать в качестве перспективных под-

ходов в профилактике ОИМ среди населения РФ.

Материал и методы:

Среднегодовые данные о заболеваемости от ОИМ (случаев на 1000 населения) и загрязнению атмосферного воздуха на площадь (выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, отходящих от стационарных источников в тысяч тонн/площадь региона в тыс.км²) по регионам РФ за 2005-2006гг. представлены информацией официального сайта Росстата. 25 изучаемых регионов РФ отнесены к группе «низкоурбанизированных» (отмечены как «0»), другие 30 – «высокоурбанизированных» (отмечены как «1») [Попов, 2005]. Для определения связи 3 показателей применялся метод множественной регрессии.

Результаты:

Результаты проведенного анализа показали прямую зависимость заболеваемости ОИМ от степени урбанизации ($B=0,32$; $p=0,001$) и уровня загрязнения атмосферного воздуха ($B=0,24$; $p=0,02$). При этом общий коэффициент регрессии R составил $0,47$ ($p<0,001$).

Заключение:

Выявлена прямая зависимость заболеваемости ОИМ от уровня загрязнения атмосферного воздуха и степени урбанизации регионов РФ. Полученные результаты позволяют использовать их в качестве региональных индикаторов сердечно-сосудистого риска, а также подтверждают влияние экзогенных ФССР на состояние общественного здоровья.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕТЕРОПЛАЗМИИ МУТАЦИЙ ГЕНОВ СУБЪЕДИНИЦ 1 И 2 СУБЪЕДИНИЦ NADH-ДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ЛИПОФИБРОЗНЫХ БЛЯШКАХ И НОРМАЛЬНОЙ ИНТИМЕ АОРТЫ ЧЕЛОВЕКА

БАРИНОВА В.А.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Морфологической основой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 90% случаев является атеросклероз, поэтому вклад заболеваний атеросклеротического генеза и их последствий в общую смертность является достаточно весомым. Выявление митохондриальных мутаций, ассоциированных с атеросклерозом, может быть важным дополнением к существующим системам оценки сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы:

Материалом исследования служили образцы ткани из интимы аорт 7 лиц, погибших в результате несчастного случая или внезапной смерти. В исследовании сравнивалась нормальная (непораженная) интима аорт с липофиброзными бляшками. ДНК выделяли из образцов лейкоцитов крови с помощью набора AQUAPURE GENOMIC TISSUE KIT фирмы BioRad, следуя соответствующим протоколам. Далее проводили полимеразную цепную реакцию, с целью получения фрагментов ДНК, содержащих область исследуемых мутаций. Пиросеквенирование амплификатов проводили на автоматическом пиросеквениаторе PSQTMHS96МА. Для подсчета процента гетероплазмии мутаций по данным программы применялся метод количественной оценки мутантного аллеля митохондриального генома, разработанный сотрудниками лаборатории на базе технологии пиросеквенирования.

Результаты:

Сравнение процента гетероплазмии в участках нормальной интимы и липофиброзных бляшках аорт показало что процент гетероплазмии мутации Т3336С в 29% аорт выше в липофиброзных бляшках. В то же время процент гетероплазмии однонуклеотидной замены С5178А преобладал в участках нормальной интимы 57% аорт.

Заключение:

При анализе митохондриальных генов субъединиц 1 и 2 субъединицы NADH дегидрогеназы обнаружено, что мутация Т3336С ассоциирована с атеросклеротическими поражениями. Мутация С5178А имеет антиатерогенный эффект. Полагаем, что мутации в митохондриальных генах NADH дегидрогеназы вовлечены в патологические механизмы возникновения и развития атеросклероза. Работа поддержана Российским научным фондом, грантом №14-14-01038.

ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ ОБРАЩАЕМОСТИ В СЛУЖБУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ОТ НАЧАЛА ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ.

ЛАЗАРЕВ К.В., БЕЛОУСОВА М.С.,

ВАСИЛЬЕВ А.А., ФИЩЕНКОВ В.И.

Станция скорой медицинской помощи, Челябинск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Исходы развития инфаркта миокарда во многом зависят от того, как рано пациент обратится за медицинской помощью от начала заболевания. Общеизвестно, что чем раньше проведено реперфузионное лечение, тем больший объем жизнеспособного миокарда удастся спасти, улучшая тем самым прогноз для пациента. Оптимально, чтобы пациенты с ангинозным приступом сразу обращались за медицинской помощью.

Материал и методы:

Карты вызовов станции скорой медицинской помощи города Челябинска к больным первичным и повторным инфарктом миокарда за 2006 – 2013 годы. Оценивалась длительность заболевания от первых симптомов до прибытия скорой медицинской помощи.

Результаты:

В 2013 году всего вызовов: 1045. В интервале до 3 часов: 512 (48,99%), 3 часа – 5 часов 59 минут: 171 (16,37%), 6 часов – 11 часов 59 минут: 118 (11,29%), 12 часов – 23 часа 59 минут: 83 (7,94%), свыше 24 часов: 161 (15,41%). В первые три часа в 2006 году обращалось: 55,60% пациентов, в 2007 году: 52,20%, в 2008 году: 49,40%, в 2009 году: 49,94%, в 2010 году: 54,90%, в 2011 году: 55,18%, в 2012 году: 58,15%.

Заключение:

В 2013 году при инфаркте миокарда пациенты обращались в службу скорой медицинской помощи города Челябинска в первые три часа от начала заболевания почти в половине случаев (48,99%). Данный показатель держится приблизительно на одном уровне с 2006 года.

К ВОПРОСУ О ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

МАЛЬ Г.С., ПОЛЯКОВА О.В., КУВШИНОВА Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Введение (цели/ задачи):

Сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) – лидирующая причина смертности во всем мире. Учитывая, что метаболизм всех лекарственных средств в организме человека генетически детерминирован, то применение современных фармакогенетических тестов для подбора индивидуальной дозы гиполлипидемического препарата приобретает все большую актуальность для персонализиро-

ванной медицины.

Материал и методы:

Под наблюдением находились 118 больных ИБС с первичной изолированной гиперхолестеринемией (ГХС) или сочетанной гиперлипидемии (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет ($55,7 \pm 2,9$ и $56,2 \pm 3,2$). В исследовании были проанализированы частоты генотипов по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 в группах больных ИБС, принимавших статины II и IV поколений.

Результаты:

Мы определили степень изменения всех показателей липидного спектра у больных, принимавших симвастатин (из них генотип СС имели 12 пациентов, СТ – 17 пациентов, ТТ – 11 пациентов) и розувастатин (генотип СС имели 11 пациентов, СТ – 19 пациентов, ТТ – 10 пациентов). Снижение атерогенных фракций липопротеидов при фармакотерапии симвастатином было достоверно более выраженным у больных с генотипом ТТ по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 (снижение уровня общего холестерина на 30,9%) по сравнению с больными с генотипами СС и СТ (снижение общего холестерина на 20,4% и 20,0% соответственно), что не удалось зарегистрировать при фармакотерапии розувастатином.

Заключение:

Полученные результаты описанной взаимосвязи генотипа по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 и гиполипидемического эффекта у больных ИБС с различными типами ГЛП показали неоспоримый вклад знаний о генетической гетерогенности субпопуляции в целях индивидуализации фармакотерапии.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Зинатуллина Д.С., Труханова И.Г.

ГБОУ ВПО САМГМУ МЗ РФ, САМАРА, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Сохраняется устойчивая тенденция неуклонного роста числа вызовов скорой медицинской помощи в РФ по поводу гипертонических кризов (ГК), наиболее серьезных осложнений артериальной гипертонии. Оказание эффективной и, в то же время, безопасной неотложной терапии пациентам с ГК на догоспитальном этапе является в настоящее время одной из актуальных проблем современной кардиологии, решение которой должно существенно повлиять на прогноз и качество жизни больных с АГ. Целью работы является оценка эффективности медикаментозной терапии у больных с гипертоническим кризом на догоспитальном этапе по данным ГУЗ СО «Самарская ССМП».

Материал и методы:

Проведен анализ статистических данных вызовов с поводом «повышение АД» за период 2009-2013 годы. Это позволило выявить, что число вызовов по поводу ГК в последние пять лет стабильно остается высоким ($p < 0,05$), что составляет практически каждый шестой из общего числа зарегистрированных вызовов. В результате ретроспективного анализа эффективности лечения неосложненных ГК по 3487 картам вызовов ГУЗ СО «Самарская ССМП» за июнь 2011, июнь 2012, июнь 2013 годов у больных, в возрасте от 18 до 65 лет, которым была оказана догоспитальная медицинская помощь по поводу «повышения АД», установлено: стали чаще применять современные инъекционные гипотензивные препараты – ИАПФ, β -блокаторы, α -адреноблокаторы, реже – α -блокаторы центрального действия и блокаторы Са каналов, что эффективно снижает повышенное АД на догоспитальном этапе.

Результаты:

Обнадеживающие данные были получены в результате анализа 78 карт вызовов в июне 2013 года по использованию антигипертензивного препарата с многофакторным действием α -адреноблокатора урапидила (2,5-5,0 мл 0,5 % раствора) при лечении больных с ГК. В картах вызовов отмечено, что препарат применялся в дозировке 2,5 мл-23,1 % больным, 5,0 мл-76,9 % больным. Снижение АД при купировании ГК урапидилом отмечено в 84,6 % случаях. Исходно высокие значения систолического артериального давления $211,9 \pm 21,17$ мм рт.ст. снизились в среднем до $159,2 \pm 24,6$ мм рт.ст. Диастолическое артериальное давление с $106,5 \pm 13,8$ мм рт.ст. снизилось в среднем до $89,2 \pm 9,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). ЧСС до введения урапидила - $73,3 \pm 12,2$ в минуту и после - $71,3 \pm 9,9$ в минуту и ЧД - $16,6 \pm 0,9$ в минуту соответственно. Время нахождения на вызове бригады составило – $36,9 \pm 11,3$ минут. Из них госпитализированы только 11,5 % больных.

Заключение:

Таким образом, установлено, что число вызовов по поводу ГК остается высоким за последние пять лет ($p < 0,05$). При лечении ГК ГУЗ СО «Самарская ССМП» стали чаще применять современные гипотензивные препараты. Использование многофакторного α -блокатора урапидила при купировании ГК показал его эффективность.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИГНАЛУСРЕДНЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ИНДЕКСА ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Орлов Ю.А., Джабер Х.А.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА МИНЗДРАВА РОССИИ, ТВЕРЬ, РОССИЯ

Введение (цели/ задачи):

Изучить взаимосвязь показателей сигналусредней электрокардиограммы (СУЭКГ) и индекса эктопической желудочковой активности (ИЭЖА) у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Материал и методы:

Обследовано 45 больных ПИКС (мужчины, средний возраст 57,9 года). При суточном мониторинге электрокардиограммы («Кардиотехника-04-АД-3», Россия) определялись показатели СУЭКГ: продолжительность фильтрованного желудочкового комплекса после усреднения (TotQRSF), продолжительность сигнала малой амплитуды ниже 40 мкВ (LAS40) и среднеквадратичное значение напряжения в последние 40 мс желудочкового комплекса (RMS40). По данным суточного мониторинга ЭКГ при выявлении одиночной желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) с частотой менее 30 в час присваивался 1 балл, при одиночной ЖЭС с частотой более 30 в час и парной ЖЭС менее 30 в час — 2 балла, при парной ЖЭС с частотой более 30 в час — 4 балла, групповой ЖЭС — 3 балла, желудочковой тахикардии — 4 балла, далее баллы суммировались и рассчитывался ИЖЭА.

Результаты:

Корреляционный анализ показал положительную взаимосвязь между ИЖЭА и TotQRSF ($R_s = 0,51$, $p < 0,001$), ИЖЭА и LAS40 ($R_s = 0,44$, $p < 0,002$), тогда как между ИЖЭА и RMS40 определялась отрицательная зависимость ($R_s = -0,38$, $p < 0,01$).

Заключение:

У больных ПИКС эктопическая желудочковая активность возрастает с увеличением продолжительности фильтрованного желу-

дочкового комплекса, продолжительности сигнала малой амплитуды ниже 40 мкВ и уменьшении среднеквадратичного значения напряжения в последние 40 мс желудочкового комплекса.

НАРУШЕННЫЙ УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ)

Какорин С.В., Эрлих А.Д., Калинкина А.А.

ГБУЗ "ГКБ№4 ДЗМ", НИИ Физико-химической медицины ФМБА, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., провести сравнительный анализ распространенности нарушения углеводного обмена (УО) у больных ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСнST), без подъема сегмента ST (ОКСбпST), нестабильной стенокардией (НС) госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали ОКСнST, ОКСбпST, НС, распространенность нормального и нарушенного УО. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа на догоспитальном этапе (СД2), впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) - СД2 и нарушение толерантности к углеводам (НТГ)) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР 32-х стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) отмечено у 87 больных, из них СД2 - у 23(4,2%), НТГ был у 64(11,7%). Из 115 больных с СД2 в анамнезе у 73 была декомпенсация УО, у 42 была нормогликемия. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 202(36,9%) человека. Нормальный УО был у 346 больных (63,1%). ОКСнST имел место у 32(27,8%) из 115 больных с СД2, 11(47,8%) из 23 с ВВНУО(СД2), 33(51,6%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 66(19%) и 346 больных с нормальным УО. Таким образом, из 202 больных с нарушенным УО 76(37,6%) имели ОКСнST, что достоверно выше ($t=2,4$, $p<0,01$), чем у больных с нормальным УО - 19%. ОКСбпST был у 33 (28,7%) из 115 больных с СД2, 8 (34,8%) из 23 с ВВНУО(СД2), 20 (31,3%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 118 (34%) из 346 больных с нормальным УО. Таким образом, из 202 больных с нарушенным УО 61(30,2%) имели ОКСбпST, что достоверно не отличалось от больных с нормальным УО (34%). Нестабильная стенокардия была у 50 (43,5%) из 115 больных с СД2, 4 (17,4%) из 23 с ВВНУО(СД2), 11 (17,2%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 162 (47%) из 346 больных с нормальным УО. Таким образом, из 202 больных с нарушенным УО 65(32,2%) имели НС, что достоверно ($t=1,4$, $p<0,07$) не отличалось от группы больных с нормальным УО (47%), однако для оценки этих результатов необходима большая выборка пациентов.

Заключение:

На основании данных регистра ОКС г. Москвы распространенность нарушенного УО у больных с ОКС составляет 36,9%. В группе больных с нарушенным УО ОКСнST имеет место в 37,6% случаев, что достоверно выше ($t=2,4$, $p<0,01$), чем у больных с нормальным УО-19%. Распространенность ОКСбпST у больных с нарушенным УО(30,2%) достоверно не отличалось от группы больных с нормальным УО(34%). Распространенность НС у больных с нарушенным УО составила 32,2%, что достоверно ($t=1,4$, $p<0,07$) не отличалось от группы больных с нормальным УО(47%), однако для оценки этих результатов необходима большая выборка пациентов.

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ОТЕК ЛЕГКИХ И ГОСПИТАЛЬНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ)

Какорин С.В., Эрлих А.Д., Калинкина А.А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», НИИ Физико-химической медицины ФМБА, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., провести сравнительный анализ частоты развития госпитальной сердечной недостаточности (СН) в зависимости от степени нарушения углеводного обмена (УО) у больных ОКС госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации 32-х стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали кардиогенный шок, отек легких, госпитальную СН, распространенность нормального и нарушенного УО. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа на догоспитальном этапе (СД2), впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) — СД2 и нарушение толерантности к углеводам (НТГ)) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду неполного объема информации, изложеного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) выявлено у 87 больных, из них СД2 - у 23, НТГ был у 64. Из 115 больных с СД2 в анамнезе у 73 была декомпенсация УО, у 42 была нормогликемия. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 202 человека. Нормальный УО был у 346 больных (63%). Кардиогенный шок был у 2(1,7%) из 115 больных СД2, 1(4,3%) из 23 с ВВНУО(СД2), 1(1,6%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 5(1,4%) из 346 больных с нормальным УО. Отек легких имел место у 9(7,8%) из 115 больных СД2, 4(17,4%) из 23 с ВВНУО(СД2), 8(12,5%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 6(1,7%) из 346 больных с нормальным УО. Госпитальная СН зафиксирована у 12(10,4%) из 115 больных СД2, 2(8,7%) из 23 с ВВНУО(СД2), 4(6,3%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и

7(2,0%) из 346 больных с нормальным УО. Ввиду малой выборки различия в группах были не достоверны.

Заключение:

На основании данных регистра ОКС г. Москвы такие осложнения ОКС, как кардиогенный шок, отек легких, госпитальная СН у больных с нормальным и нарушенным УО ввиду малой выборки достоверно не различались. Обращало внимание, что отек легких у пациентов с нормальным УО встречался реже (1,7%), чем у больных с СД2 (7,8%), ВВНУО(СД2) (17,4%) и ВВНУО(НТГ) (12,5%). Госпитальная СН у пациентов с нормальным УО также встречалась реже (2,0%), по сравнению с СД2 (10,4%), ВВНУО(СД2) (8,7%) и ВВНУО(НТГ) (6,3%).

ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (РЕГИСТР ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ)

Какорин С.В., Эрлих А.Д., Калинкина А.А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», НИИ Физико-химической медицины ФМБА, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., провести сравнительный анализ летальности в зависимости от степени нарушения углеводного обмена (УО) у больных ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации 32-х стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали ОКСпST, летальность, распространенность нормального и нарушенного УО. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа на догоспитальном этапе (СД2), впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) - СД2 и нарушение толерантности к углеводам (НТГ)) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) выявлено у 87 больных, из них СД2 - у 23, НТГ был у 64. Из 115 больных с СД2 в анамнезе у 73 была декомпенсация УО, у 42 была нормогликемия. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 202 человека. Нормальный УО был у 346 больных (63%). ОКСпST имел место у 32(27,8%) из 115 больных с СД2, 11(47,8%) из 23 с ВВНУО(СД2), 33(51,6%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 66(19%) из 346 больных с нормальным УО. Летальность больных имеющих ОКСпST составила в группе с СД2 - 7(21,9%) из 32, с ВВНУО(СД2) - 3(27,3%) из 11, с ВВНУО(НТГ) - 2(6,1%) из 33, с нормальным УО - 8(12,1%) из 66 пациентов. Учитывая малую выборку данные различия не достоверны.

Заключение:

На основании данных регистра ОКС г. Москвы ОКСпST встречается у 27,8% больных с СД2, 47,8% с ВВНУО(СД2), 51,6% с ВВНУО(НТГ) и 19% больных с нормальным УО. Летальность больных при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST составила 21,9% в группе СД2; 27,8% с ВВНУО(СД2); 6,1% с ВВНУО(НТГ) и 12,1% с нормальным УО. Таким образом, летальность у пациентов с ОКСпST в группе с нормальным углеводным обменом встречается реже, чем в группах с СД2 и ВВНУО(СД2).

ОСТРЫЙ КРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ)

Какорин С.В., Эрлих А.Д., Калинкина А.А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», НИИ Физико-химической медицины ФМБА, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы, провести сравнительный анализ частоты развития острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) у больных ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в зависимости от степени нарушения углеводного обмена (УО).

Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации 32-х стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали ОКСпST, ОЛЖН, распространенность нормального и нарушенного УО. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа на догоспитальном этапе (СД2), впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) — СД2 и нарушение толерантности к углеводам (НТГ)) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) выявлено у 87 больных, из них СД2 — у 23, НТГ был у 64. Из 115 больных с СД2 в анамнезе у 73 была декомпенсация УО, у 42 была нормогликемия. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 202 человека. Нормальный УО был у 346 больных (63%). ОКСпST имел место у 32(27,8%) из 115 больных с СД2, 11(47,8%) из 23 с ВВНУО(СД2), 33(51,6%) из 64 с ВВНУО(НТГ) и 66(19%) из 346 больных с нормальным УО. ОКСпST осложнялся острой левожелудочковой недостаточностью у 9 (28%) из 32 больных с СД2, 4(36,4%) из 11 с ВВНУО(СД2), 8(24,3%) из 33 с ВВНУО(НТГ) и 6(9,1%) из 66 с нормальным УО. Таким образом, из 202 больных с нарушенным УО 76 имели ОКСпST, из которых у 21 (27,6%) была ОЛЖН. Это достоверно ($t=2,3$, $p<0,001$), выше, чем у больных с нормальным УО (9,1%).

Заключение:

На основании данных регистра ОКС г. Москвы ОКСпST встречается у 27,8% больных с СД2, 47,8% с ВВНУО(СД2), 51,6% с

ВВНУО(НТГ) и 19% больных с нормальным УО. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST осложняется острой левожелудочковой недостаточностью у 28% больных с СД2, 36,4% с ВВНУО(СД2), 24,3% с ВВНУО(НТГ) и 9,1% с нормальным УО. Таким образом, ОКСнST осложнялся ОЛЖН у пациентов в группах с нарушенным УО в 27,6% случаев, что достоверно чаще, $t=2,3$, $p<0,001$, чем в группе с нормальным УО — 9,1%. Худший прогноз имеют больные с ВВНУО(СД2), в группе которых ОЛЖН встречается в 36,4% случаев, по сравнению с пациентами ОКСнST имеющими нормальный УО — 9,1%.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ APOA1 И APOA5 У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

ИНОЗЕМЦЕВА А.А., КАШТАЛАП В.В.,
УСОЛЬЦЕВА Е.Н., БАРБАРАШ О.Л., ГОРДЕЕВА Л.А.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Институт экологии
человека, Кемерово, Россия

Введение (цели/ задачи):

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности трудоспособного населения в индустриально развитых странах. Особенно актуальной проблемой, непосредственно связанной с высокими затратами на госпитальное лечение пациентов, является инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST). Несмотря на успехи, достигнутые в ведении пациентов с ИМнST, частота развития неблагоприятного исхода заболевания остается высокой. С этим связаны поиски максимально информативных предикторов неблагоприятного течения ИМ. В настоящее время все большее внимание уделяется различным генетическим маркерам, характеризующим состояние липидного обмена. Цель: изучить клиническую значимость полиморфных вариантов rs670 гена аполипопротеина A1 (APOA1) и rs662799 гена аполипопротеина A5 (APOA5) у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Материал и методы:

В рамках регистрового исследования пациентов, проводимого на базе Кемеровского кардиологического диспансера, с 2010 г. обследовано 179 пациентов, поступивших с диагнозом ИМнST. Из них 114 (63,7%) пациентов - мужчины и 65 (36,3%) - женщины. Средний возраст больных составил $61,8 \pm 11,1$ лет. У всех пациентов на 2-14 сутки заболевания забрана кровь с последующим генотипированием. Выделение ДНК из лимфоцитов периферической крови проводили с помощью метода фенол-хлороформной экстракции с последующим осаждением этанолом. Амплификацию SNP-полиморфизмов генов APOA1 G-75A (rs670), APOA5 T-1131C (rs662799) проводили с помощью системы детекции ПЦР в режиме реального времени (Real-time). Оценивались ассоциации изучаемых генетических факторов с клинико-анамнестическими, антропометрическими, лабораторными и инструментальными показателями, характеризующими клиническую тяжесть пациентов с ИМнST. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft) и генетического калькулятора (ГЕНЭКСПЕРТ) с построением мультипликативной, общей, аддитивной, доминантной моделей наследования.

Результаты:

При оценке полиморфизма rs670 гена APOA1 выявлено, что наличие генотипа G/G ассоциируется с высоким риском выявления сахарного диабета 2 типа у пациентов с ИМнST (OR=2,74; 95% CI=1,31-5,73; $p=0,02$), а также с наличием хронической сердечной недостаточности высоких функциональных классов в анамнезе

(OR=3,43; 95% CI=1,37-8,55; $p=0,02$). Генотип G/G ассоциировался с тяжестью коронарного атеросклероза, оцененной по шкале SYNTAX, что приводило к меньшей частоте использования первичного чрескожного коронарного вмешательства для реваскуляризации, по сравнению с пациентами с другими генотипами (OR=0,61; 95% CI=0,38-0,96; $p=0,03$). У носителей генотипа A/A гена APOA1 более часто выявлялись проявления стенозирующего некоронарного атеросклероза (OR=2,15; 95% CI=1,03-4,48; $p=0,04$). Наличие аллели T гена APOA5 ассоциировалось с ожирением у пациентов с ИМнST (OR=2,64; 95% CI=1,04-6,67; $p=0,03$), ранее перенесенным ИМ (OR=1,75; 95% CI=1,05-2,92; $p=0,03$), утолщением комплекса интима-медиа (КИМ) (OR=1,58; 95% CI=1,09-2,30; $p=0,02$). Аллель C гена APOA1 показала достоверную связь с наличием множественного стенозирующего коронарного атеросклероза (OR=1,59; 95% CI=1,09-2,33; $p=0,02$).

Заключение:

Показана принципиальная возможность использования генетических факторов, детерминирующих нарушения липидного обмена для оценки клинической тяжести пациентов с инфарктом миокарда.

СВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО NGAL С ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

БЫКОВА И.С., ЗЫКОВ М.В., ХРЯЧКОВА О.Н.,
КАШТАЛАП В.В., КАРЕТНИКОВА В.Н., БАРБАРАШ О.Л.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Материал и методы:

В исследование включено 150 пациентов, госпитализированных в 2010 году в Кемеровский кардиологический диспансер по поводу первичного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST) до 24 часов от начала заболевания. Всем пациентам на 1 и 10-14 сутки госпитализации определялся уровень сывроточного липокалина (sNGAL). Проведена оценка связи уровня sNGAL с клинической характеристикой течения ИМнST и развитием осложнений в госпитальном периоде.

Результаты:

У пациентов с ИМнST в течение госпитального периода наблюдалось значимое повышение уровня sNGAL с 1,38 (0,41-1,97) нг/мл на 1 сутки госпитализации до 1,65 (1,25-2,62) нг/мл на 10-14 сутки госпитализации, ($p<0,001$). Выявлено, что высокие концентрации NGAL на 10-14 сутки госпитального периода ассоциировались с наличием систолической дисфункции миокарда левого желудочка [фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <40%]. Концентрация sNGAL составляла 2,05 (1,63-3,17) нг/мл против 1,58 (1,22-2,62) нг/л у пациентов с ФВ ЛЖ >40% ($R=0,18$, $p=0,025$). Развитие любых осложнений [рецидива инфаркта миокарда (ИМ), ранней постинфарктной стенокардии (РПС), острого нарушения мозгового кровообращения] в госпитальном периоде ИМ ассоциировалось ($R=0,2$, $p=0,021$) более высокими концентрациями sNGAL на 1 сутки заболевания: 1,42 (1,41-2,83) vs 1,28 (0,27-1,91) нг/мл, $p=0,012$. Развитие рецидива ИМ также ассоциировалось с более высокими концентрациями sNGAL в 1 сутки — 1,76 (1,41-2,27) vs 1,28 (0,3-1,86) нг/мл, $p=0,013$ ($R=0,21$, $p=0,013$). При этом у пациентов, имевших клинику РПС или рецидив ИМ, на 10-14 сутки госпитализации также определялись более высокие концентрации sNGAL — 1,42 (1,41-2,83) vs 1,28 (0,27-1,91) нг/мл и 2,38 (1,5-2,76) vs 1,61 (1,23-2,57) нг/мл, соответственно, $p<0,05$.

Заключение:

У пациентов с ИМнST высокие концентрации sNGAL при поступлении и в динамике госпитального периода инфаркта миокарда ассоцииру-

ются с выявлением постинфарктной дисфункции левого желудочка и развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ SstI ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА С III

Эшпулатов А.С., Хошимов Ш.У.,
БЕКМЕТОВА Ф.М., ШЕК А.Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности поражения коронарных артерий у больных нестабильной стенокардией в зависимости от SstI полиморфизма гена апополипротеина СIII (APO CIII) у лиц узбекской национальности.

Материал и методы:

Обследовано 141 больных, с нестабильной стенокардией (НС) IIB класс (Braunwald E. et al., 1989). Группу сравнения составили 50 здоровых этнических узбеков. Коронарография выполнялась на установке Allura CV-20 (Philips, Голландия). Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200» по стандартному протоколу фирмы производителя (лаборатория ИзоГен Россия).

Результаты:

При сравнительной оценке частоты процентного соотношения аллелей SstI полиморфизма гена APO CIII оказалось, что в группе больных НС встречаемость S2 аллели (20%) достоверно выше ($\chi^2=4,033$, $p<0,05$), чем в группе здоровых лиц 9%. При этом среди больных НС носителей «повреждающей» S2-аллели оказалось 51 (27,6%), а среди здоровых только 9 (18%) (ОШ 2,58; 95% ДИ 1,161-5,740, $p<0,05$, $\chi^2=4,844$). По степени тяжести поражения коронарного русла пациенты НС были разделены на имевших одно-, двух- и трехсосудистое поражение КА у 125 (88,7%) больных, а у 16 (11,3%) из 141 пациентов были выявлены интактные КА без атеросклеротических изменений. В наиболее тяжелой группе больных с наличием трех и более стенозов достоверно преобладали ($P<0,05$) носители S2 аллеля 29 (56,9%) по сравнению с не S2-носителями 34 (37,8%) (ОШ 2,171; 95% ДИ 1,08-4,36, $p<0,05$, $\chi^2=4,844$).

Заключение:

При анализе у больных НС частота носительства S2 аллели SstI полиморфизма гена APO CIII оказалась выше, чем среди здоровых этнических узбеков. При этом, носительство S2 аллели у больных НС ассоциировалось с высоким риском трехсосудистого поражения коронарных артерий.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БРУГАДА ПО ДАННЫМ НЕИНВАЗИВНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ

Чайковская М.К., Фетисова Е.А., Яковлева М.В.,
Калинин В.В., Залязьминская Е.В.

ФГБНУ РНЦХ им. Акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Изучение особенностей локальных униполярных электрограмм у пациентов с синдромом Бругада в сравнении с группой контроля.

Материал и методы:

Двум группам пациентов проводилось неинвазивное электрофизиологическое картирование сердца при помощи системы AMYCARD 01. В исследуемую группу (n=10) были включены пациенты с характерными спонтанными или индуцированными (n=4) ЭКГ признаками 1 типа синдрома Бругада, внезапными смертями среди ближайших родственников (n=5) и перенесшие эпизоды желудочковой тахикардии (n=3). В большинстве случаев (n=6) диагноз был генетически (SCN5A+) верифицирован. В группу контроля включены пациенты с изолированной блокадой правой ножки пучка Гиса (n=2) и некоронарогенной желудочковой экстрасистолией (n=3), с отсутствием Бругада-подобных изменений на ЭКГ и структурной патологии сердца.

Результаты:

В исследуемой группе последовательность активации желудочков, в том числе выводного тракта правого желудочка (ВТПЖ), не имела значимых особенностей. Однако у всех наблюдались характерные изменения локальных униполярных электрограмм в области выносящего тракта правого желудочка: (1) фрагментация комплекса QRS и снижение его амплитуды; (2) поздние потенциалы в конечной части желудочкового комплекса; подъем сегмента ST (3). Минимально эти изменения были представлены даже у пациентов с медикаментозно-индуцированным синдромом Бругада и отсутствием исходных изменений в 12 стандартных отведениях ЭКГ. Медикаментозная блокада натриевых каналов не приводила к появлению новых аномальных электрограмм, но усиливала выраженность зарегистрированных исходно, и приводила к расширению зоны их регистрации. Данные изменения присутствовали только в области передней стенки эпикардиальной поверхности ВТПЖ и практически отсутствовали на эндокарде. Все эти находки отсутствовали в контрольной группе.

Заключение:

У пациентов с синдромом Бругада неинвазивное электрофизиологическое картирование сердца открывает новые перспективы изучения патофизиологического субстрата сердечных аритмий. Возможно, дальнейшее изучение вопроса поможет подойти к решению проблемы лечения этого заболевания, в частности интервенционными методами.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИЗИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОЙ ПРОУРОКИНАЗЫ И ТКАНЕВОГО АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Валеев И.Г., Закирова А.Н., Николаева И.Е.,
Ермолаев Е.Н., Сабитов Р.Х.

ГБОУ ВПО "Башгосмедуниверситет", кафедра кардиологии,
ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, Уфа, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель. Одним из основных принципов лечения больных острым инфарктом миокарда является наиболее раннее восстановление коронарного кровотока. Проведен анализ эффективности и безопасности методик тромболиза, наиболее широко применяемых в последние годы, с использованием фибринспецифического активатора плазминогена (препарат «Актилизе», фирма «Boehringer Ingelheim») и катализатора превращения плазминогена в плазмин (препарат «Прouroкиназа», выпускаемый на «Экспериментальном производстве медико-биологических препаратов ФГБУ РНПК Минздрава РФ»).

Материал и методы:

Проведен анализ 55 случаев тромболизиса: у 43 мужчин и 12 женщин. Средний возраст $67,0 \pm 1,3$ лет. Тромболизис проводился при поступлении больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST не позднее 6 часов после развития болевого синдрома при отсутствии противопоказаний к проведению тромболизиса и невозможности раннего чрескоронарного вмешательства. Тромболизис по стандартной методике с использованием актилизе проводился у 35 больных (1я - группа) и с использованием пулолазы (2я - группа) у 20 больных. Эффективность тромболизиса оценивалась по уменьшению подъема сегмента ST через 2 часа после начала тромболизиса по сравнению с исходным уровнем. Частота осложнений и побочных эффектов оценивалась по числу летальных исходов, случаев больших кровотечений, острой сердечно-сосудистой недостаточности, тяжелых нарушений ритма.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту. Снижение сегмента ST более чем на 50% через 2 часа после начала тромболизиса в 1 группе было зарегистрировано у 18 больных, во 2 группе у 9 больных (н.д.). Летальные исходы в 1 группе были у 3 больных, во 2 группе у 2 больных (н.д.). Также не было зарегистрировано различий между группами по числу случаев острой сердечно-сосудистой недостаточности, тяжелых нарушений ритма, геморрагических осложнений.

Заключение:

Проведенный анализ не выявил различий в эффективности и безопасности использования актилизе и пулолазы для проведения тромболизиса у больных острым инфарктом миокарда. Ввиду актуальности данной проблемы требуется дальнейшее продолжение исследования.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Андреева О.С., Варакин Ю.Я., Гнедовская Е.В., Горностаева Г.В., Кравченко М.А., Прокопович М.Е., Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Пирадов М.А.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН,
ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Гипертонический криз (ГК) является одним из наиболее тяжелых проявлений АГ, связанный с декомпенсацией регуляции общей гемодинамики, регионарного и локального кровотока. Развитие церебральных проявлений ГК обусловлено срывом реакции ауторегуляции сосудов мозга на верхней ее границе с развитием фильтрационного отека, структурным повреждением сосудов и ткани мозга. Цель исследования - изучение особенностей кризового течения артериальной гипертензии и роли ГК в развитии цереброваскулярной патологии

Материал и методы:

Обследованы 109 пациентов (48 муж. и 61 жен.), средний возраст $57,4 \pm 5,8$ лет с «неосложненной» АГ 1-2 степени. Исключались пациенты с тяжелой соматической и сердечно-сосудистой патологией, а также с грубой патологией сонных артерий. Проводилось: СМАД, ЭКГ, ЭХО-КГ, ДС сонных артерий, МРТ/КТ, комплекс нейropsychологических тестов.

Результаты:

В «основную» группу включены 65 чел. с ГК в анамнезе и в группу «сравнения» - 44 чел. без ГК. Преобладали (66,7%) редкие ГК

- 1-2 криза в год. Тяжелые ГК (потребовавшие госпитализации) определялись только в 15,4% случаев. «Церебральные» жалобы чаще отмечались у больных с ГК - головная боль (у 56,9% и 38,0% $p=0,46$); головокружение (у 88,9% и 51,8% $p=0,04$). Для пациентов с ГК характерно повышение АД на фоне психоэмоционального напряжения (98,5% и 88,6% $p=0,04$), наследственная отягощенность по БСК. При ГК существенно чаще выявлялась клинически значимая «депрессия» (20,4% и 2,7%, $p=0,01$), а также психо-вегетативный синдром (73,8% и 54,5% $p=0,03$). Наличие кризов в анамнезе не ассоциировалось с увеличением ИММЛЖ, количеством очагов на КТ/МРТ, расширением периваскулярных пространств, лейкоареозом, а также с более выраженными когнитивными нарушениями.

Заключение:

Кризозное течение АГ у пациентов с АГ 1-2 степени ассоциируется с психоэмоциональными и психоэмоциональными нарушениями и не сопровождается более выраженными изменениями сердца и головного мозга.

СРАВНЕНИЕ СИМПТОМ-СВЯЗАННЫХ И СИМПТОМ-НЕСВЯЗАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ВИРТУАЛЬНОЙ ГИСТОЛОГИЕЙ

Тагиева Н.Р., Шахнович Р.М., Миронов В.М., Митрошкин М.Г., Матчин Ю.Г., Ежов М.В., Сафарова М.С.

ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ, Москва, Россия

Материал и методы:

38 больным с острым инфарктом миокарда (ОИМ) проводилось внутрисосудистое ультразвуковое исследование с виртуальной гистологией (ВСУЗИ-ВГ) в симптом-несвязанных поражений. В группу сравнения были включены 32 больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), больным выполнялось ВСУЗИ-ВГ симптом-связанных и симптом-несвязанных поражений. При количественной оценке изображений определялись следующие параметры: общий объем бляшки (ООБ, мм³); объем бляшки (процент объема стенки относительно объема всего сосуда, включая сосудистую стенку; минимальная площадь просвета артерии (МПА, мм²) - зона с наименьшим просветом артерии в месте сужения просвета сосуда определялась при просмотре продольного и поперечного изображений ВСУЗИ; собственная площадь артерии (СПА, мм²) рассчитывалась по границе медиа-адвентиция (наружная эластическая мембрана); индекс ремоделирования (ИР) - соотношение СПА/Рефер. СПА. На основании ВСУЗИ с ВГ АСБ в зависимости от морфологических особенностей классифицировались: патологическое утолщение интимы (ПУИ); фиброзная бляшка (ФИБР); фиброзно-кальцинированная бляшки; фиброатерома (ФА); фиброатерома с тонкой капсулой (ФАТК).

Результаты:

У больных с ОИМ проанализировано с помощью ВСУЗИ-ВГ 91 коронарная артерия: 35 симптом-связанных, 56 симптом-несвязанных. У больных с СС выполнили ВСУЗИ-ВГ 32 симптом-связанных артерий. Было выявлено 130 АСБ: 70 у больных с ОИМ и 60 у больных с стабильной стенокардией. Среди всех поражений идентифицировано 49 нестабильных АСБ. Следующие показатели ВСУЗИ в серой шкале у больных с ОИМ были значимо выше: - Объем бляшки (от площади поперечного сечения артерии) - $65,25\% \pm 10,3\%$ и $41,15\% \pm 13,8\%$ ($p=0,001$); ООБ (мм³) - $216,9 \pm 91$

и $135,8 \pm 90$ ($p=0,008$). - Положительное ремоделирование в зоне АСБ также было значимо выше у больных с ОИМ: ИР – $1,13 \pm 0,21$ и $0,94 \pm 0,15$ ($p=0,014$). - МПА в группе с ОИМ была достоверно ниже ($5,79$ и $6,96$, $p=0,03$). - СПА в области АСБ была выше в основной группе (18 и $15,7$, $p=0,04$). Частоты ФАТК среди больных с ОИМ составила 55% , среди больных с СС 24% ($p=0,01$), то есть почти у каждого второго больного в ИМ и четвертого больного со стабильной стенокардией выявлялись ФАТК. Распределение ФАТК в симптом-несвязанных артериях у больных с ОИМ достоверно отличалось ($p=0,003$) и было следующим: в стеле ЛКА 9 ($15,5\%$), в ПНА 12 ($20,7\%$), в ОА 22 ($37,9\%$), в ПКА 15 ($25,8\%$). При оценке распределения ФАТК у больных со СС частота их встречаемости была достоверно выше в ПНА, чем в ОА и ПКА (11 ($64,7\%$), 2 ($11,76$) и 4 ($23,52$) соответственно, $p=0,01$), в стволе ЛКА ФАТК выявлено не было.

Заключение:

Симптом-несвязанные поражения у больных с ОИМ имели больше признаков нестабильности и чаще являлись ФАТК.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аляви А.Л., Касимова Г.М.,
Шарипова Р.М., Утемуратов Б.Б.

ОАО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
Научно-Практический Медицинский Центр Терапии и
Медицинской Реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Одной из возможных причин прогрессирования патологического ремоделирования сердца и сосудов, является воспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитокинами, которые способны модулировать функции сердечно-сосудистой системы, обуславливая центральные и периферические проявления хронической сердечной недостаточности.

Цель исследования: Изучение клинико-диагностического значения активации цитокинов сыворотки крови и основных морфофункциональных параметров сердца у больных с ХСН ишемической этиологии.

Материал и методы:

Обследованы 140 человек - 110 больных и 30 здоровых лиц. У всех больных основными патологическим фактором явилось ИБС. Для оценки процессов ремоделирования анализировали морфофункциональные показатели сердца. Уровень цитокинов (ИЛ-1 бета, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-альфа) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты:

У больных с ХСН выявлена достоверно более высокая концентрация провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 бета - $66,2 \pm 7,1$; ИЛ-6 - $16,1 \pm 2,9$; ИЛ-8- $80,5 \pm 15,7$ и ФНО-альфа $110,3 \pm 13,6$ пг/мл) в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц - (ИЛ-1 бета $3,2 \pm 2,2$; ИЛ-6- $1,2 \pm 0,5$; ИЛ-8 - $1,9 \pm 0,6$; и ФНО- альфа $7,9 \pm 3,6$ пг/мл). Изменения уровня исследуемых цитокинов в сыворотке крови больных с ХСН были однотипны и характеризовались достоверным их повышением по мере тяжести сердечной недостаточности. Так, максимальный уровень цитокинов был выявлен у больных с сердечной недостаточностью IV функционального класса. Однако если сравнить уровни цитокинов у больных с I функциональным классом ХСН и группу здоровых лиц, то значимых различий в уровнях интерлейкинов не обнаружилось.

Заключение:

Гиперсекреция провоспалительных цитокинов оказывает отрицательное инотропное действие, способствуя ремоделированию сердца, и впоследствии нарушению эндотелий-зависимой дилатации сосудов и активации апоптоза кардиомиоцитов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОБРАЗОВАНИЕ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Касимова Г.М., Абдуллаев А.Х.,
Утемуратов Б.Б., Шарипова Р.М.

ОАО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
Научно-Практический Медицинский Центр Терапии
и Медицинской Реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Применение метода ударно-волновой терапии за последнее время приобрело широкое использование для лечения ряда воспалительных процессов. В основе этого метода лежит кратковременное воздействие высокоэнергетической вибрации на пораженный участок, благодаря чему улучшается кровообращение за счет образования новых капилляров. Цель исследования: В связи с этим целью настоящего исследования явилось выявление молекулярных механизмов образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волнового воздействия при ОКС.

Материал и методы:

Были проведены исследования сыворотки крови 45 больных ОКС, используя методы твердофазного иммуноферментного анализа и биохимического исследования крови. Для получения высокоэффективного ударно-волнового воздействия были применены специальные экспериментальные насадки генерирующие ударные волны плотностью энергии $0,1$ Вт/см².

Результаты:

Как показали полученные данные, ударная акустическая волна стимулирует выработку ангиогенных факторов, таких как ИЛ-8, NO-синтазу, а так же ряд других факторов, что вызывает заживление тканей и «терапевтический ангиогенез». Влияние ударных волн на эндотелиальную синтазу окиси азота в эпителиальных клетках вен показали, что наблюдаемый положительный эффект ударно-волновой терапии может быть приписан способности ударных волн к поддержанию нужного количества окиси азота (NO). В исследованиях было отмечено, что низко-интенсивная ударно-волновая терапия приводит к увеличению продукции суммы нитритов и нитратов за счет активации эндотелиальной NO-синтазы (eNOS).

Заключение:

Выявленное повышение в крови ангиогенных факторов ИЛ-8, NO-синтазы, свидетельствует о формировании новых кровеносных сосудов в ишемизированных участках миокарда больных. Под воздействием звуковой вибрирующей волны на участке ткани расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание, что способствует активизации обменных процессов.

ПРОГНОЗ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АВЕЗОВ Д.К., КАМИЛОВА У.К., АЛИКУЛОВ И.Т.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить прогноз и качество жизни у больных перенесших инфаркт миокарда (ИМ), осложненной хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

Обследованы 80 больных перенесших ИМ, осложненной I-III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Всем больным был проведен тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка клинического состояния по ШОКС, определение уровня нейрогуморальных факторов мозгового натрийуретического пептида и альдостерона. Оценку КЖ больных проводили с помощью Миннесотского опросника, предложенного в 1985 г. T.Rector и J.Cohn. Прогноз оценивали по частоте повторных госпитализаций, частоте развития повторного нефатального и фатального ИМ (ПНФИМ и ПФИМ), летальности. Длительность наблюдения составило 3 года.

Результаты:

Прогноз оценивался через год и через 3 года. Годичное наблюдение показало, что частота повторных госпитализаций составило 34%, частота развития ПНФИМ - 6,9%, ПФИМ 6% и летальность -11%. Через 3 года наблюдения частота повторных госпитализаций составило 42%, ПНФИМ - 11,8% и ПФИМ - 7%,. Летальность составило 18%. При анализе показателей прогноза у больных перенесших ИМ отмечено, что неблагоприятный прогноз отмечался у больных с низкой фракцией выброса (ФВ) и толерантностью к физической нагрузке, высоким уровнем мозгового натрийуретического пептида и альдостерона. Результаты исследования показали, что у больных неблагоприятный прогноз отмечалось более выраженное снижение суммарного индекса качества жизни, которая коррелировала с показателями ТШХ и ШОКС.

Заключение:

У больных перенесших ИМ, осложненной ХСН высокий уровень нейrogормонов и низкую ФВ можно считать предикторами неблагоприятного прогноза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЖДУ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ПОКРЫТЫХ» И «НЕПОКРЫТЫХ» СТЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОКС

ТУРСУНОВА Н.С., ЗИЯЕВ Ю.Н.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: изучение клинической эффективности лечения острого коронарного синдрома инвазивными методами, оценка прогностической значимости стенозов и поражение коронарных сосудов в отдельности, анализ отдаленных результатов (9 месяцев и более) вмешательств и выживаемости больных учитывая типы стентов.

Материал и методы:

Обследованы 120 больных (63 мужчин и 57 женщин), средний возраст 53,4 ±5,4 года, с диагнозом «Острый коронарный синдром» (без подъема сегмента ST и с подъемом ST). Больные были разделены на 2 группы. Исключались больные имеющие

явную сердечную недостаточность, фракцию выброса левого желудочка менее 30%, перенесенные ИМ и предполагаемую продолжительность жизни менее 1 года. Исследование в группы 1-стента, покрытого и 2-любого коммерчески доступного непокрытого стента проведена в соотношении 1:1. Первичной конечной точкой испытания была недостаточность сосуда вмешательства, определенная как его повторная реваскуляризация, повторный ИМ или коронарная смерть в течение 1 года. Вторичной конечной точкой была частота резидуальных стенозов менее 50% от исходного диаметра и поздней утраты люминального просвета в пределах стента через 9 месяцев.

Результаты:

В испытании, недостаточность артерии вмешательства развилась у 8,1% пациентов группы покрытого стента, против 16,8% у больных группы непокрытых стентов (p=0,004). Полученные данные лучше в 1 группе против 2ой, получены за счет значительных различий в частоте повторной реваскуляризации артерий вмешательства (6,1% против 12,9% соответственно) при сопоставимом уровне сердечной смертности (2,3% против 2,2% соответственно;) и частоты тромбоза стента (3,4% против 3,6%;).

Заключение:

Полученные данные продемонстрировали, что использование покрытых антипролиферативными лекарствами стентов эффективны, в основном, за счет снижения частоты повторных реваскуляризий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОВ ПРИ ОКСИДАТИВНОМ СТРЕССЕ И ПОВЫШЕНИИ СРБ У БОЛЬНЫХ ОИМ БЕЗ ЗУБЦА Q НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

КАМИЛОВА Н.К., ТУРСУНОВА Н.С., ЗИЯЕВ Ю.Н.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА, ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить влияние симвастатина у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне сахарного диабета (СД) на уровень С-реактивного белка плазмы и оксидативного стресса.

Материал и методы:

Обследованы 120 больных (63 мужчин и 57 женщин), средний возраст 53,4 ±5,4 года, с диагнозом «Острый коронарный синдром без подъема сегмента S-T с трансформацией в ОИМ без зубца Q. Группы больных СД стандартизированы по возрасту, давности заболевания (5 лет). Больные были разделены на 4 группы: 1-я группа 30 больных с ОИМ без зубца Q на фоне СД с применением базисной терапии, включающей: антикоагулянты, антиагреганты, АПФ, и В-адреноблокаторы. 2-я группа 30 больных с ОИМ без зубца Q на фоне СД получавших в комплексе с базисной терапией симвастатин 20- 40 мг в сутки. 3-я группа 30 больных ОИМ без зубца Q (без диабета) с применением базисной терапии. 4-я группа 30 больных ОИМ без зубца Q (без диабета) получавших в комплексе с базисной терапией симвастатин 20-40 мг в сутки. Выраженность процессов окислительного стресса оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах методом Стальной И.Д.

Результаты:

После годичного лечения в 2 и 4 группах отмечалось достоверное снижение показателей активности ОС, а в 1 и 3 группах на-

блюдалась лишь тенденция к снижению. Вместе с тем уровень активности АОС повышался. Снижение интенсивности ОС более выражено в группе больных без СД, по сравнению с группой с СД. МДА снижался в первой группе на 25%, во 2 группе на 40%, 3-группе-29%, в 4-группе-48%. Повышение уровня активности АОС тоже более выражено в 2 и 4-группе. Уровень фермента СОД повышался: в 1 группе на 11%, во 2 группе на 23%, 3-группе-16%, 4-группе-39%. Уровень фермента каталазы: в 1-группе-43%, 2-группе-55%, 3-группе-46%, 4-группе-84%. Индекс окислительной устойчивости в контрольной группе 9,7 ($p < 0,05$). В 1-группе и 2-группе до лечения был 2 ($p < 0,05$). После лечения в 1-группе окислительный индекс увеличился до 3,9 и в 2-группе до 5,4 ($p < 0,05$). В 3 и 4 группах индекс окислительной устойчивости увеличился до 6,4 и 9,9 соответственно. После годовичного наблюдения уровень СРБ нормализовался в 2 и 4 группах, а в 1 и 3 группах снизился лишь на 50%

Заключение:

Полученные данные продемонстрировали выраженное антиоксидантное и противовоспалительное действие симвастатина. К окончанию исследования было отмечено достоверное снижение оксидативного стресса и увеличение показателей антиоксидантной системы, что всё же превысило целевые уровни. В группе больных без СД, принимавших симвастатин удалось достичь целевые уровни по всем показателям.

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЭКГ-ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

НАГАЕВА Г.А., МИРЗАЛИЕВА Н.Б.

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи Узбекистана, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить взаимосвязь уровня индекса массы тела (ИМТ) с характером болевого синдрома и ЭКГ-данными у больных, страдающих хронической ИБС.

Материал и методы:

В условиях консультативной поликлиники РСЦК было обследовано 54 пациента (из них 33-мужчин) в возрасте от 31 до 77 лет (в среднем $59,57 \pm 9,47$ лет). В исследование не включались больные с сопутствующими ГБ или сахарным диабетом. Проводились обследования: физикальный осмотр с качественным и количественным анализом болевого синдрома; общеклинический и липидный спектр крови; ЭКГ в 12 стандартных отведениях; ЭхоКГ. В зависимости от ИМТ больные были разделены на 3 группы: 1гр.- контрольная, 10 больных с ИМТ $< 25 \text{ кг/м}^2$; 2 гр.-19 больных с ИМТ $= 25-29 \text{ кг/м}^2$ и 3 гр.-25 больных с ИМТ $= 30-39 \text{ кг/м}^2$.

Результаты:

ИБС стенокардия напряжения ФК II наблюдалась в 30%, 36,8% и 36% случаев, соответственно среди лиц 1, 2 и 3 групп; ФК III - составила соответственно 70%, 63,16% и 64% случаев (все $p > 0,005$ и $\chi^2 < 1,00$). Наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда было выявлено в 1гр. – у 30%, во 2гр. – у 42,1% и в 3гр. – у 40% пациентов. Интерес представляет тот факт, что по половой принадлежности в 1гр. и 2гр. преобладали мужчины (80% и 84,21%), а в 3 гр. – женщины (64%). Наиболее часто обследуемыми пациентами указывались такие виды боли, как «сжимающая», «давящая» и «колющая», составив в 1гр. – 30%, 20% и 30%; во 2гр. – 47,4%, 21,1% и 21,1% и в 3гр. – 36%, 20% и 16%, соответственно (все $p > 0,005$ и $\chi^2 < 1,00$). «Жгучая» и «ноющая» боль, являлись прерогативой лиц

с высоким ИМТ, составив, соответственно 16% и 8%, в то время как больные 1гр. и 2гр. данные болевые характеристики, вообще, не упоминали. Свыше 60% пациентов всех трех групп указывали на связь кардиалгии с физической нагрузкой. Эмоциональный генез болевого синдрома имел место среди пациентов 2 и 3 групп. Со стороны липидного спектра крови во всех трех группах отмечалось повышение уровня общего холестерина (все $p > 0,005$), однако уровни триглицеридов и липопротеидов низкой плотности преобладали у пациентов с высоким ИМТ. ЭКГ-показатели характеризовались более частой регистрацией ST-элевации в 1гр. (40% пациентов против 36,84% и 20%, соответственно во 2 и 3 группах (все $p > 0,005$ и $\chi^2 < 1,00$)), тем не менее амплитуда подъема ST-сегмента в 1гр. достигала $137,50 \pm 20,62 \text{ мкВ}$, в то время как во 2 и 3 группах данный показатель составил $165,71 \pm 39,09 \text{ мкВ}$ ($p = 0,043$) и $174,28 \pm 41,58 \text{ мкВ}$ ($p = 0,012$).

Заключение:

Пациенты с повышенным и высоким ИМТ менее чувствительны к болевому синдрому и чаще отмечают её связь с эмоциональным перенапряжением, тем не менее, при ЭКГ-регистрации, данные категории больных характеризуются большей амплитудой ST-элевации.

ТОПИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ – ЭКТГ-60 ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

МИРОНЧИК В.В., БЕЙМАНОВ А.Э., ПЕТРОВ Ю.П., ПОЛОНЕЦКИЙ О.Л., УСТИНОВА И.Б.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение (цель/задачи):

Целью исследования явилось сегментарное определение топической информативности метода электрокардиотопографии – ЭКТГ-60 по данной левой вентрикулографии у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы:

Исследование проведено у 73 пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST и формированием патологического Q зубца (у 40 с передним ИМ и передне-боковой локализацией и у 33 с задне-нижним ИМ). Инструментальные методы динамического контроля включали метод ЭКТГ-60, трансторкальную эхокардиографию – ЭхоКГ, рентгеноконтрастную селективную коронарографию и левую вентрикулографию. Корреляционному анализу подвергнуты величины амплитуд, площадей и отношений зубцов комплекса QRST в 12 сегментах левого желудочка (в соответствии со схемой международного общества компьютерной ЭКГ) и 16 сегментах по данным ЭКТГ-60 и величиной гипофункций 12 сегментов сердца, полученной левой вентрикулографии в правой и левой кривых проекциях и 16-сегментарной модели левого желудочка на основании ЭхоКГ.

Результаты:

Выявлено тесная корреляционная связь в зонах ИМ между показателями гипофункций (в %), амплитудой и площадью зубца Q ($\sum Q$, Sq, Sq+qs), количеством патологических комплексов nQ, nQS, nQR, n-«Т» с диапазоном коэффициента корреляции (r) от 0,68 до 0,85 ($p < 0,01$) с множественным $r = 0,75 - 0,79$ ($p < 0,01$). Наибольшая величина отмечена в отношении Q/R, S/R и показателем гипофункций сегментов при переднем ИМ ($r = 0,85$ и $0,83$) и нижнем ИМ ($r = 0,79$ и $0,77$) в зонах вертикальных рядов 3-4 по горизонтальным уровням A-B-C-D и вертикальных рядом 6-7-8 по горизонтальным уровням C-D-E-F.

Заключение:

Результаты сопоставления ЭКГ-критериев инфаркта миокарда и параметры гипофункций отделов левого желудочка позволили верифицировать топическую информативность метода ЭКТГ-60 и подтвердить возможность сопоставления электрофизиологических параметров и показателей сократительной функции всех сегментов левого отдела сердца, создавая основу для разработки комбинированных технологий диагностики функционального состояния миокарда, в частности, в оценке его жизнеспособности при инфарктировании сердечной мышцы.

РАЗМЕРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Миرونчик В.В.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Введение (цели/задачи):

Цель. Исследовать размеры ишемического повреждения сердечной мышцы у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST.

Материал и методы:

Исследование включало 60 пациентов ОИМ без исходного подъема сегмента ST, которым наряду со стандартным клинико-инструментальным обследованием, проводился динамический ЭКГ-контроль: мониторинг параметров ишемии и некроза (ΣT , $\Sigma +T$, $\Sigma -T$, время нормализации параметров) по данным электрокардиограммы – ЭКТГ-60, серийному определению активности КФК и МВ-фракции (МВ-КФК).

Результаты:

Компьютерный анализ зависимости между биохимическим эквивалентом массы некроза сердечной мышцы и величиной T-индекса (n-T) позволил определить следующее уравнение регрессии при передне-боковом ОИМ: $M=0,278 \cdot X-1,779 \cdot X+7,990$, где M-масса пораженного миокарда (Г-эков); X-величина n-T; $r=0,795$; $p<0,001$. Математическое сопоставление при заднем ОИМ позволило составить другое уравнение регрессии: $M+0,125 \cdot X-0,543 \cdot X+1,902$, где M-масса пораженного миокарда (Г-эков); X-величина n-T; $r=0,765$; $p<0,001$. В докладе представлены графики корреляционной зависимости между массой некроза сердечной мышцы (Г-эков) и величины T-индекса по данным ЭКТГ-60 у пациентов с разными локализациями ОИМ.

Заключение:

Представленные результаты позволяют 2 варианта ОИМ, протекающих без подъема сегмента ST и формирования патологического зубца Q: мелкоочагового ОИМ (M=7-20 Г-эков) и крупноочагового ОИМ (M>20 Г-эков).

СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ИБС, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Нагаева Г.А., Ганиев А.А., Мирзалиева Н.Б.

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи Узбекистана, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Цель: провести оценку 3-месячной базисной терапии (БТ) на клинико-функциональные показатели у больных ИБС, подвергшихся

чрезкожному вмешательству (ЧКВ) со стентированием коронарных артерий (КА), в зависимости от давности перенесенного инфаркта миокарда.

Материал и методы:

Было обследовано 101 пациентов, которым проводилось ЧКВ со стентированием КА, ср.возраст которых составил 58,49±9,61 (от 38 до 86) лет. В острый период инфаркта миокарда (в среднем на 23,62±16,85 день; от 1 до 56 дней) ЧКВ было проведено 55 больным (1гр.), остальные 56 лиц (2гр.) имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда давностью=5,90±5,57 (от 1 до 15) лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, в обеих группах преобладали мужчины: 1гр. – 42 (76,36%) и 2гр. – 43 (76,79%). Различия считали статистически достоверными при $p<0,05$. Исследование было 2-этапным: исходный период и 3-месячный этап. БТ включала в себя: β -адреноблокаторы; ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина-II; антагонисты кальция; антиагреганты; клопидогрель; статины; при необходимости – диуретики, сахароснижающие и антиаритмические препараты.

Результаты:

По данным КАГ в анализируемых группах пациентов было установлено, что наибольшее число случаев поражения КА наблюдалось в бассейнах ПНА, ОА и ПКА, составив 21 (38,18%), 10 (18,18%) и 15 (27,27%) случаев в 1гр. и 21 (37,5%), 10 (17,86%) и 11 (19,64%) – во 2гр., соответственно. При этом процент стеноза в указанных коронарных бассейнах составил: ПНА в 1гр.=82,00±13,33% vs 2гр.=79,71±13,06% ($p=0,363$); ОА в 1гр.=75,31±9,55% vs 2гр.=75,60±23,32% ($p=0,932$); ПКА в 1гр.=85,90±16,28% vs 2гр.=81,85±11,36% ($p=0,131$). Анализ данных КАГ по шкале SYNTAX выявил следующее: в 1гр. – 41 (75%) пациент относились к низкому и 14 (25%) больных – к среднему риску по шкале SYNTAX; во 2гр. – 41 (73,21%) больных относились к низкому, 11 (19,64%) – к среднему и 4 (7,14%) пациентов – к высокому риску по шкале SYNTAX. После ЧКВ со стентированием КА оценка описанных выше показателей на 3-месячном этапе приема БТ выявила следующее. Процент стеноза в 1гр. составил по бассейнам: ПНА – 32,12±5,46%; ОА=31,78±4,18% и ПКА=26,13±4,22%. Во 2гр. аналогичные показатели составили – ПНА=40,42±7,33%; ОА=38,16±6,94% и ПКА= 34,35±8,66%. Оценка состояния пациентов по шкале SYNTAX установила, что все пациенты, как в 1гр., так и во 2гр., перешли в категорию низкого риска. Лишь 2 пациента из 2гр., которые изначально имели высокий риск, перешли в категорию среднего риска.

Заключение:

Независимо от давности инфаркта миокарда, по данным КАГ наибольшее число случаев поражения коронарных артерий встречается в бассейнах ПНА. Однако среди лиц с давно-перенесенным инфарктом миокарда чаще отмечается высокий риск клинического состояния по шкале SYNTAX. Повторная КАГ через 3 мес. после стентирования установила, что пациенты 2гр., несмотря на регулярный прием БТ, характеризуются сравнительно большим процентом стенозов КА.



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российское медицинское общество по артериальной гипертонии
Европейское общество по артериальной гипертонии
Российский кардиологический
научно-производственный комплекс Минздрава РФ



XI ежегодный Всероссийский Конгресс по Артериальной гипертонии

**18-20 марта 2015 года
г. Кемерово**

**ПРИЕМ ТЕЗИСОВ ДО 15 ЯНВАРЯ 2015 Г.
WWW.GIPERTONIK.RU**

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		ГАЙДАРОВА Х.М.	25	ЗИНАТУЛЛИНА Д.С.	53
АБДАЛИЕВА МУЯССАР	8	ГАЛИМОВ Ш.Н.	20	ЗИЯЕВ Ю.Н.	60
АБДУЛЛАЕВ А.Х.	59	ГАМОЛИНА О.В.	41	ЗОРИНА Е.В.	36
АБЗАЛОВА Г.Ф.	47	ГАНИЕВ А.А.	62	ЗЫКОВ К.А.	11
АВЕЗОВ Д.К.	60	ГАНКОВСКАЯ Л.В.	12	ЗЫКОВ М.В.	56
АДЗЕРИХО И.Э.	16, 32	ГАРЕЕВА Л.Н.	35	И	
АДИЛ Б.Б.	39	ГАРЕЕВА Н.Х.	25	ИБАТОВ А.Д.	15
АЗИМОВА М.Н.	39	ГЕЛЬБЕРГ И.С.	16	ИВАНОВ В.А.	22
АЗИМОВА Н.Э.	7, 8	ГИМАЕВ Р.Х.	30, 49	ИВАНОВ Л.А.	10
АКАБАЕВА В.К.	48	ГЛОВА С.Е.	25	ИВАНЦОВ Е.Н.	27
АЛИДЖАНОВА Х.Г.	6	ГНЕДОВСКАЯ Е.В.	58	ИКСАНОВА Г.Р.	20
АЛИКУЛОВ И.Т.	60	ГОЛИКОВ А.П.	6	ИНОЗЕМЦЕВА А.А.	56
Аль-Сурайфи Ауда	46, 47	ГОНЧАРОВА И.И.	29	ИРАНИ РЕНА	39
АЛЯВИ А.Л.	59	ГОПЦИЙ Е.В.	24	ИСМАГИЛОВА Э.Ф.	42
АЛЯУТДИНОВА И.А.	17, 18	ГОРГУН А.Г.	13	ИШМУРАТОВА З.Ш.	49
АНДИНА Л.А.	14	ГОРДЕЕВА Л.А.	56	К	
АНДРЕЕВА О.С.	58	ГОРДИЕНКО Е.Н.	20	КАЗАКОВА А.В.	6
АРДАШОВА Н.Ю.	12, 13	ГОРНОСТАЕВА Г.В.	58	КАЗИЕВА З.А.	35
АРТАМОНОВА Г.В.	51	ГРАЦИАНСКИЙ Н.А.	40	КАКОРИН С.В.	54, 55
АРТЕМЧУК О.А.	31	ГРИБАНОВ В.П.	33	КАЛИНИН В.В.	57
АРХИПОВА Н.В.	12	ГРИБОВА Н.Д.	43	КАЛИНКИНА А.А.	54, 55
АТАХОДЖАЕВА Г.А.	7, 8	ГРИНШТЕЙН И.Ю.	14	КАМИЛОВА Н.К.	60
АФЛЯТУМОВА Г.Н.	31	ГРИНШТЕЙН Ю.И.	14	КАМИЛОВА У.К.	60
Б		ГУСЕВА С.Л.	36	КАРЕТНИКОВА В.Н.	56
БАЕВ В. М.	9	ГУСМАНОВ Д.С.	49	КАРСЕЛАДЗЕ Н.Д.	17, 18
БАРАНОВ А.Л.	43	Д		КАСИМОВА Г.М.	59
БАРАНОВА Т.И.	43	ДАВЛЯТШИНА Н.З.	47	КАШТАЛАП В.В.	10, 27, 28, 56
БАРБАРАШ О.Л.	10, 12, 13, 14, 27, 28, 56	ДАДАШОВА Г.М.	39	КИЛЬМАМАТОВА В.В.	42
БАРИНОВА В.А.	45, 50, 52	ДАНИЛЕНКО О.А.	46	КЛЕПИКОВА М.В.	12
БАРЫШКО Н.Н.	43	ДЕВРИЖБЕКОВА З.М.	25	КНЯЗЕВ А.С.	40
БЕЙМАНОВ А.Э.	61	ДЕМИДОВ А.А.	25	КОВАЛЕВ А. В.	14
БЕКЕТОВ П.А.	25	ДЕМИХОВА Н.В.	39	КОВАЛЬЧУК Л.П.	37
БЕКМЕТОВА Ф.М.	57	ДЕНИСОВА И.Д.	20	КОВАЛЬЧУК Л.С.	37, 38
БЕЛОУСОВА М.С.	52	ДЖАБЕР Х.А.	53	КОВАЛЬЧУК П.Н.	37, 38
БИКТАШЕВ Р.М.	36	ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.Б.	40	КОВСАР А.В.	46, 47
БИКЧАНТАЕВ А.А.	49	ДОМНИН В.В.	22	КОЗЛОВ Д. Б.	9
БОБЫЛЕВА Е.О.	51	ДУМАНСКИ К.И.	44	КОРОТАЕВ А.В.К.	32
БОГДАН Т.В.	31	ДУХОВНЫЙ А.Л.	43	КОЧЕРГИНА А.М.	10
БОРОВИК И.В.	13	Е		КРАВЧЕНКО М.А.	58
БУЗАЕВ И.В.	35, 36	ЕВСТРАТОВА С.Г.	6	КРОХАЛЕВ А.Н.	36
БХАТТАРАЙ Р.	32	ЕЖОВ А.В.	34	КРЮЧКОВ Д.В.	41
БЫКОВА И.С.	56	ЕЖОВ М.В.	58	КУБАТКИНА Г.А.	22
В		ЕНИКЕЕВА А.Р.	42	КУВШИНОВА Ю.А.	52
ВАЛЕЕВ И.Г.	57	ЕРЕМИНА О.А.	12, 13	КУКШЕВА Д.С.	26
ВАРАКИН Ю.Я.	58	ЕРМОЛАЕВ Е.Н.	57	КУЛЮЦИН А.В.	34
ВАСИЛЬЕВ А.А.	52	Ж		КУРБАНОВ Р.Д.	46
ВАХНЕНКО Ю.В.	20	ЖЕЛАНКИН А.В.	45, 50	Л	
ВИЛЬХОВАЯ И.В.	39	ЖЕЛЕЗНЯКОВА Н.М.	24	ЛАЗАРЕВА Н.В.	58
ВИННИЧЕНКО Л.Б.	39	ЖЕЛТОВА И.Н.	21	ЛАЗАРЕВ К.В.	52
ВЛАДИМИРСКАЯ Т.Э.	16	З		ЛАНЦОВА Е. В.	9
ВОСКРЕСЕНСКАЯ Т.В.	6	ЗАКИРОВА А.Н.	24, 42, 57	ЛАТИПОВА З.К.	47
Г		ЗАКИРОВ И.Р.	49	ЛЕБЕДЕВА Н.Б.	13, 48
ГАЗАРЯН Г.А.	6	ЗАКЛЯЗЬМИНСКАЯ Е.В.	57	ЛЕЩУК Т.Ю.	16
ГАЗАРЯН Г.Г.	6	ЗЕЛЕНАЯ И.И.	24	ЛИБИС Р.А.	22, 51
				ЛИЗОГУБ В.Г.	31

Литвиненко М.Ф.	49	Прудько Е.Л.	42	ФАХРЕТДИНОВА Е.Р.	24, 42
Логинов А.О.	10	Пустовой В.С.	43	ФЕДОРОВА Е.А.	23, 24
Лопина Е.А.	22, 51	Р			
Лопин И.В.	51	РАЗИН В.А.	30, 49	ФЕДОРОВА Н.В.	28
Лосин И.Е.	11	РАХИМОВ Ш.М.	7, 8	ФЕТИСОВА Е.А.	57
Лутик И.Л.	16	РАХИМУЛЛИН И.М.	47	ФИЛИМОНОВ Е.В.	43
М					
МАЗУРОВА О.В.	49	РИСБЕРГ Р.Ю.	36	Х	
МАЛХАСЬЯН М.В.	13	РОМАНОВСКАЯ Е.М.	33	ХАБИБУЛЛИН И.М.	43
МАЛЬ Г.С.	52	РУДА М.Я.	11	ХАЙДАР МОХАМАД	49
МАМАНАЗАРОВА Д.К.	8, 9	РУДЕНКО В.Г.	23	ХАЙРЕТДИНОВА Т.Б.	43
МАМЕДОВА Ф.И.К.	29	РЫЖКОВА А.И.	45, 50	ХАЙРУЛЛИН Р.Н.	47
МАМЛЕЕВА Н.А.	42	С			
МАНЮКОВА Э.Т.	6	САБИТОВ Р.Х.	57	ХАИШЕВА Л.А.	25
МАСЛОВА Н.П.	10	САВЕЛЬЕВА Т.В.	23, 34	ХАЛИКОВА З.М.	42
МАТЧИН Ю.Г.	58	САВИНКОВА Е.А.	46, 47	ХАРИТОНОВА Я.Е.	27
МАХАМАТ Й.К.	33	САГАТОВА Х.М.	8	ХАСАНОВ Н.Р.	27
МАЯНСКАЯ С.Д.	47	САГИРОВ М.А.	6	ХАЧИРОВА А.И.	12
МЕДВЕДЕВ И.Н.	40, 41, 46	САДЫКОВА Д.И.	31	ХОМЯКОВА Н.Г.	20, 35
МЕРКУЛОВА И.О.	31	САДЫКОВ А.Р.	47	ХОРЕВА М.В.	12
МИНУШКИНА Л.О.	6	САЗОНОВА М.А.	45, 49, 50	ХОШИМОВ Ш.У.	46, 57
МИРЗАЛИЕВА Н.Б.	61, 62	САЙГАНОВ С.А.	32	ХРЯЧКОВА О.Н.	56
МИРОНОВ В.М.	58	САМАКАЕВ А.С.	25	Ц	
МИРОНЧИК В.В.	61, 62	САПОЖНИКОВ А.Н.	30, 49	ЦИБИСКАИНА О.С.	33
МИТРОФАНОВ К.Ю.	45, 50	САФАРОВА М.С.	58	Ч	
МИТРОШКИН М.Г.	58	САФОНОВА И.Е.	43	ЧАЙКОВСКАЯ М.К.	57
МИХАЙЛОВА З.Д.	6	СЕМОВА О.В.	24	ЧЕРНЫШОВА Т.Е.	23
МУХАМЕДРАХИМОВА А.Р.	42	СЕРГЕЕВА Е.В.	31	ЧЕСНОКОВА Л.Ю.	48
Н					
НАГАЕВА Г.А.	61, 62	СИБАГАТУЛЛИН Н.Г.	49	ЧИЛИКИНА Ю.М.	31
НАУМЕНКО Е.П.	32	СИНЁВ В.В.	45, 50	ЧИЧЁВА М.М.	50
НЕБОЯН Е.Б.	39	СКОРЯТИНА И.А.	40	ЧУКАЕВА И.И.	12, 18, 33
НЕСТЕРОВ В.С.	51	СМИЯНОВА Ю.О.	38	Ш	
НЕФЕДОВА Г.А.	6	СОБЕНИН И.А.	45, 49, 50	ШАЛЕНКОВА М.А.	6
НИЗАМОВА Л.Т.	30	СПИРЯКИНА Я.Г.	33	ШАРАФУТДИНОВ А.Р.	43
НИКОЛАЕВА И.Е.	20, 23, 24, 25, 35, 36, 42, 43, 57	СТЕПАНОВА Е.В.	24	ШАРИПОВА Р.М.	59
НОВИКОВА Л.Б.	20	СУКМАНОВА И.А.	21, 26, 27	ШАХНОВИЧ Р.М.	11, 58
О					
ОЛЕЙНИКОВ В.Э.	33, 34	СУХОВОЛЬСКИЙ В.Г.	14	ШЕК А.Б.	46, 57
ОЛЬХОВАЯ В.Н.	22	Т			
ОНЕГОВ Д.В.	43	ТАБАКАЕВ М.В.	51	ШИГОТАРОВА Е.А.	34
ОРЛОВА Н.В.	17, 18, 33	ТАВЛУЕВА Е.В.	11, 12, 14	ШЛЫК С.В.	25
ОРЛОВ Ю.А.	53	ТАГИЕВА Н.Р.	58	ШМЕЛЕВА Г.А.	23, 24
ОЩЕПКОВА Е.В.	58	ТАЛИПОВ Р.М.	8, 9	Э	
П					
ПАВЛОВ П.И.	13	ТАРАСЕЕВА Я.В.	6	ЭРЛИХ А.Д.	54, 55
ПЕТРОВ Ю.П.	61	ТАРАСОВ Н.И.	48	ЭФЕНДИЕВ А.М.	29
ПЕЧЕРИНА Т.Б.	27	ТРУБИНОВ С.С.	45, 50	ЭШМАКОВА Л.Н.	23
ПИГАЛИН А.Л.	10	ТРУХАНОВА И.Г.	53	ЭШМАКОВ С.В.	23, 34
ПИМЕНОВ Л.Т.	34	ТУЛАБАЕВА Г.М.	8, 9	ЭШПУЛАТОВ А.С.	46, 57
ПИРАДОВ М.А.	58	ТУРСУНОВА Н.С.	60	Я	
ПЛЕЧЕВ В.В.	36	ТУРЧИНА И.Д.	10	ЯВЕЛОВ И.С.	40
ПОЛОНЕЦКИЙ О.Л.	61	ТЮЛЯКОВА С.Ш.	20	ЯГАФАРОВ И.Р.	49
ПОЛЯКОВА О.В.	52	У			
ПОСТНОВ А.Ю.	45, 49, 50	УРАЗОВА Г.Е.	20	ЯКОВЛЕВА М.В.	57
ПРОКОПОВИЧ М.Е.	58	УРВАНЦЕВА И.А.	51	ЯНБАЕВА С.М.	25
Ф					
ФАЙРУЗОВА А.М.	24	УСОЛЬЦЕВА Е.Н.	56	ЯРКОВСКАЯ А.П.	11
ФАСХУТДИНОВ Н.Г.	49	УСТИНОВА И.Б.	61	ЯРУЛЛИНА А.Р.	23, 24
ФАТКУЛЛИНА З.С.	42	УТЕМУРАТОВ Б.Б.	59	ЯРУЛЛИНА Г.К.	20
Х					
Ц					
Ч					
Ш					
Э					
Я					



МЕТАЛИЗЕ® СПАСАЕТ БОЛЬШЕ ЖИЗНЕЙ^{1,2}

- ✓ В любом месте
- ✓ В любых условиях
- ✓ В любое время



на правах рекламы

МЕТАЛИЗЕ® (тенектеплаза) – ТРОМБОЛИТИК №1 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В США И ЕВРОПЕ³

- ✓ Позволяет начать лечение инфаркта миокарда **НА ОДИН ЧАС РАНЬШЕ⁴**
- ✓ **БОЛЕЕ 25% ПРЕВАННЫХ ИНФАРКТОВ** при применении в течение первого часа⁵
- ✓ Сравнимая **ЭФФЕКТИВНОСТЬ** с первичным ЧКВ*⁶



1. Wallentin L, Goldstein P, Armstrong PW, et al. Circulation. 2003; 108: 135-142 (Валентин Л., Гольдштейн П., Армстронг П.В. и соавт. Кровообращение. 2003; 108: 135-142). 2. Danchin N, et al. Circulation. 2004; 110: 1909-1915 (Данчин Н. и соавт. Кровообращение. 2004; 110: 1909-1915). 3. Acute Coronary Syndrome Study: 2010 Decision Resources Inc (Исследование по острому коронарному синдрому; Ресурсы решения инк. 2010). 4. Morrison L.J. et al. JAMA. 2000; 283 (20): 2686-2692 (Моррисон Л.Дж. и соавт. Журнал американской медицинской ассоциации. 2000; 283: 2686-2692). 5. Verheugt F.W.A. et al. Eur Heart J. 2006; 27: 901-904 (Верхегт Ф.В.А. и соавт. Европейский журнал сердца. 2006; 27: 901-904). 6. Paul W., Armstrong M.D. N Engl J Med. 2013; 368:1379-1387 (Пол В., Армстронг М.Д. Новый английский медицинский журнал. 2013; 368: 1379-1387). Все материалы опубликованы на английском языке.

*Первичное чресконтное коронарное вмешательство.

Сокращенная инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата МЕТАЛИЗЕ®

Рег. номер П N016055/01. МНН: тенектеплаза. Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг и 50 мг. В 1 мл разведенного раствора содержится 1000 ЕД (5 мг) тенектеплазы. Показания. Тромболитическая терапия острого инфаркта миокарда (ОИМ). Противопоказания. Заболевания, сопровождающиеся значительными кровотечениями в течение последних 6 месяцев; геморрагический диатез; одновременный прием пероральных антикоагулянтов (международное нормализованное отношение >1.3); заболевания центральной нервной системы (ЦНС) в анамнезе (новообразования, аневризма, хирургическое вмешательство на головном и спинном мозге); тяжелая неконтролируемая артериальная гипертензия; крупные оперативные вмешательства, биопсия паренхиматозного органа или значительная травма в течение последних 2 месяцев (в том числе травма в сочетании с ОИМ в настоящее время), недавно перенесенные черепно-мозговые травмы; длительная или травматичная сердечно-легочная реанимация (>2 мин) в течение последних 2 недель; тяжелое нарушение функции печени, в том числе печеночная недостаточность, цирроз, портальная гипертензия (в т.ч. с варикозным расширением вен пищевода) и активный гепатит; язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; аневризма артерии или наличие артериального/венозного порока развития сосудов; новообразование с повышенным риском развития кровотечения; острый перикардит и/или подострый бактериальный эндокардит; острый панкреатит; повышенная чувствительность к активному веществу (тенектеплаза), гентамицину (остаточные следы от процесса производства) или к любому вспомогательному веществу; геморрагический инсульт или инсульт неизвестной этиологии в анамнезе; ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА) в течение последних 6 месяцев. Беременность и лактация. Опыт применения МЕТАЛИЗЕ у беременных женщин отсутствует. Нет данных о выведении тенектеплазы с грудным молоком. Способ применения и дозы. Доза МЕТАЛИЗЕ рассчитывается в зависимости от массы тела, максимальная доза не должна превышать 10 000 ЕД (50 мг тенектеплазы). Необходимая доза препарата вводится путем быстрой однократной внутривенной инъекции в течение 5-10 сек. Препарат МЕТАЛИЗЕ нельзя смешивать с другими лекарственными средствами (даже с гепарином) ни во флаконе для инфузии, ни в общей системе для внутривенного введения. Препарат МЕТАЛИЗЕ несовместим с раствором декстрозы. Побочные эффекты. Наружное кровотечение (как правило, из мест пункций кровеносных сосудов); внутренние кровотечения: в любой части или полости тела; анафилактикоидные реакции, реперфузионные аритмии, снижение артериального давления, повышение температуры тела, жировая эмболия, которая может привести к соответствующим последствиям со стороны затронутых внутренних органов, необходимость в переливании крови. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Взаимодействия с другими препаратами. Нет данных о наличии клинически значимых взаимодействий МЕТАЛИЗЕ с другими препаратами, часто применяемыми у пациентов с ОИМ. Условия хранения. При температуре не выше 30°С, в защищенном от света месте, недоступном для детей. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

ОПЫТ И ДОВЕРИЕ ВСЕГО МИРА В ОДНОМ АНТИКОАГУЛЯНТЕ

Клексан® – многофункциональный анти тромботик биологического происхождения

- С обширной доказательной базой¹
- С большим спектром показаний для широкого круга пациентов²
- Выбран врачами всего мира для лечения более чем 500 миллионов пациентов³



КЛЕКСАН®
эноксапарин натрия

Доказанная и предсказуемая защита

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА КЛЕКСАН®

Торговое название и лекарственная форма: Клексан® (эноксапарин натрия) выпускается в виде заполненных шприцев и шприцев с системой защиты иглы, содержащих 20 мг, 40 мг, 60 мг, 80 мг, 100 мг эноксапарина натрия. **Фармакотерапевтическая группа:** антикоагулянтное средство прямого действия. **Показания к применению:** профилактика венозных тромбозов и эмболий при хирургических вмешательствах, особенно при ортопедических и общехирургических операциях; профилактика венозных тромбозов и эмболий у больных, находящихся на постельном режиме вследствие острых терапевтических заболеваний, включая острую сердечную недостаточность и декомпенсацию хронической сердечной недостаточности (III или IV класс по классификации NYHA), острую дыхательную недостаточность, а также при тяжелых острых инфекциях и острых ревматических заболеваниях в сочетании с одним из факторов риска венозного тромбообразования; лечение тромбоза глубоких вен с тромбозом легочной артерии или без нее; профилактика тромбообразования в системе экстракорпорального кровообращения во время гемодиализа (обычно при длительности сеанса не более 4 часов); лечение нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда без зубца Q в сочетании с ацетилсалициловой кислотой; лечение острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST у пациентов, подлежащих медикаментозному лечению или последующему коронарному вмешательству. **Способ применения и дозы:** Клексан® вводится глубоко подкожно или внутривенно. Препарат нельзя вводить внутримышечно. **Профилактика венозных тромбозов и эмболий при хирургических вмешательствах:** при умеренном риске развития тромбозов и эмболий – 20 мг 1 раз в сутки за 2 часа до хирургического вмешательства, при высоком риске – 40 мг 1 раз в сутки за 12 часов до хирургического вмешательства или 30 мг 2 раза в сутки через 12–24 часа после операции. Длительность лечения – в среднем 7–10 дней. **Профилактика венозных тромбозов и эмболий у больных с острыми терапевтическими заболеваниями, находящихся на постельном режиме:** 40 мг 1 раз в сутки в течение 6–14 дней. **Лечение тромбоза глубоких вен с тромбозом легочной артерии или без нее:** 1,5 мг/кг массы тела 1 раз в сутки или 1 мг/кг массы тела 2 раза в сутки. Длительность лечения – в среднем 10 дней. **Профилактика тромбообразования в системе экстракорпорального кровообращения во время гемодиализа:** 1 мг/кг массы тела в артериальный участок шунта в начале сеанса гемодиализа. При высоком риске кровотечения дозу следует снизить до 0,5 мг/кг массы тела при двойном сосудистом доступе или 0,75 мг – при одностороннем. **Лечение нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда без зубца Q:** 1 мг/кг массы тела каждые 12 часов в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в течение 2–8 дней (до стабилизации клинического состояния больного). **Лечение инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST:** лечение начинают с внутривенного болюсного введения Клексана® в дозе 30 мг, а затем (в пределах 15 минут) проводят подкожное введение в дозе 1 мг/кг (первые 2 инъекции – максимально по 100 мг Клексана®). Все последующие подкожные дозы вводятся каждые 12 часов из расчета 1 мг/кг массы тела. При комбинации с любыми тромболитиками Клексан® должен вводиться в интервале от 15 мин. до начала тромболитической терапии до 30 мин. после нее. Сразу после выявления острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST должен одновременно начинаться прием ацетилсалициловой кислоты в течение не менее 30 дней (если нет противопоказаний). **Рекомендуемая продолжительность лечения – 8 дней или до выписки пациента из стационара, если период госпитализации менее 8 дней (подробно: см. полную инструкцию по препарату).** У лиц 75 лет и старше с ОКС с подъемом сегмента ST: не применяется первоначальное болюсное введение. Клексан® вводится подкожно в дозе 0,75 мг/кг каждые 12 часов (первые 2 инъекции – максимально по 75 мг Клексана®). Все последующие дозы – каждые 12 часов из расчета 0,75 мг/кг массы тела. Пациенты пожилого возраста: за исключением лечения инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, снижения дозы Клексана® не требуется, если отсутствует нарушение функции почек. Пациенты с почечной недостаточностью: при легкой и умеренной нарушении функции почек коррекция дозы не требуется. При тяжелом нарушении функции почек рекомендована коррекция дозы (см. полную инструкцию по препарату). Пациенты с легкой недостаточностью: соблюдать осторожность (см. полную инструкцию по препарату). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к эноксапарину натрия, гепарину или его производным, включая другие низкомолекулярные гепарины; состояния и заболевания, при которых имеется высокий риск развития кровотечения: угрожающий аборт, аневризма сосудов головного мозга или расслаивающая аневризма аорты (за исключением хирургического вмешательства), геморрагический инсульт, неконтролируемое кровотечение, тяжелая эноксапарин- или гепарин-индуцированная тромбоцитопения; беременные и искусственными клапанами сердца; возраст до 18 лет. **С осторожностью использовать при:** нарушениях гемостаза; тяжелых васкулитах; эрозивно-язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта; недавно перенесенном ишемическом инсульте; неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии; диабетической или геморрагической ретинопатии; тяжелом сахарном диабете; недавно перенесенной или предполагаемой неврологической или офтальмологической операции; проведении спинальной или эпидуральной анестезии, спинномозговой пункции (недавно перенесенной); недавних родах; эндокардите бактериальном (остром или подостром); перикардите или перикардальном выпоте; почечной и/или печеночной недостаточности; внутриматочной контрацепции; тяжелой травме (особенно центральной нервной системы), открытых ранах на больших поверхностях; одновременном приеме препаратов, влияющих на систему гемостаза. **Особые указания:** рекомендуется регулярный контроль количества тромбоцитов до и во время лечения Клексаном®, а также проведение наблюдения, особенно за пациентами старше 80 лет и при назначении препарата в лечебных целях. У женщин с массой тела менее 45 кг и у мужчин с массой тела менее 57 кг возможен повышенный риск развития кровотечений. Пациенты с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²) имеют повышенный риск развития тромбозов и эмболий. До сих пор нет общего мнения по коррекции дозы. Этим пациентам следует внимательно наблюдать на предмет развития симптомов и признаков тромбозов и эмболий. С особой осторожностью Клексан® следует назначать больным, в анамнезе которых имеются сведения о тромбоцитопении, вызванной гепарином. При наличии подтвержденного значительного снижения количества тромбоцитов (на 30–50% по сравнению с исходным показателем) необходимо немедленно отменить Клексан® и перевести больного на другую терапию (см. полную инструкцию по препарату). Для снижения возможного риска кровотечения, связанного с применением эноксапарина натрия и проведением эпидуральной или спинальной анестезии/анальгезии, необходимо учитывать фармакокинетический профиль препарата (см. полную инструкцию по препарату). **Чрескожная коронарная ангиопластика:** см. полную инструкцию по препарату. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Клексан® нельзя смешивать с другими препаратами! В сочетании с салицилатами системного действия, ацетилсалициловой кислотой, нестероидными противовоспалительными средствами, декстранами, системными глюкокортикостероидами, тиклопидином и клопидогрелом, тромболитиками или антикоагулянтами, другими анти тромботическими препаратами возможно возрастание риска развития кровотечения. **Беременность и период грудного вскармливания:** Применять Клексан® во время беременности следует только в тех случаях, когда имеется настоятельная необходимость его применения, установленная врачом. Следует прекратить грудное вскармливание во время лечения матери Клексаном®. **Побочные эффекты:** кровотечения (в том числе забросившие, внутричерепные), гематома, боль и отек в месте инъекции. Возможны аллергические реакции, крапивница, зуд. Повышение активности «печеночных» ферментов, главным образом, повышение активности трансаминаз (подробно см. полную инструкцию по препарату). **Передозировка:** антикоагулянтные эффекты можно нейтрализовать путем медленной внутривенной инфузии протамина сульфата. 1 мг протамина сульфата нейтрализует антикоагулянтный эффект 1 мг Клексана® (см. полную инструкцию по препарату). Анти-Ха активность Клексана® полностью нейтрализовать нельзя (максимально на 60%). **Регистрационный номер:** П №014462/01. **Перед применением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.**

1. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.DrugDetails>, Last accessed 11/06/2014. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Клексан®. Регистрационный номер: П №014462/01. 3. Source IMS. Clexane/Lovenox Standard Units (SU) Q4/1995-Q3/2013.