



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Общество специалистов по неотложной кардиологии  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Российский кардиологический научно-производственный комплекс  
Министерства здравоохранения РФ



***VI ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ  
НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ – 2013***

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ  
ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**



***ТЕЗИСЫ***

28-29 ноября 2013 г.  
г. Москва

# НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

## ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Яковлева Т.В.**            заместитель министра здравоохранения РФ
- Чазов Е.И.**                академик, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ
- Мартынов А.И.**            академик, президент Российского научного медицинского общества терапевтов

## РАБОЧАЯ ГРУППА ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Чазова И.Е.**            член-корр. РАМН, профессор, директор института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ
- Руда М.Я.**                профессор, руководитель отдела неотложной кардиологии ФГБУ РКНПК МЗ РФ, председатель РОО «Общество специалистов по неотложной кардиологии»
- Терещенко С.Н.**        профессор, директор РОО «Общество специалистов по неотложной кардиологии», руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ РКНПК МЗ РФ

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

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

## ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Абугов С.А. (Москва)            | Жиров И.В. (Москва)             | Самко А.Н. (Москва)             |
| Аверков О.В. (Москва)           | Затейщиков Д.А. (Москва)        | Суханов С.Г. (Пермь)            |
| Акчурин Р.С. (Москва)           | Караськов А.М. (Новосибирск)    | Сыркин А.Л. (Москва)            |
| Архипов М.В. (Екатеринбург)     | Карпенко М.А. (Санкт-Петербург) | Федорченко А.Н. (Краснодар)     |
| Балдуева С.А. (Санкт-Петербург) | Карпов Р.С. (Томск)             | Фетисов В.В. (Москва)           |
| Барбараш О.Л. (Кемерово)        | Карпов Ю.А. (Москва)            | Хохлунов С.М. (Самара)          |
| Бузиашвили Ю.И. (Москва)        | Кириенко А.И. (Москва)          | Хрипун А.В. (Ростов-на-Дону)    |
| Васильева Е.Ю. (Москва)         | Комаров А.Л. (Москва)           | Хубулава Г.Г. (Санкт-Петербург) |
| Галявич А.С. (Казань)           | Космачёва Е.Д. (Краснодар)      | Шалаев С.В. (Тюмень)            |
| Ганюков В.И. (Кемерово)         | Кузнецова Т.Ю. (Петрозаводск)   | Ширинский В.П. (Москва)         |
| Гиляревский С.Р. (Москва)       | Матюшин Г.В. (Красноярск)       | Шлык С.В. (Ростов-на-Дону)      |
| Говорин А.В. (Чита)             | Огарков М.Ю. (Кемерово)         | Шнейдер Ю.А. (Санкт-Петербург)  |
| Голицын С.П. (Москва)           | Осиев А.Г. (Новосибирск)        | Шпектор А.В. (Москва)           |
| Грацианский Н.А. (Москва)       | Певзнер Д.В. (Москва)           | Шубик Ю.В. (Санкт-Петербург)    |
| Довгалевский П.Я. (Саратов)     | Плавунов Н.Ф. (Москва)          | Явелов И.С. (Москва)            |
| Дюжиков А.А. (Ростов-на-Дону)   | Протопопов А.В. (Красноярск)    | Яковлев А.Н. (Санкт-Петербург)  |
| Жбанов И.В. (Москва)            | Романчук С.В. (Иваново)         |                                 |



# ***III D EURASIAN CONGRESS OF CARDIOLOGY***

**Moscow, Russia**

**February 20-21, 2014**

**[www.cardioweb.ru](http://www.cardioweb.ru)**



# СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

## ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:



## ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ:



БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ



## СПОНСОРЫ:

АСТРАЗЕНЕКА

БАКСТЕР

АЛЬЯНС КОМПАНИЙ БРИСТОЛ-  
МАЙЕРС СКВИББ И ПФАЙЗЕР

ООО «БЕРЛИН-ХЕМИ/А.МЕНАРИНИ»

«ДОКТОР РЕДДИС ЛАБОРАТОРИС ЛТД»

«ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ»

ЗАО «ГЛАКСОСМИТКЛЯЙН ТРЕЙДИНГ»

ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»

ЗАО «РАУТ-БИЗНЕС»

КРКА

РАЙФАРМ

ОАО «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ЗАВОД ЭГИС»

ООО «НОВАРТИС ФАРМА»

ТАКЕДА

ТЕВА

ЗББОТТ

ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

ООО «СУПРАГЕН»

## ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА:

ЖУРНАЛ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ»,

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИА МЕДИКА»,

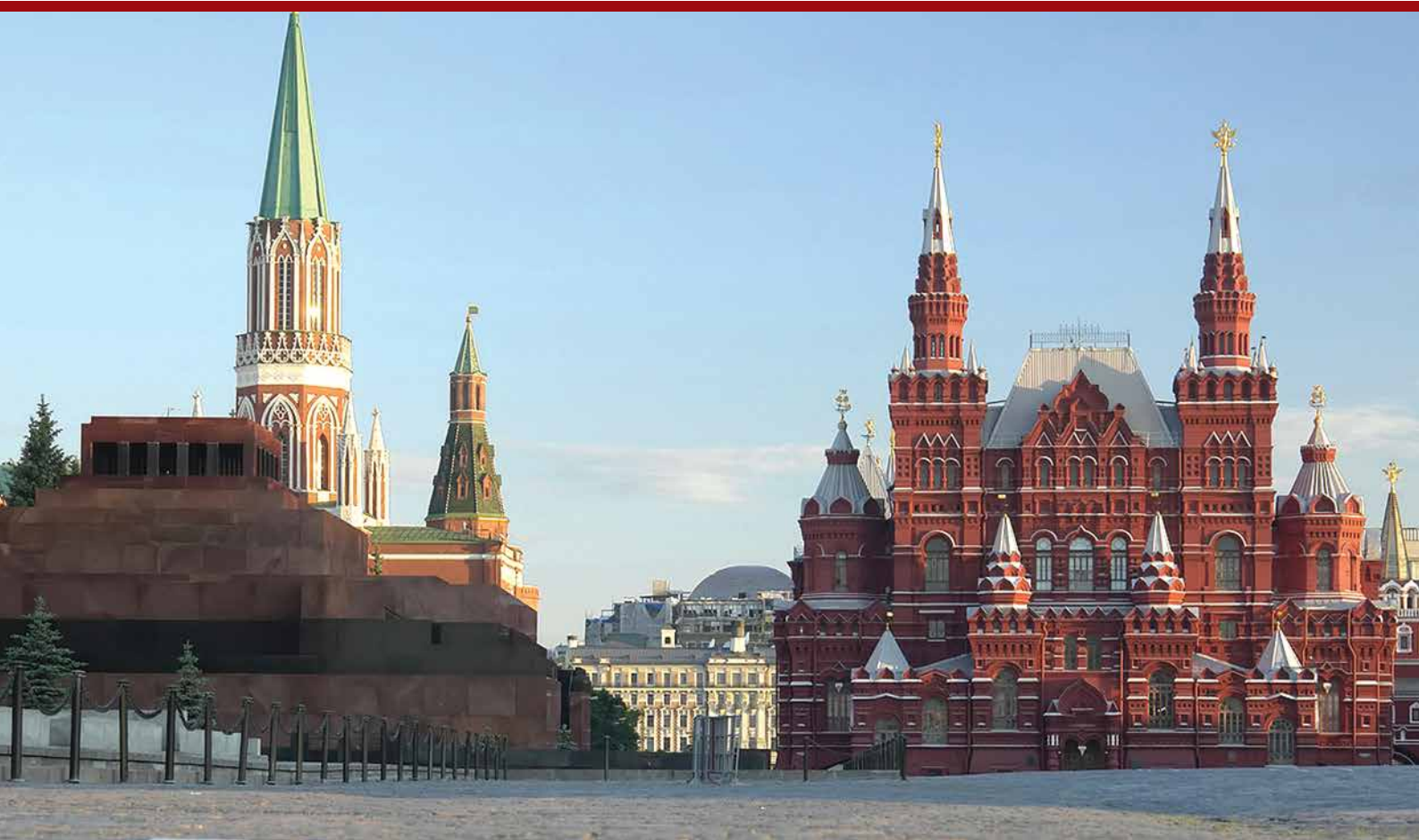
ООО «МЕДФОРУМ»

ЖУРНАЛ «ДОКТОР.РУ»

ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»



# *X ежегодный Всероссийский Конгресс по Артериальной гипертензии*



**19-21 марта 2014 года  
г. Москва**

**Прием тезисов до 10 февраля 2014 г.**

**[www.gipertonik.ru](http://www.gipertonik.ru)**

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. БЕССИМПТОМНЫЕ И СИМПТОМНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ</b> Алфорова П.А., Новикова Н.А. ....	7
<b>2. ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> Акимова Н.С., Мартынович Т.В., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г. ....	7
<b>3. ВЛИЯНИЕ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> Александров С.С., Александров С.А. ....	8
<b>4. ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST</b> Гальцова О.А., Романенко В.В. ....	9
<b>5. ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА</b> Аблина К.Н., Какорин С.В. ....	9
<b>6. ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИСХОДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST</b> Гринштейн Ю.И., Суховольский В.Г., Андина Л.А., Ковалев А.В. ....	10
<b>7. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕСС-ТЕСТА В УСЛОВИЯХ МРТ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА</b> Обединский А.А., Обединская Н.Р., Курбатов В.П., Мироненко С.П., Осиев А.Г., Петровская А.В. ....	10
<b>8. КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ КАРОТИДНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА</b> Максимов Н.Н., Калинина С.А., Павлова Т.Н., Тимонин Д.В., Киршин А.А., Бендерский Ю.Д., Стерхов А.В., Киршин А.А. ....	10
<b>9. ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)</b> Какорин С.В., Эрлих А.Д., Бакулина А.В. ....	11
<b>10. МЕХАНИЗМЫ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ</b> Муталова Э.Г., Мусина Ф.С., Ямлихина Э.Г. ....	11
<b>11. ОПЕРАТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST, КОТОРЫМ БЫЛА ПРОВЕДЕНА ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ</b> Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В., Урванцева И.А. ....	12
<b>12. ОПЕРАТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST, КОТОРЫМ БЫЛО ВЫПОЛНЕНО ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО</b> Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В., Урванцева И.А. ....	13
<b>13. ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В Г.ПЕТРОЗАВОДСК</b> Мальгин А.Н., Шандалович Э. В., Лесных М.В., Кузнецова Т.Ю., Михеев В.Б., Рябков В.А., Малафеев А.В., Никулина В.А., Черепанова А.А. ....	13

<b>14. ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ</b> Кудрявцева Е.Н., Баев В.М. ....	14
<b>15. ОСТРАЯ АНЕВРИЗМА И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ</b> Какорин С.В., Стогов А.В., Дайтер И.И. ....	14
<b>16. ОТДАЛЕННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИМЕЮЩИХ НАРУШЕННЫЙ УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН</b> Какорин С.В., Гудков И.А. ....	15
<b>17. ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ</b> Давыдова С.С., Комиссаренко И.А. ....	15
<b>18. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВНУТРИОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ-ЭЛ</b> Онучин Д.С. ....	16
<b>19. ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ</b> Баранова И.А., Селезнев С.В., Кривоносова Е.П., Кувычкина Н.В., Левитин А.В., Калинина Л.П. ....	16
<b>20. ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ ИВ\IIIA ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ</b> Васильева В.П., Кугаевская А.А., Бугаев Г.Д. ....	16
<b>21. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ</b> Гринштейн И.Ю., Савченко А.А., Савченко Е.А., Гринштейн Ю.И. ....	17
<b>22. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЁРОВ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ</b> Резникова Е.А., Тарасов А.А. ....	17
<b>23. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЁРОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> Тарасов А.А. ....	17
<b>24. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЁРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> Тарасов А.А., Резникова Е.А. ....	18
<b>25. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЁРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> Тарасов А.А. ....	18
<b>26. ПРОЕКТ «ЮГРА-КОР»: ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В ХМАО-ЮГРЕ</b> Урванцева И.А. ....	19
<b>27. РЕДОКС-СТАТУС ГЛУТАТИОНА ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА</b> Буко И.В., Полонецкий Л.З. ....	19
<b>28. РОЛЬ НИТРОКСИДЭРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</b> Рябченко А.Ю., Михелёва Н.В., Вагнер Н.Е. ....	19

<b>29. СКОРОСТЬ ДЕФОРМАЦИИ СТЕНКИ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ЕЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА</b> Ложкевич А.А. ....	20
<b>30. СНИЖЕНИЕ РИСКА НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ</b> Калинина А.М., Кондратьева Н.В., Шаповалова В.П., Рыжов В.М., Олишевко С.В. ....	20
<b>31. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ</b> Беллил С.М., Якушин С.С. ....	21
<b>32. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И РЕОЛИТИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ</b> Матвеев П.Д., Коков Л.С., Лопотовский П.Ю., Косолапов Д.А., Никитина О.В., Михайлов И.П. ....	21
<b>33. УРОВЕНЬ ДЕКОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ЯВНОМ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ)</b> Какорин С.В., Эрлих А.Д., Калинкина А.А. ....	22
<b>34. ФАРМАКОИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST</b> Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В., Фоменко Е.П., Чистякова В.В. ....	22
<b>35. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ ARJ РЕЦЕПТОРА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</b> Пелогейкина Ю.А., Беспалова Ж.Д., Ланкин В.З., Тимошин А.А., Писаренко О.И. ....	23
<b>36. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)</b> Какорин С.В., Эрлих А.Д., Калинкина А.А. ....	23
<b>37. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> Аникин В.В., Александров С.С., Александров С.А., Калинин М.Н. ....	24
<b>38. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ</b> Резанова Н.В., Корниенко Н.В., Гафарова Н.Х. ....	24
<b>39. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ</b> Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В., Фоменко Е.П., Чистякова В.В. ....	24
<b>КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ</b> .....	27

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





## 1. БЕССИМПТОМНЫЕ И СИМПТОМНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Алферова П.А., Новикова Н.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,  
УКБ №1 Клиника Кардиологии

### Введение (цели/задачи):

Оценить взаимосвязь фибрилляции предсердий (ФП) с «бессимптомными» ишемическими инсультами и оценить взаимосвязь между ишемическими инсультами и ФП бессимптомного течения.

### Материал и методы:

В исследование включены 186 пациентов, которые прошли обследование и лечение в Клинике кардиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова и во втором неврологическом отделении 7 ГКБ, в период с декабря 2010г. по апрель 2012г. (75 мужчины и 111 женщин), средний возраст 64 года. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли пациенты со всеми формами ФП, не переносившие инсульт/транзиторные ишемические атаки (ТИА) в анамнезе, во 2-ю группу были включены пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, ТИА, ишемическим инсультом/ТИА в анамнезе без ранее диагностированной ФП и с ранее диагностированной ФП. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. В 1-й группе всем пациентам выполнялось МРТ головного мозга без контрастирования, во 2-й группе для выявления нарушений ритма сердца у пациентов без ФП проводилось 72-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру.

### Результаты:

В первой группе у 24% (22 из 91) больных был выявлен «бессимптомный» инсульт, из них у 13% (12 из 22) выявлен 1 перенесенный инсульт, у 11% (10 из 22) – более одного инсульта. Из 22 пациентов с «бессимптомным» инсультом только 14% (3 из 22) принимали варфарин, при том лишь у одного пациента МНО находилось в диапазоне от 2 до 3; 1 пациент (4.5%) принимал комбинацию аспирина с клопидогрелем. Важно отметить, что большая часть пациентов первой группы имели высокие баллы уровня риска развития инсульта по шкалам CHADS<sub>2</sub> и CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (2 балла- 18% (16 из 91), 3 балла- 19% (17 из 91), 4 балла- 24% (22 из 91), 5 баллов- 23% (21 из 91), 6 баллов- 4% (4 из 91), 7 баллов- 3% (3 из 91)). Во второй группе у 23% (11 из 47) больных были выявлены эпизоды ФП, длительностью до 30с по данным суточного мониторирования ЭКГ. Среди пациентов, перенесших ОНМК/ТИА, с длительным анамнезом ФП, лишь 2% (1 из 48) принимали варфарин, однако дезагреганты принимали 25% (12 из 48) пациентов.

### Заключение:

У пациентов с ФП, имеющих низкий уровень риска развития тромбоэмболических осложнений, важно исключать бессимптомные формы перенесенного ишемического инсульта. В связи с этим исследование с помощью КТ и МРТ головного мозга должно быть включено в рутинную практику обследования таких больных. Это позволит вовремя назначать профилактическую антикоагулянтную терапию и снизить риск развития повторного инсульта и, как резуль-

тат, снизить уровень смертности. Пациентам, перенесшим ОНМК по ишемическому типу, необходимо проводить длительное 72-часовое мониторирование ЭКГ для исключения преходящих нарушений ритма (ФП). Это позволит улучшить диагностику бессимптомных форм ФП и своевременно принять меры по предотвращению развития повторного инсульта.

## 2. ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Акимова Н.С., Мартынович Т.В., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г.

ГБОУ ВПО «СГМУ им В.И. Разумовского»  
Минздрава РФ

### Введение (цели/задачи):

Изучить связи факторов риска атеросклероза с когнитивными функциями у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

### Материал и методы:

Критерием включения в исследование являлась ХСН I-IV функционального класса (ФК) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС). В исследование не включались больные, у которых отмечались острые или подострые формы ИБС, выраженная экстракардиальная патология, сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, гемодинамически значимые стенозы и атеросклеротические бляшки артерий головы и шеи по данным дуплексного исследования, признаки деменции по шкале *minimal mental score examination* (MMSE), возраст старше 65 лет. В результате в группу исследуемых включено 57 больных с ХСН в возрасте от 49 до 65 лет (средний возраст составил 54,5 года), из них мужчин – 31, женщин – 26. Кроме общеклинического обследования проводилось ультразвуковое исследование сосудов шеи с вычислением толщины комплексов интимомедиа правой и левой сонных артерий, определение липидного спектра, включающего холестерин (ХЛ) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ХЛ липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триацилглицериды (ТАГ), концентрации С-реактивного белка (СРБ) и гомоцистеина в венозной крови пациентов. Когнитивные функции оценивались посредством вербального и невербального подтестов Векслера (5 и 7 варианты), корректурной пробы Бурдона. Для исключения деменции использовалась шкала MMSE. Использовался анализ пошаговой регрессии (коэффициент Beta) посредством программы Statistica 7.0.

### Результаты:

Было установлено, что худшее выполнение пациентами субтеста Векслера 5 ассоциировано с повышением уровня гомоцистеина и увеличением толщины комплекса интимомедиа ( $\beta = -0,57$  и  $\beta = -0,77$  соответственно). Отмечена статистическая тенденция в ухудшении показателей когнитивных тестов при нарастании концентрации С-реактивного белка. Кроме вышеописанных результатов, было выявлено и достоверное ухудшение результатов субтестов Векслера 5 и 7 при снижении уровня липопротеидов низкой плотности.

**Заключение:**

В основном, при увеличении выраженности факторов риска атеросклероза отмечается ухудшение показателей когнитивных тестов у пациентов с ХСН. Полученная связь ХС ЛПНП с результатами когнитивных тестов, очевидно, объясняется тем, что холестерин является структурным компонентом головного мозга, он участвует в образовании клеточных мембран, миелиновых оболочек, необходим для нормального функционирования центральной нервной системы.

**3. ВЛИЯНИЕ ГЕОМАГНИТНЫХ ВОЗМУЩЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Александров С.С., Александров С.А.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА МИНЗДРАВА РОССИИ,  
ГБУЗ КБ СМП г.ТВЕРЬ

**Введение (цели/задачи):**

Одним из природных абиотических факторов риска являются геомагнитные возмущения, нарушающие временную последовательность информационных сигналов, которые организм использует для согласования ритмики биологических процессов с ритмикой окружающей среды. В настоящее время достоверно установлено существование значительной корреляции между различными заболеваниями и геомагнитными вариациями. Наиболее существенными в этом направлении являются результаты исследования связи геомагнитных возмущений с сердечно-сосудистой патологией. Цель работы: оценить ассоциативные связи геомагнитной активности и клинко-морфологических особенностей ИБС.

**Материал и методы:**

Исследование объединило 338 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и 456 больных с другими формами ИБС, госпитализированных в кардиологическое отделение ГКБ №7. Для уточнения морфологических особенностей повреждения сердца и клинической картины, предшествующих внезапной коронарной смерти, произведен анализ 4880 случаев ВКС по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Твери. Данные об уровне геомагнитной активности получены из Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн РАН.

**Результаты:**

Отмечено, что у больных ИБС приступы стенокардии наблюдаются в 2 раза чаще в магнитовозмущенные дни, чем в дни с малой магнитной активностью. С помощью корреляционного анализа показана достоверная прямая связь между частотой возникновения прогрессирующей стенокардии и продолжительностью геомагнитных бурь ( $rs=0,69$ ,  $p<0,02$ ). Кроме того, в эти же периоды в 2,2 раза возрастает риск развития ИМ, а течение болезни чаще осложняется альвеолярным отеком легких и кардиогенным шоком ( $p<0,05$ ). У 85% больных ОИМ, наступившим в период неблагоприятной геомагнитной обстановки наблюдались нарушения сердечного ритма, в том числе желудочковая экстрасистолия высоких градаций и эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии, а также повышение артериального давления. Также отмечено, что в периоды геомагнитных бурь у больных ОИМ достоверно чаще наблюдались психоэмоциональные расстройства, изменения показателей трансаминаз в крови, содержания билирубина, холестерина, липопротеидов низкой

и очень низкой плотности, кортизола и степени болезненного реагирования на экстремальные геофизические возмущения. У больных в подостром периоде ИМ в магнитоактивные дни выявлялось ухудшение показателей фазовой структуры систолы левого желудочка, свидетельствующее об отрицательном влиянии геомагнитной активности на полезную работу сердца и сократительную функцию миокарда. Неблагоприятные геомагнитные условия сопровождаются достоверным повышением летальности у больных ОИМ, при этом максимальное количество смертей от инфаркта миокарда приходится на вторые сутки геомагнитных возмущений ( $p<0,01$ ). При оценке показателей вариабельности сердечного ритма отмечено, что у больных ИБС в 64% случаев преобладающей реакцией в ответ на развитие магнитной бури явился резкий сдвиг в сторону усиления парасимпатического тонуса, что, как правило, сопровождалось ухудшением состояния больных, несмотря на продолжающееся лечение, которое до этого момента давало хорошие результаты. В тоже время за 1–2 дня до развития магнитной бури выявлено резкое усиление симпатических влияний, по-видимому, являющихся следствием прямых воздействий радиоизлучений солнечной короны. При анализе ассоциаций внезапной коронарной смерти (ВКС) и активности земного магнетизма были выявлены более частое поражение мужского населения и зависимость смертности от геомагнетизма. Так в магнитоактивные периоды (МБ) смертность от ВКС на 100000 населения в год у мужчин составила 167,3, а у женщин – 79,5, тогда как в периоды спокойного состояния магнитного поля Земли (вне МБ) эти показатели составили величины 116,2 ( $p<0,001$ ) и 66,2 ( $p<0,05$ ) соответственно. В то же время МБ существенно не влияли на средний возраст наступления смерти. Доля же лиц моложе 50 лет в структуре смертности у мужчин в МБ составляет 31,0%, вне МБ – 27,3% ( $p<0,001$ ), а у женщин – 12,4% и 12,0% ( $p>0,05$ ) соответственно. Атеросклеротическое поражение при ВКС проксимальных и средних сегментов по меньшей мере одной из эпикардиальных коронарных артерий определялось в 100% случаев, причем у двух третей умерших оно приводило к выраженному (не менее 75%) сужению просвета артерии. В 82% случаев поражалась левая передняя нисходящая артерия, в 62% – левая огибающая, а в 56% – правая коронарная артерия. Изолированное поражение одной артерии встречалось только в 24%, а изолированное поражение ветвей правой коронарной артерии – только в 10% случаев. При ВКС в периоды МБ выявляется неравномерный вариант распространенного типа поражения коронарных артерий – 61,8% случаев, во время вне МБ – 43,8% ( $p<0,001$ ). При ВКС наступившей в периоды геомагнитных возмущений сужение просвета хотя бы одной коронарной артерии более 75% выявлялось реже, только в 26,5% вскрытий, тогда как во время вне МБ – в 93,7% ( $p<0,001$ ). Напротив, у умерших внезапно от ИБС в периоды возмущенного состояния магнитного поля незначительный (до 50% просвета) стеноз коронарных артерий выявлялся чаще, в 41,1% случаев, тогда как при спокойном состоянии геомагнетизма значительно реже – в 2,2% случаев ( $p<0,001$ ).

**Заключение:**

Таким образом, полученные данные отражают наличие многообразия реакций коронарного патологического процесса на дестабилизацию геомагнитного поля и требуют дальнейшего изучения.

#### 4. ВЛИЯНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гальцова О.А., Романенко В.В.

БелМАПО, КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ И ТЕРАПИИ, МОКБ

##### Введение (цели/задачи):

Основная цель лечения пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST), заключается в профилактике повторных инфарктов миокарда (ИМ), снижении частоты развития тромбозов и рестенозов стентов, и, как следствие, к уменьшению процессов патологического ремоделирования. С учетом вышеизложенного, оценка влияния методов реперфузии реческожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и тромболитической терапии (ТЛТ) на кардиогемодинамику и процессы ремоделирования у пациентов, перенесших ОИМпST представляется весьма актуальной. Цель: оценить влияние ЧКВ и ТЛТ на процессы ремоделирования миокарда у пациентов, перенесших ОИМпST.

##### Материал и методы:

Исследованы эхокардиографические линейно-объемные показатели у пациентов, перенесших ОИМпST, которым проводились ЧКВ и ТЛТ. Исследование включало 65 пациентов мужского пола, после проведения ЧКВ и 46 пациентов после проведения ТЛТ. Соответственно средний возраст пациентов был – 53,8±1,1 год и 51,0±1,2 года. Всем пациентам проводили сбор анамнеза, оценивали факторы риска и проводили эхокардиографию. Исследована динамика важнейших показателей, связанных с ремоделированием левого желудочка (ЛЖ): конечно-диастолический объем (КДО, мл), конечно-систолический объем (КСО, мл), индекс конечно-систолического объема (ИКСО, мл/м<sup>2</sup>), индекс конечно-диастолического объема (ИКДО, мл/м<sup>2</sup>), фракция выброса левого желудочка (ФВ, %), конечно-диастолический размер (КДР, мм), конечно-систолический размер (КСР, мм), передне-задний размер левого предсердия (ЛП, мм), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖП, мм, д), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖ, мм, д), индекс относительной толщины левого желудочка (ИОТ, мм) – (ТМЖП+ТЗСЛЖ)/КДР. Исходные показатели рассчитывали в М-режиме с использованием доплер-эхокардиографии.

##### Результаты:

В отдаленном периоде после ЧКВ по поводу ОИМпST происходило статистически достоверное увеличение ИКДО, ИКСО, КСО, КДО, КСР, КДР, а также выраженное уменьшение толщины ТЗСЛЖ, ИОТ по сравнению с исходными данными. В отдаленном периоде после ТЛТ по поводу ОИМпST наблюдалось существенное увеличение ИКДО, КСО, КДО. Артериальная гипертензия (АГ) у пациентов после первичной ЧКВ и ТЛТ встречалась соответственно в 84,6% и в 64,3%. Однако целевые цифры артериального давления (АД) были достигнуты лишь у 40% пациентов после ЧКВ и 35% после ТЛТ. Среди обследованных после ЧКВ и ТЛТ до развития ОИМпST курили в течении 10 лет и более соответственно в 44,6% и 45,2%, при этом после перенесенного заболевания продолжали курить соответственно – 40% и 26,2% пациентов. У пациентов после ЧКВ и ТЛТ ИМ в анамнезе отмечался в 16,9% и 13,0% соответственно. Среднее время от начала симптомов до проведения ЧКВ по поводу ОИМпST составило 5,4±0,5 часа и от начала

симптомов до проведения ТЛТ – 3,9±0,2 часа. Согласно прогнозу по критериям группы ТИМ1 количество баллов составило среди пациентов после ЧКВ и ТЛТ соответственно – 5,5±0,3 и 5,2±0,2 балла. Ингибиторы АПФ не принимали 23,1% пациентов, перенесших ОИМпST и ЧКВ, бета-адреноблокаторы после ЧКВ с ФВ в отдаленном периоде < 45% – в 27,3% и после ТЛТ в 66,7%, статины не принимали 19,2% пациентов.

##### Заключение:

Установлено, что исходное значительное увеличение объемных и линейных показателей, является значимым фактором риска развития и прогрессирования патологического ремоделирования миокарда и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в отдаленном периоде заболевания при проведении ЧКВ. Различия в линейных и объемных показателях у пациентов после ЧКВ и ТЛТ в отдаленном периоде были незначительны, что говорит об одинаковой направленности процессов ремоделирования миокарда и показателей кардиогемодинамики независимо от использованного для лечения ОИМпST метода реваскуляризации миокарда.

#### 5. ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Аблина К.Н., Какорин С.В.

МГМСУ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА, ГБУЗ «ГКБ №4 ДЗМ», МОСКВА, РОССИЯ

##### Введение (цели/задачи):

Цель: Провести сравнительный анализ выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН) и у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) и нормальным углеводным обменом (УО), госпитализированных в стационар с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST.

##### Материал и методы:

Проведено обследование 60 больных с ОИМ в возрасте от 60 до 74 лет. Больные разделены на 2 равные группы 1- с СД2, мужчин (М) – 13, женщин (Ж) – 17, средняя продолжительность заболевания СД 2 составила 9 лет; 2- имеющие нормальный УО, М – 16, Ж – 14. На фоне проводимой терапии перед выпиской пациентам были проведены: тест с шестиминутной ходьбой, трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ). Изучаемые параметры включали: наличие ОИМ с подъемом сегмента ST, СД2, фракцию выброса (ФВ) левого желудочка, функциональный класс (ФК) недостаточности кровообращения по классификации NYHA. Диагноз СД2 ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистическая обработка проводилась в программе OpenOfficeCalc.

##### Результаты:

В 1-й группе при проведении теста с шестиминутной ходьбой расстояние 301-425м (II ФК ХСН по NYHA) прошли 16 (53,3%) пациентов, расстояние 151-300м (III ФК ХСН по NYHA) – 14 (46,7%) пациентов. Во 2-й группе при проведении теста с шестиминутной ходьбой расстояние 426-550м (I ФК ХСН по NYHA) прошли 2 (6,7%) пациента, расстояние 301-425м (II ФК ХСН по NYHA) – 20 (66,7%) пациентов, расстояние 151-300м (III ФК ХСН по NYHA) – 8 (26,7%) пациентов. На основании трансторакальной ЭХО-КГ у больных 1 группы ФВ составила в среднем 39,9+5,8%, во 2-й группе – 48,5+6,4, t=2,67, p<0,01.

##### Заключение:

Выраженность хронической сердечной недостаточности у

больных ОИМ с подъемом сегмента ST, на фоне проводимой терапии перед выпиской, зависела от наличия нарушения УО. В группе больных СД2 III ФК ХСН по NYHA встречался в 46,7% случаев, что значимо чаще по сравнению с группой пациентов с нормальным УО – 26,7%. По данным трансторакальной ЭХО-КГ у больных с СД2 фракция выброса ЛЖ составила  $39.9 \pm 5,8\%$ , что достоверно ниже по сравнению с группой пациентов имеющих нормальный УО –  $48,5 \pm 6,4$ .

## 6. ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИСХОДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST

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

КРАСНОЯРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО,  
ФГБУН КРАСНОЯРСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СО РАН

### Введение (цели/задачи):

Известно, что у больных с артериальной гипертонией и выраженной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) может быть депрессия сегмента ST на ЭКГ, что создает трудности в экспресс-диагностике ишемии миокарда. Цель работы: предложить для практики новый инструментальный способ диагностики острой ишемии миокарда.

### Материал и методы:

Под наблюдением находились 40 больных с диагнозом нестабильная стенокардия (дискомфорт за грудиной, депрессия сегмента ST, отрицательный тропонин T), из них 36 (90%) страдали артериальной гипертонией (АГ), причем 12 пациентов с АГ имели признаки ГЛЖ по данным ЭКГ и ЭХОКГ. Группа сравнения состояла из 22 больных изолированной АГ (без ИБС). В контрольную группу включены 30 доноров. Использовали оригинальный диэлектрический Фурье-спектрометр, пропускали через образец крови объемом 1,0 мл 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, которая для  $r_0$  составляет от 4,25 до 4,38 условных единиц (усл.ед.); для  $x_0$  – от 0,86 до 0,89 усл.ед.; для  $y_0$  – от -0,046 до -0,050 усл.ед. Для расчетов использовалась встроенная функция пакета LabView 8.2.

### Результаты:

По результатам диагностики диэлектрического спектра крови пациентов с первичным диагнозом нестабильной стенокардии, установлено, что из 40 случаев 33 (83%) – значимо отличаются от нормы, 7 (18%) – не отличаются. В 33 из 40 случаев убедительно подтверждена ишемия миокарда, предварительно диагностированная на основании клиники болей в сердце и депрессии сегмента на ЭКГ при отрицательном тропонине T. У 16 (40%) больных была проведена диагностическая коронароангиография (КАГ), согласно которой у всех пациентов были выявлены гемодинамически значимые изменения коронарных артерий, также подтверждающие установленную ишемию миокарда. Диагноз нестабильной стенокардии у данных больных представляется бесспорным. В тоже время, у 6 пациентов с ГЛЖ и депрессией сегмента ST диэлектрические показатели крови не отличаются от нормы. При коронарографии у данных больных нет стенозов, окклюзий или спазма коронарных артерий. Очевидно, что у этих больных депрессия сегмента ST не связана с ишемией миокарда, боль в сердце

обусловлена не стенокардией, а кардиалгией иного генеза, в частности повышенным артериальным давлением.

### Заключение:

Диэлектрическая спектроскопия может использоваться для экспресс-диагностики острой ишемии миокарда у больных с исходной депрессией сегмента ST обусловленной гипертрофией левого желудочка.

## 7. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕСС-ТЕСТА В УСЛОВИЯХ МРТ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Обединский А.А., Обединская Н.Р., Курбатов В.П., Мироненко С.П., Осиев А.Г., Петровская А.В.

ФГБУ ННИИПК им. ак. Е.Н. Мешалкина

### Введение (цели/задачи):

Цель: показать возможности фармакологического стресс-теста в условиях МРТ на примере пациента с кардиалгией неясного генеза.

### Материал и методы:

Больной К. 37 лет, поступил в клинику 12.08.11. На момент осмотра предъявлял не типичные для стенокардии жалобы: на интенсивные боли колющего характера в области сердца и за грудиной, без иррадиации и четкой связи с физической нагрузкой, возникающие при психо-эмоциональном напряжении, без эффекта от нитратов. Данные тредмил-теста признаков ишемии миокарда не выявили. Результаты ЭКГ мониторинга по Холтеру достоверной ишемической динамики ST-T не показали. С 2011г. в НИИПК внедрен метод МРТ сердца с контрастированием и фармакологической стресс-нагрузкой, примененный для обоснования показаний к коронарографии у данного пациента. Исследование проведено на МР-томографе InitialAchieva 1,5 T, Philips и васкулярной ангиографической системе GE INNOVA 2100, GE. Перфузия миокарда оценивалась на трех уровнях в плоскости по короткой оси сердца, по стандартному протоколу введения АТФ.

### Результаты:

Выявлен дефект перфузии в сегментах 1, 7, 8, 13, 14, что соответствует передней стенке ЛЖ. Основываясь на результатах МРТ сердца с контрастированием и фармакологической стресс-нагрузкой, была выполнена коронарография, выявлено каскадное стенозирование ПНА в п/3 и с/3 до 99%, осуществлено стентирование ПНА с хорошим ангиографическим и клиническим результатом.

### Заключение:

Показана высокая разрешающая способность метода МРТ с контрастированием и фармакологической стресс-нагрузкой для верификации коронарного атеросклероза при атипичных и клинически «стертых» формах ИБС.

## 8. КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ КАРОТИДНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА

Максимов Н.Н., Калинина С.А., Павлова Т.Н., Тимонин Д.В., Киршин А.А., Бендерский Ю.Д., Стерхов А.В.

БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР»

**Введение (цели/задачи):**

Согласно материалам рабочей группы Европейского общества кардиологов (ESC), предоперационная оценка кардиологического риска (КР) при внесердечных хирургических вмешательствах и оптимизация предоперационного состояния дают возможность улучшить послеоперационные результаты. Цель исследования – оценить КР в предоперационном периоде у пациентов при каротидном ангиостентировании (КАС) и каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ).

**Материал и методы:**

Проведен ретроспективный анализ 48 историй болезни пациентов отделения сосудистой хирургии, которым была оказана хирургическая помощь – КАС или КЭАЭ. Из них мужчин – 32, женщин – 16. Средний возраст – 61,26±7,2 года. Сопутствующая ГБ II стадии наблюдалась в 13 случаях (27,08%), ГБ III стадии – в 21 (43,75%), АГ II степени – в 24 (50%), АГ III степени – в 10 (20,83%), ОНМК в анамнезе – в 19 (39,58%) случаев. ИБС констатирована у 47 пациентов, в том числе СК II – III ФК – у 36 (75%), постинфарктный кардиосклероз – у 9 (18,75%), нарушения ритма сердца высоких градаций – у 8 (16,66%), ИБС + ГБ – у 34 (70,83%). У 7 пациентов (14,58%) в анамнезе было коронарное шунтирование, у 4 – ЧКВ. В 83% случаев было выявлено гемодинамически значимое поражение артериального русла 2 бассейнов (коронарного и церебрального), а в 17 – всех 3-х бассейнов. При оценке КР согласно рекомендации ESC использовался индекс Lee. Также определялась функциональная способность в метаболических эквивалентах (МЭТ).

**Результаты:**

Средние значения КР у пациентов, которым было выполнено КАС (n=30), составили 7%. При этом в 60% случаев КР составил 11% (с ≥ 3 пунктами). В группе пациентов, которым была сделана КЭАЭ (n=18), средние значения КР также составили 7%. Однако более высокие значения (11%) были в меньшем проценте случаев (38,8%), а КР в 7% наблюдался в большем проценте случаев, нежели в первой группе (КАС). Оценивалась функциональная способность в метаболических эквивалентах. У 50% пациентов (из 48) прогностическое значение предоперационного коронарного резерва в метаболических эквивалентах составило менее 4 МЭТ.

**Заключение:**

КАС и КЭАЭ согласно материалов ESC считаются процедурами средней степени риска возникновения сердечных осложнений за 30-дневный период (1 – 5%). В данном исследовании показатель КР составил 7 – 11%. Показатель коронарного резерва в МЭТ был менее 4. Данный факт можно объяснить тем, что КАС и КЭАЭ выполнялись у пациентов с мультифокальным гемодинамически значимым атеросклерозом (2 – 3 бассейна артериального русла).

## 9. ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г.МОСКВЫ)

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

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

**Введение (цели/задачи):**

На основании данных регистра острого коронарного синдро-

ма (ОКС) от ноября 2012 г. провести сравнительный анализ летальности у больных с нарушенным и нормальным углеводным обменом (УО), госпитализированных в отделения кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы с ОКС.

**Материал и методы:**

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в БКР стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали летальность, пол, нормальный и нарушенный УО (сахарный диабет 2 типа (СД2), впервые выявленный сахарный диабет (ВВСД), компенсацию УО, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) мл/мин/1,73м<sup>2</sup> по формуле MDRD-4IDMS. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

**Результаты:**

Из доступных 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе исследования ОКС и неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. Из 115 больных с указанием на СД2 в анамнезе у 73 (63,5%) была декомпенсация УО (гликемия превышала 11,1 ммоль/л), у 42 (36,5%) – нормогликемия. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО было у 87 (15,9%) из 548 больных. 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%). Из 548 пациентов ОКС умерло 28 (5,1%), из них от острого инфаркта миокарда (ОИМ) 25 (4,6%) человек, с другим диагнозом – 3 (0,5%) (1 пациент с СД2, СКФ менее 30 мл/мин и 2 с нормальным УО, СКФ менее 30 мл/мин у 1, 30-60 мл/мин – 1). Из 25 пациентов умерших от ОИМ нормальный УО был у 8 (2,3%) (М-5, Ж-3) из 346 пациентов, нарушенный УО (СД2, ВВСД) у 17 (8,4%) из 202. Из 115 больных СД2 умерло 8 (6,96%) (М-0, Ж-8), из 87 больных ВВСД 9 (10,34%) (М-4, Ж-5). У умерших от ОИМ анализировалась СКФ – менее 30, 31-60, 61-90 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. Число больных в группе нормального УО составило 1, 3, 4; с СД2 – 2, 4, 2; с ВВСД – 2, 7, 0 соответственно. Уровень гликемии при поступлении в стационар у 9 умерших ВВСД был 7,8-11,0 ммоль/л – 6 (66,6%), 11,1-15,0 ммоль/л – 3 (33,3%). У 8 умерших СД2 был 7,8-11,0 ммоль/л – 2 (25%), 11,1-15,0 ммоль/л – 2 (25%), 15,1-20,0 ммоль/л – 1 (12,5%), 20,1-25,0 ммоль/л – 3 (37,5%).

**Заключение:**

На основании данных регистра ОКС г. Москвы летальность больных госпитализированных в БКР с ОКС от ОИМ составила 4,6%. В группе больных с нормальным УО летальность была 2,3%, с СД2 – 6,96%, с ВВСД – 10,34%. Таким образом, впервые выявленный сахарный диабет определяет худший прогноз у больных ОКС, а повышение сахара крови даже в пределах 7,8-11,0 ммоль/л следует рассматривать как предиктор неблагоприятного исхода заболевания.

## 10. МЕХАНИЗМЫ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ

Муталова Э.Г., Мусина Ф.С., Ямлихина Э.Г.

Башкирский государственный  
медицинский университет, БГМУ

**Введение (цели/задачи):**

Гипертоническая болезнь (ГБ) по-прежнему представляет одну из наиболее актуальных проблем современной кардиологии в связи с высокой распространенностью, тяжестью осложнений и последующими неблагоприятными исходами в результате поражения органов-мишеней. По частоте нарушений мозгового кровообращения, связанных с ГБ, Россия и страны СНГ занимают одно из лидирующих мест в мире, а инсульты в нашей стране возникают в 4 раза чаще, чем в развитых странах. Одной из причин нарушения мозгового кровообращения является недостаточный контроль артериальной гипертензии (АГ) и развитие гипертонических кризов (ГК). Среди механизмов, отвечающих за регуляцию артериального давления (АД), ведущую роль отводят состоянию эндотелия сосудов в связи с его уникальной способностью высвобождать целый ряд вазоактивных веществ и участвовать в передаче сигналов к гладкомышечной клетке (ГМК). В последние годы все больше обсуждается участие системного воспаления в сосудистой системе, в патогенезе которого среди множества цитокинов основное значение приобретают ИЛ-1, 6, 10, фактор некроза опухолей (ФНО). Целью нашего исследования явилось изучение состояния мозгового кровотока и некоторых цитокинов (ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке крови у больных ГБ при развитии гипертонического криза.

**Материал и методы:**

Критериями включения в исследование явилось наличие ГБ с низкой, средней и высокой степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в течение 10 лет (96 человек сопоставимых по возрасту и полу). Критерии исключения: отсутствие ассоциированных состояний в виде цереброваскулярных заболеваний (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака), заболеваний сердца (ИМ, коронарная реваскуляризация, застойная СН), заболеваний почек (диабетическая нефропатия, почечная недостаточность), заболеваний периферических артерий, выраженной ретинопатии (геморрагии или экссудаты, отек соска зрительного нерва), сахарного диабета. Средний возраст обследованных с ГБ составил 38,1±3,4 лет. Показатели АД соответствовали умеренной АГ. Средний уровень систолического АД (САД) составил 168,5±3,3 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) 102,1±2,8 мм рт.ст. 61,5% пациентов (n=59) имели избыточную массу тела. Среднее значение глюкозы венозной крови находилось в пределах 5,7±0,9 ммоль/л. Исходный уровень общего холестерина составил 5,8±0,8 ммоль/л. У 57 пациентов отмечен отягощенный семейный анамнез раннего развития ССЗ. У 60% (n=58) пациентов отмечена высокая степень риска развития ССО, у 33,75% (n=32) имелась умеренная степень риска развития ССО и 6,25% (n=6) составила группа с низким риском развития ССО. Контрольная группа включала 20 нормотензивных человек, сопоставимых по полу и возрасту, без коронарных факторов риска. Всем больным проведены исследования, предусмотренные протоколом (общепринятые методы – клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ почек, осмотр окулиста, «специальные» – иммуноферментный анализ ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО, транскраниальная доплерография сосудов головного мозга (ТКДГ ГМ)). Состояние мозгового кровотока методом ТКДГ ГМ с помощью ультразвукового прибора «АНГИОДИН» фирмы «БИОСС», работающем в режиме реального времени с транскраниальным датчиком частотой 2 МГц. Вазоспазм в артериях головного мозга оценивали по величине линейной скорости кровотока (ЛСК) в среднемозговой ар-

терии (СМА), так как она является конечной артерией и более доступна для локации. Соответственно были оценены следующие параметры ЛСК: Vmaxs (максимальная систолическая скорость кровотока), Vmdd (минимальная диастолическая скорость кровотока), Vmean (средняя скорость кровотока), PI (пульсационный индекс) и IR (индекс резистентности) в СМА. Маркеры системного воспаления (провоспалительные – ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО и ИЛ-8) определялись методом ИФА. Для проверки статистической значимости изменения количественных параметров относительно исходного уровня использовался парный критерий Стьюдента.

**Результаты:**

Исследование показателей мозгового кровотока выявило повышение параметров ЛСК у пациентов ГБ во время ГК, что свидетельствует о наличии вазоспастической реакции в сосудах головного мозга. О степени вазоспазма можно судить по систолической скорости кровотока, которая (Vmaxs) во время ГК составила от 124,4±6,1 см/с до 148,8±1,1 см/с. К моменту повторного обследования через 12 недель на фоне гипотензивной терапии во всех группах наблюдалось уменьшение скоростных параметров кровотока и составило от 116,5±2,2 см/с до 97,3±1,5 см/с. Более точную информацию дает расчет таких показателей, как IR и PI, которые так же позволяют судить о величине периферического сопротивления. Причем значение PI более точно отражает состояние кровотока, так как он зависит от всех скоростей потока, что дает ему преимущество с точки зрения информативности. У пациентов ГБ в период ГК происходит достоверное повышение PI по сравнению с контрольной группой (0,92±0,04 и 0,75±0,05, соответственно). После антигипертензивной терапии параметры PI снизились, составив от 0,88±0,01 до 0,71±0,16. Как отмечалось ранее, в последние годы доказано, что системное воспаление участвует в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты определения уровней сывороточных цитокинов в группах обследованных больных показали достоверное повышение концентрации ФНОα (266,4±36,1 пг/мл); ИЛ-1β (206,8±23,5 пг/мл); ИЛ-6 (79,8±9,7) у больных с ГБ во время ГК по сравнению с группой контроля. При длительном течении ГБ (более 5 лет) отмечался достоверно более высокий уровень провоспалительной цитокинемии. Содержание ФНОα в этой группе больных было на 17,3%, ИЛ-1β на 14,9%, ИЛ-6 на 12,5%, ИЛ-8 32,4% выше, чем у пациентов с анамнезом болезни менее 5 лет, что обусловлено генерализацией поражения сосудистого русла у больных этой группы.

**Заключение:**

1. Во время гипертонического криза отмечается нарушение церебральной гемодинамики в виде вазоспастической реакции с достоверным увеличением показателей линейной скорости кровотока. 2. У пациентов с ГБ во время ГК были отмечены изменения показателей провоспалительных цитокинов.

---

## **11. ОПЕРАТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST, КОТОРЫМ БЫЛА ПРОВЕДЕНА ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В.,  
Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ»

**Введение (цели/задачи):**

С 2009 г. ОКД «ЦД и ССХ» участвует в работе Федерально-го Регистра острого коронарного синдрома (ОКС). Проведен анализ интервалов времени, характеризующих оперативность оказания медицинской помощи больным с ОКС с подъемом ST по данным Регистра.

#### Материал и методы:

Количество больных с ОКС, вошедших в Регистр, в 2009-2010 гг. составило 273 чел., в 2011-2012 гг. – 352 чел. Удельный вес больных с ОКСнST/ОКСбпST в 2009-2010 гг. составил 82,0/8,1%, в 2011-2012 гг. – 82,9/6,3% ( $p>0,05$ ). Среди больных с ОКСнST удельный вес мужчин/женщин в 2009-2010 гг. – 89,3/10,7%, 2011-2012 гг. – 86,0/14,0% ( $p>0,05$ ). Средний возраст больных с ОКСнST с 2009-2010 гг. по 2011-2012 гг. значительно не изменился (55,0-56,0 лет).

#### Результаты:

При оказании медицинской помощи больным с ОКСнST, которым была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), интервал времени «боль-вызов бригады скорой медицинской помощи (СМП)» уменьшился на 38,9%, с 90,0 (45,0; 210,0) мин. ( $n=59$ ) в 2009-2010 гг. до 55,0 (22,0; 176,0) мин. ( $n=33$ ) в 2011-2012 гг. Интервал «вызов-приезд СМП» в 2009-2010 гг. был равен 20,0 (15,0; 30,0) мин. ( $n=59$ ), в 2011-2012 гг. 15,0 (10,0; 24,0) мин. ( $n=34$ ), т.е. уменьшился на 25,0%. Интервал времени от приезда бригады СМП до доставки больного с ОКС в стационар удлинился на 44,1%, с 148,5 (55,0; 310,0) мин. ( $n=60$ ) в 2009-2010 гг. до 214,0 (60,0; 315,0) мин. ( $n=36$ ) в 2011-2012 гг. Время от приезда бригады СМП/поступления в стационар до начала ТЛТ сократилось на 20,4% (в 2009-2010 гг. – 49,0 (20,0; 70,0) мин. ( $n=36$ ), в 2011-2012 гг. – 39,0 (30,0; 56,0) мин. ( $n=16$ )). Интервал от начала болевого синдрома до проведения ТЛТ сократился на 38,5%, с 260,0 (140,0; 378,0) мин. ( $n=61$ ) в 2009-2010 гг. до 160,0 (100,0; 260,0) мин. ( $n=38$ ) в 2011-2012 гг.

#### Заключение:

Среди больных с ОКСнST, которым была проведена ТЛТ, интервал времени «боль-ТЛТ» сократился на 38,5%, время «боль-вызов СМП» – на 38,9%, интервал времени «вызов-приезд СМП» – на 25,0%, временной интервал «приезд СМП-доставка в стационар» увеличился на 44,1%, «приезд СМП/поступление в стационар-начало ТЛТ» – сократился на 20,4%.

### 12. ОПЕРАТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST, КОТОРЫМ БЫЛО ВЫПОЛНЕНО ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Андреева И.А., Саламатина Л.В., Милованова Е.В.,  
Урванцева И.А.

БУ ХМАО-Югры «ОКД «ЦД и ССХ»

#### Введение (цели/задачи):

Федеральный Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) является точным и доступным методом оценки качества и особенностей оказания медицинской помощи больным с ОКС. Проведен анализ данных Регистра, характеризующих оперативность оказания больным медицинской помощи.

#### Материал и методы:

Количество больных с ОКС, вошедших в Регистр кардиодиспансера в 2009-2010 гг. составило 273 чел., в 2011-2012 гг. – 352 чел. Доля больных с ОКСнST/ОКСбпST в 2009-2010 гг. составила 82,0/8,1%, в 2011-2012 гг. – 82,9/6,3% ( $p>0,05$ ).

Средний возраст больных с ОКСнST с 2009-2010 гг. по 2011-2012 гг. значительно не изменился (55,0-56,0 лет). Удельный вес мужчин/женщин среди больных с ОКСнST в 2009-2010 гг. – 89,3/10,7%, 2011-2012 гг. – 86,0/14,0% ( $p>0,05$ ).

#### Результаты:

При оказании медицинской помощи больным с ОКСнST, которым было выполнено ЧКВ, интервал времени от начала боли до вызова бригады скорой медицинской помощи (СМП) сократился на 39,0% (с 105,0 (50,0; 240,0) мин. ( $n=193$ ) в 2009-2010 гг. до 64,0 (30,0; 207,0) мин. ( $n=245$ ) в 2011-2012 гг.). Время от вызова до приезда СМП к больному в 2009-2010 гг. составило 20,5 (15,0; 30,0) мин. ( $n=198$ ), в 2011-2012 гг. – 16,0 (13,0; 25,0) мин. ( $n=249$ ) (динамика (-)21,9%). Интервал от приезда СМП до доставки больного в стационар не менялся – 70,0 (50,0; 120,0) мин. ( $n=200$ ) в 2009-2010 гг. и 69,5 (48,0; 150,0) мин. ( $n=244$ ) в 2011-2012 гг. Время от приезда СМП/поступления в стационар до начала выполнения ЧКВ увеличилось на 28,6% (с 35,0 (23,0; 50,0) мин. ( $n=202$ ) в 2009-2010 гг. до 45,0 (34,0; 72,0) мин. ( $n=260$ ) в 2011-2012 гг. Период от начала болевого синдрома до выполнения ЧКВ в 2009-2010 гг. составил 290,0 (180,0; 515,0) мин. ( $n=200$ ), в 2011-2012 гг. – 287,0 (180,0; 465,0) мин. ( $n=258$ ).

#### Заключение:

Среди больных с ОКСнST, которым проведено ЧКВ, интервал «боль-вызов СМП» сократился на 39,0% (до 64,0 мин.), интервал «вызов-приезд СМП» – на 21,9% (до 16,0 мин.), интервал «приезд СМП-доставка в стационар» – не изменился (70,0 мин.), интервал «приезд СМП/поступление в стационар-начало выполнения ЧКВ» увеличился на 28,6% (до 45,0 мин.), интервал «боль-ЧКВ» – не менялся (290,0 мин.).

### 13. ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В Г. ПЕТРОЗАВОДСК

Мальгын А.Н., Шандалович Э. В., Лесных М.В.,  
Кузнецова Т.Ю., Михеев В.Б., Рябков В.А.,  
Малафеев А.В., Никулина В.А., Черепанова А.А.

Республиканская больница им.В.А. Баранова,  
г.Петрозаводск

#### Материал и методы:

Круглосуточная неотложная помощь пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) оказывается в специализированном кардиологическом отделении (Республиканская больница им.В.А.Баранова), начавшем работу в качестве структурного подразделения Регионального сосудистого центра с декабря 2008 года. Количество больных ОКС, пролеченных за 2009-2010-2011-2012гг. составило соответственно 1011-1065-939-975 человек, из них большинство с ОКС без стойкой элевации сегмента ST на ЭКГ. Больные с инфарктом миокарда (ИМ) составляли 57,2-60,5-62,3-65,9% пациентов с ОКС.

#### Результаты:

Развитие службы эндоваскулярной хирургии и применение на практике современных рекомендаций Европейского общества кардиологии позволили увеличить количество чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), в том числе первичных (46-81-161-203), urgentных (9-29-54-94), а также процедур, выполненных в первые 3 суток от момента госпитализации (11-29-22-60). Число отсроченных вмешательств (позднее 3 суток от момента госпитализации) составило 74-68-62-62.



Одновременно снизилось количество случаев системной тромболитической терапии – в динамике 102-75-23-14 процедуры. Спасительное ЧКВ получили 6-10-8-7 пациентов. Более активное инвазивное лечение позволило снизить летальность по ИМ (11,0-8,7-7,6-7,3%). Основной причиной смерти остается кардиогенный шок (56,6-54,9-52,4-54,3%). Средние сроки пребывания в стационаре составляют 16,5-16,9-17,8-17,0 дней при нестабильной стенокардии и 20,3-19,4-18,8-18,3 при остром ИМ соответственно.

#### **Заключение:**

Увеличение количества ЧКВ как наиболее эффективного метода реперфузионной терапии позволяет улучшить прогноз у пациентов с ОКС. Перспективы развития: раннее проведение ЧКВ при ОКС без стойкой элевации ST на ЭКГ (стратификация риска), совершенствование помощи пациентам с кардиогенным шоком.

#### **14. ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

Кудрявцева Е.Н., Баев В.М.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России

#### **Введение (цели/задачи):**

Пациенты с низким систолическим артериальным давлением (НСАД) предъявляют жалобы на плохое самочувствие (слабость, боли в сердце, головокружение и т.д.) в 2 раза чаще, чем при нормальном систолическом артериальном давлении (САД). Однако церебральное кровообращение при НСАД у молодых женщин остается практически не изученным. Целью исследования было изучение состояния экстракраниального кровотока у молодых женщин с НСАД.

#### **Материал и методы:**

Обследованы 69 женщин с НСАД (САД - 99 мм рт.ст. и менее) в возрасте 18-35 лет. Контрольная группа состояла из 35 человек с САД 120-129 мм рт.ст. САД измеряли после 5 минутного отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя, предплечье на столе, с интервалом в 3 минуты. Использовали тонометр A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2012). Ультразвуковое исследование правой общей сонной артерии проводили с помощью доплерографии на ультразвуковом сканере Logic 7 (General Electric, США, 2008 г.).

#### **Результаты:**

У женщин с НСАД средняя скорость кровотока общей сонной артерии была больше (медиана 34,3 см/с; 25% - 29,7; 75% - 34,3), чем в группе контроля (30,3 см/с; 26,6-32,7) при  $p=0,02$ . Индекс сопротивления общей сонной артерии в основной группе также выше (0,79 ед; 0,76-0,79) группы сравнения - 0,75 ед (0,75-0,78),  $p=0,001$ . У молодых женщин с НСАД зарегистрирован более высокий систоло-диастолический индекс - 4,5 (4,2-4,5) по сравнению с контрольной группой - медиана 4,3 (4,0-4,5) при  $p=0,04$ . Исследование пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока, тонуса общей сонной артерии не выявило различий между группами молодых женщин.

#### **Заключение:**

Кровоток общей сонной артерии у молодых женщин с низким систолическим артериальным давлением (99 мм рт.ст. и менее) характеризуется повышением средней скорости кровотока, более высокими индексом сопротивления и систоло-диастолическим индексом по сравнению с молодыми женщинами нормальным систолическим артериальным давлением (120-129 мм рт.ст.).

#### **15. ОСТРАЯ АНЕВРИЗМА И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ**

Какорин С.В., Стогов А.В., Дайтер И.И.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

#### **Введение (цели/задачи):**

Провести сравнительный анализ частоты развития острой аневризмы левого желудочка (ОАЛЖ) и морфометрических показателей с использованием трансторакальной эхокардиографии (ЭХО-КГ) у больных имеющих сахарный диабет 2 типа (СД2) и нормальный углеводный обмен (УО) при поздней госпитализации с острым инфарктом миокарда передней локализации с подъемом сегмента ST (ОИМпST) осложненным отеком легких (ОЛ).

#### **Материал и методы:**

Проведен ретроспективный анализ 63 историй болезни пациентов в возрасте от 65 до 80 лет (мужчин (М) 23, женщин (Ж) 40) госпитализированных в блок кардиореанимации ГКБ №4 г. Москвы с ОИМпST передней локализации осложненным ОЛ. Стационар не оснащен оборудованием для выполнения интервенционных методов лечения больных с ОИМ, а тромболитическая терапия не выполнялась из-за позднего обращения за медицинской помощью. Изучаемые параметры – фракция выброса (ФВ), конечно-диастолический объем (КДО), СД2 и нормальный УО, возраст, пол. Диагноз СД2 ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистическая обработка проводилась в программе OpenOfficeCalc.

#### **Результаты:**

Из 63 больных с ОИМпST передней локализации осложненным ОЛ 29 имели СД2 (Ж-21 (76,4%), средний возраст  $74 \pm 4,3$  года и М-8 (27,6%), средний возраст  $71 \pm 4,7$  год). У 34 больных был нормальный УО: Ж-19 (55,9%), средний возраст  $74 \pm 3,9$  лет и М-15 (44,1%), средний возраст  $72 \pm 4,3$  года. Из 63 больных 48 была выполнена трансторакальная ЭХО-КГ в первые 6 часов от момента госпитализации в блок кардиореанимации. 12 больным ЭХО-КГ не выполнена из-за тяжести состояния, у 3 больных ЭХО-КГ не выполнено по причине не оптимальной визуализации. В группе больных с СД2 был 21 человек (М-6, Ж-15), с нормальным УО — 27 (М-12, Ж-15). В группе больных с СД2 фракция выброса составила  $33 \pm 8,2\%$ , КДО -  $194 \pm 18$  мл. У 6 (28,6%) из 21 больных была выявлена ОАЛЖ. В группе больных с нормальным УО фракция выброса составила  $40 \pm 6,2\%$ , КДО -  $181 \pm 16$  мл. У 4 (14,8%) из 27 больных была выявлена ОАЛЖ. В группе больных с СД2 ФВ была достоверно меньше, чем в группе пациентов с нормальным УО,  $t=2,37$ ,  $p<0,01$ .

#### **Заключение:**

В группе больных с сахарным диабетом 2 типа при поздней госпитализации с острым инфарктом миокарда передней локализации с подъемом сегмента ST осложненным отеком легких фракция выброса достоверно меньше, чем у больных с нормальным УО. При позднем обращении за медицинской помощью больных ОИМпST передней локализации осложненным ОЛ течение заболевания также осложняется формированием острой аневризмы ЛЖ, которая по данным трансторакальной ЭХО-КГ выявляется у больных СД2 в 28,6%, а с нормальным УО в 14,8% случаев.

**16. ОТДАЛЕННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИМЕЮЩИХ НАРУШЕННЫЙ УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН**

КАКОРИН С.В., Гудков И.А.

ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

**Введение (цели/задачи):**

Провести сравнительный анализ отдаленной летальности у больных с хронической аневризмой левого желудочка (ЛЖ) имеющих нарушенный и нормальный углеводный обмен (УО) после выписки из стационара по поводу острого коронарного синдрома (ОКС).

**Материал и методы:**

Проведен ретроспективный анализ 3235 историй болезни и телефонный опрос 154 пациентов, выписанных из отделения неотложной кардиологии (ОНК) ГКБ №63 за 2010 – 2012 гг. Изучаемые параметры включали хроническую аневризму ЛЖ, летальность от различных причин в течение 2-х лет, нормальный и нарушенный УО (нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и сахарный диабет 2 типа (СД2). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

**Результаты:**

Из 3235 больных, выписанных из ОНК, хроническая аневризма ЛЖ выявлена у 234 больного, из которых у 154 (65,8%) пациентов и их родственников проведен телефонный опрос. У 80 (34,2%) пациентов ответа на телефонный звонок не было. Из 154 пациентов с хронической аневризмой ЛЖ у 51 (33,11 %) был нарушенный УО (НТГ-13 человек, СД2-38), нормальный УО – у 103 (66,89%). В результате опроса было установлено, что в течении 2-х лет из 154 больных по разным причинам умерло 16 (10,39%) пациентов. Из 16 умерших, при выписке из стационара, 10 (62,5%) имели нарушенный УО (4 (25%) - НТГ, 6 (37,5%) – СД2) и 6 (37,5%) - нормальный УО. Из 51 больного с хронической аневризмой ЛЖ имеющего нарушенный УО летальность в течение 2-х лет составила 10 (19,6%) человек, в то время как из 103 больных с нормальным УО - 6 (5,82%). Количество мужчин (М) среди умерших составило 7 (43%), а женщин (Ж) – 9 (67%) человек. Если оценить данные летальности по годам, то получается, что в течение первого года после выписки из стационара по поводу ОКС умерло 4 (7,8%) из 51 пациента с нарушенным УО (1-с НТГ и 3-с СД2) и 3(2,9%) из 103 с нормальным УО. В течение второго года после выписки из стационара 6 (11,8%) из 51 пациента с нарушенным УО (3-с НТГ и 3-с СД2) и 3 (2,9%) из 103 с нормальным УО. Если проанализировать уровень летальности в каждой группе больных отдельно, то в группе больных с аневризмой ЛЖ и нарушенным УО летальность составила 19,6% против 5,82% в группе пациентов с нормальным УО.

**Заключение:**

В группе больных с хронической аневризмой ЛЖ, госпитализированных в стационар с острым коронарным синдромом, летальность в течении 2-х лет составила 10,39%. Летальность в течении 2-х лет в группе больных с нарушенным УО была значимо выше и составила 19,6% по сравнению с пациентами без нарушений УО - 5,82%. Можно сделать вывод, что наличие нарушенного УО, как в группе больных с СД2, так и с НТГ, значительно ухудшает прогноз у больных с хронической аневризмой ЛЖ. Для получения статистической достоверности данных необходима большая выборка больных.

**17. ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ**

ДАВЫДОВА С.С., КОМИССАРЕНКО И.А.

ФГБУ НИИ урологии Минздрава России, ЦНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ, ДЗ г. Москва

**Введение (цели/задачи):**

Изучить ценность ЭХО-КГ, как инструмента профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных с заболеваниями мочеполовой системы в периоперационном периоде.

**Материал и методы:**

В исследование включены больные (1 067 чел.), находившиеся на стационарном лечении в НИИ урологии Минздрава России и направленные на консультацию кардиолога в 2013 г. ЭХО-КГ проводилась пациентам с диагностированными АГ и/или ИБС. Из 1 067 пациентов у 15 выявлены гемодинамически значимые приобретенные пороки сердца (в 11 случаях аортальный стеноз и/или недостаточность, у 4 пациентов митральный стеноз), у 58 больных обнаружена ХСН. У 21 больного выявлено утолщение стенок камер сердца, из них у 6 миокардит в анамнезе, у остальных 15 - гипертрофия миокарда ЛЖ (ТМЖП или ТЗСЛЖ  $\geq 1,2$  см). У 62 пациентов (7,1%) АГ и/или ИБС с урологической патологией имело место небольшое расширение полости ЛЖ со снижением ФВ ЛЖ (не ниже 50%), у всех больных был определен I ФК ХСН. У 520 пациентов (59,1%) исходно обнаружено утолщение межжелудочковой перегородки и/или задней стенки ЛЖ (от 1,0 до 1,2 см). У 38 больных (4,3%) зарегистрированы гемодинамически незначимые стеноз и/или недостаточность аортального клапана (АК), а у 14 пациентов (1,6%) – гемодинамически незначимые стеноз и/или недостаточность митрального клапана (МК). Легочная гипертензия (СДЛА 35-40 мм рт.ст.) выявлена у 27 больных (3,1%). У 118 пациентов (13,4%) выявлено нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ, все они ранее перенесли инфаркт миокарда.

**Результаты:**

После вмешательства средние значения размеров ЛЖ и давления в легочной артерии несколько увеличились по сравнению с исходными данными, а значения УО и ФВ, напротив, уменьшились по сравнению с данными до операции, однако различия были статистически недостоверны ( $p > 0,05$ ). На 10-е сутки послеоперационного периода по сравнению с данными на 2-е сутки имела тенденция к уменьшению размеров аорты, левого предсердия, диаметра правого желудочка, КСР ЛЖ, КДР ЛЖ, КСО ЛЖ, КДО ЛЖ и СДЛА; ударный объем и ФВ ЛЖ имели тенденцию к увеличению ( $p > 0,05$ ).

**Заключение:**

При анализе подгрупп больных с утолщением стенок ЛЖ, с расширением камер сердца, со сниженной ФВ ЛЖ, выявлении поражений АК и/или МК, наличия локальной гипокинезии ЛЖ, легочной гипертензии и без таковых изменений не выявлены статистически значимые различия по количеству развившихся в периоперационном периоде сердечно-сосудистых осложнений.

### 18. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВНУТРИОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ-ЭЛ

Онучин Д.С.

ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница»

#### Введение (цели/задачи):

Цель. Оценка эффективности метода внутриаортальной баллонной контрапульсации (далее – ВАБК) в терапии кардиогенного шока у больных с острым инфарктом миокарда в период работы отделения с 01.06.2012 по 01.09.2013г.

#### Материал и методы:

В течение указанного периода времени ВАБК проведена 6 пациентам с острым инфарктом миокарда, осложненного кардиогенным шоком. Возраст больных варьировал от 45 до 63 лет (средний возраст – 54 года). Время от развития симптомов до поступления в стационар от 2 часов до 7 суток. По данным коронарографии у 100% больных выявлено тяжелое многососудистое поражение коронарных артерий.

#### Результаты:

У 4 пациентов из 6 (66,7%) ВАБК проведена с положительным результатом. На 2 сутки заболевания стабилизировались гемодинамические показатели, что не требовало дальнейшего применения метода ВАБК и инотропной поддержки допаминном. Результаты оценивались по данным объективного осмотра и ЭХО-КГ. У 2 пациентов из 6 (33,3%) методика оказалась неэффективной; пациенты умерли от острой левожелудочковой недостаточности. В первом случае (пациент М, 45 лет) – многососудистое поражение коронарных артерий, полная окклюзия правой коронарной артерии; низкая фракция выброса левого желудочка (37%) по данным ЭХО-КГ; в анамнезе инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка с зубцом Q. Во втором случае (пациентка С, 63 года) – многососудистое поражение коронарных артерий по данным коронарографии; фракция выброса – 40% по данным ЭХО-КГ; позднее обращение за медицинской помощью (на 7 сутки от развития симптомов); в анамнезе сахарный диабет 2 типа.

#### Заключение:

В настоящее время ВАБК является единственным эффективным методом в лечении острой левожелудочковой недостаточности у больных с острым инфарктом миокарда. Из 6 случаев применения метода в отделении неотложной кардиологии положительный эффект достигнут у 4 пациентов (66,7%). У 2 пациентов (33,3%) метод оказался неэффективным. Причинами неэффективности, очевидно, являются: 1. тяжелое многососудистое поражение коронарных артерий; 2. низкая фракция выброса левого желудочка; 3. позднее обращение за медицинской помощью; 4. постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет в анамнезе.

### 19. ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ

Баранова И.А., Селезнев С.В., Кривоносова Е.П., Кувычкина Н.В., Левитин А.В., Калинина Л.П.

ГБУ РО ОККД, ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

#### Введение (цели/задачи):

Определить предикторы неблагоприятного прогноза при рас-

слаивающей аневризме аорты (РАА).

#### Материал и методы:

Нами проанализировано 40 историй болезни пациентов с диагнозом РАА. Средний возраст 60,5 (15,9) лет, 33 мужчины. Сравнивались группы выживших (n=16) и умерших (n=24) в стационаре пациентов по ряду показателей. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

#### Результаты:

Летальность при РАА составила 60%. Умершие пациенты были старше ( $p=0,004$ ), у них чаще встречалось указание на РАА в анамнезе ( $p=0,046$ ), более низкое систолическое артериальное давление (САД) ( $p=0,000007$ ) и диастолическое артериальное давление (ДАД) ( $p=0,009$ ), имели более низкий гемоглобин ( $p=0,004$ ), более выраженный лейкоцитоз ( $p=0,003$ ), более высокий уровень креатинина ( $p=0,002$ ) и мочевины ( $p=0,03$ ). Для этих показателей был рассчитан относительный риск смерти и его 95% доверительный интервал (ДИ). Возраст  $> 60$  лет увеличивает риск смерти при РАА в 2,21 раза, ДИ [1,23;3,97], РАА в анамнезе – в 1,77 раза, ДИ [1,08;2,92], САД  $< 120$  мм.рт.ст. и ДАД  $< 80$  мм.рт.ст. – в 3 раза, ДИ соответственно [1,5;5,99] и [1,26; 7,17], уровень гемоглобина  $< 120$  г/л – в 1,86 раза, ДИ [1,16; 2,89], лейкоцитоз  $> 11 \cdot 10^9/л$  – в 1,99 раза, ДИ [1,06; 3,72], креатинин  $> 90$  мкмоль/л – в 2,63 раза, ДИ [1,09;6,3], мочевина  $> 7$  ммоль/л – в 2,18 раза, ДИ [1,03; 4,64].

#### Заключение:

Прогностическую значимость при РАА имеют: возраст, РАА в анамнезе, САД и ДАД, уровень гемоглобина, лейкоцитов, мочевины, креатинина.

### 20. ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ IIb/IIIa ГЛИКОПРОТЕИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Васильева В.П., Кугаевская А.А., Бугаев Г.Д.

РБ№1, СВФУ, Мединститут, Национальный Центр Медицины, г Якутск

#### Введение (цели/задачи):

Цель: оценить эффективность и безопасность применения блокаторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов при чрескожной коронарной ангиопластике (ЧКА) и стентировании коронарных артерий (КА)

#### Материал и методы:

Обследовано 23 пациента со стабильной стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом. Из них 19 мужчин, 4 женщины, преимущественно лица якутской национальности, средний возраст 65 лет. Всем больным проведено ЧКА со стентированием с лекарственным покрытием (ПМЖА – 23 стента, ПКА – 11,0А – 4). Антитромбоцитарная терапия проводилась препаратами: клопидогрелем в среднем 450 мг, гепарином в среднем 4000 ЕД; ингибитором ГП (Монафрам) в зависимости от массы тела. Коагуляционный контроль осуществлялся путем определения активированного времени свертывания крови каждые 15-30 минут в течение всей процедуры ЧКА и стентирования. Одновременно регистрировался уровень Hb; Ht; Tg; PT.

#### Результаты:

В зависимости от введенной дозы ингибитора ГП (соответственно массе тела) все пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе при средней дозе ингибитора ГП 18 мг (средний вес больного 72 кг) ABC составила в среднем 444

сек. Во 2 группе при дозе 20 мг (вес 78 кг) – АВС 411 сек; в 3 группе при дозе 23 мг (вес 92 кг) – АВС 324 сек. Таким образом, чем меньше вес больного, тем выше был уровень достигнутого АВС. Проводимая терапия ингибитором ГП оказалась эффективной. У одного больного (0,23%) было отмечено снижение уровня тромбоцитов до 80 000/мкл, которое нормализовалось в течение трех суток. В одном случае (0,23%) развилась гематома в месте пункции (бедренный доступ), не потребовавшая хирургической коррекции. Острого инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности, кровотечения не наблюдалось. Крайне редки были нарушения ритма, в одном случае развилась АВ блокада II степени с периодами Самойлова – Венкебаха с ЧСС 23 уд в мин, которая была устранена введением атропина.

#### **Заключение:**

Таким образом, применение ингибиторов ГП при проведении ЧКА и стентирования является эффективным методом антитромбоцитарной терапии и снижает частоту развития тромбоза стентов. Процент осложнений был минимальным без тяжелых последствий.

### **21. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

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

КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

#### **Введение (цели/задачи):**

Цель: разработать способ прогнозирования сердечно-сосудистых событий у больных после коронарного шунтирования (КШ).

#### **Материал и методы:**

Под наблюдением находились 70 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) мужского пола (ФК) в возрасте от 43 до 72 лет. После КШ все больные наблюдались в течение 3-х лет, при этом отслеживались неблагоприятные коронарные события (вновь возникшая стенокардия, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая смерть). После операции все больные получали клопидогрел 75 мг/сутки в течение 3-х месяцев, а затем аспирин 75-150 мг/сутки. До операции КШ в тромбоцитах периферической крови биолюминесцентным методом определяли активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (ГЗФДГ) в значительной степени определяющих метаболическую активность красных кровяных пластинок. Рассчитывали коэффициент субстратно-гликолитического обмена (КСГО), представляющий собой отношение активности Г6ФДГ к сумме активностей ЛДГ и ГЗФДГ. При значении КСГО < 0,05 прогнозировали возможность развития сердечно-сосудистых событий, а при КСГО ≥ 0,05 прогнозировали отсутствие таковых. Значение 0,05 получено опытным путем, на основании сопоставления значений рассчитываемого КСГО и данных последующего наблюдения за клиническим состоянием больных ИБС после КШ.

#### **Результаты:**

Из 70 больных ИБС у 62 отдаленный послеоперационный период протекал без осложнений, у 8-осложнился в течение 1-2 года после КШ вновь возникшей стенокардией (5), инфарктом миокарда (2), сердечно-сосудистой смертью (1). Все осложнения были обусловлены тромбозом шунта, шунтиру-

емой коронарной артерии или вены. При этом у всех больных перед коронарным шунтированием КСГО составлял ≥ 0,05. У 62 больных, не имевших коронарных осложнений, после КШ КСГО был < 0,05.

#### **Заключение:**

Предлагаемый способ позволяет прогнозировать возможное развитие острых сердечно-сосудистых событий после коронарного шунтирования.

### **22. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЁРОВ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

Резникова Е.А., Тарасов А.А.

ГОУ ВПО «ВолгГМУ»

#### **Введение (цели/задачи):**

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости определения сывороточного уровня антител к коллагену, антител к гиалуроновой кислоте и антител к хондроитин-сульфату у лиц с бессимптомным атеросклерозом (40 человек).

#### **Материал и методы:**

Данные состояния являлись критериями включения в исследование. Аутоиммунные воспалительные маркёры определяли при помощи иммуноферментного анализа по оригинальной методике, диагностику бессимптомного атеросклероза проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Прогностическая значимость определения маркёров аутоиммунного воспаления сопоставлялась с таковой для «классических» факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (возраст, интенсивность курения, систолическое АД, уровень общего холестерина, гликированного гемоглобина, С-реактивного белка и ИМТ). Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6. Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались развитие какой-либо клинической формы хронической ИБС, госпитализация в связи с ОКС и смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки кодировались как полуколичественные переменные.

#### **Результаты:**

При  $p < 0,0001$  и ДИ 0,05-26,43, в данной группе прогностическая ценность определения уровня антител к коллагену (OR 9,53) была выше таковой для уровня АД (OR 5,23) и гликированного гемоглобина (OR 6,83) и превысила аналогичный показатель как других «классических» факторов риска.

#### **Заключение:**

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения антител к коллагену для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений в повседневной клинической практике.

### **23. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЁРОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

ТАРАСОВ А.А.

ГОУ ВПО «ВолгГМУ»

#### **Введение (цели/задачи):**

Целью исследования явилась оценка прогностической зна-

чимости определения сывороточного уровня антител к коллагену, антител к гиалуроновой кислоте и антител к хондроитин-сульфату у больных хроническими формами ИБС (80 человек).

#### Материал и методы:

Провоспалительные цитокины определяли при помощи иммуноферментного анализа по оригинальной методике, диагностику ИБС проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК/РКО. Прогностическая значимость определения маркеров аутоиммунного воспаления сопоставлялась с таковой для «классических» факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (возраст, интенсивность курения, систолическое АД, уровень общего холестерина, гликированного гемоглобина, С-реактивного белка и ИМТ). Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6. Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались госпитализация в связи с ОКС и смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки кодировались как полуколичественные переменные.

#### Результаты:

При  $p < 0,00001$  и ДИ 0,07-44,21, в данной группе прогностическая ценность определения уровня антител к хондроитин-сульфату (OR 4,23) была выше в сравнении с таковой для уровня систолического АД (OR 2,3) и уровня холестерина (OR 1,93) и превысила аналогичный показатель как для других «классических» факторов риска, так и для антител к коллагену (OR 3,46) и антител к гиалуроновой кислоте (OR 0,81).

#### Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения содержания аутоиммунных воспалительных маркеров для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений в повседневной клинической практике.

### 24. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТАРАСОВ А.А., РЕЗНИКОВА Е.А.

ГОУ ВПО «ВолгГМУ»

#### Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости определения сывороточного уровня ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 у больных хроническими формами ИБС (80 человек).

#### Материал и методы:

Провоспалительные цитокины определяли при помощи иммуноферментного анализа (наборы «Вектор-Бест», Новосибирск), диагностику ИБС проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Прогностическая значимость определения воспалительных маркеров сопоставлялась с таковой для «классических» факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (возраст, интенсивность курения, систолическое АД, уровень общего холестерина, гликированного гемоглобина, С-реактивного белка и ИМТ). Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6. Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались госпитализация в связи с ОКС и смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении

статистического анализа конечные точки кодировались как полуколичественные переменные.

#### Результаты:

При  $p < 0,00001$  и ДИ 0,07-44,21, в данной группе прогностическая ценность определения уровня ИЛ-1 $\beta$  (OR 1,89) была сопоставима с таковой для уровня систолического АД (OR 2,3) и холестерина (OR 1,93) и превысила аналогичный показатель как для других «классических» факторов риска, так и для ФНО- $\alpha$  (OR 0,42) и ИЛ-6 (OR 0,28).

#### Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для оценки перспективы возможности использования данного показателя в клинической практике для стратификации риска при сердечно-сосудистых заболеваниях.

### 25. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ТАРАСОВ А.А.

ГОУ ВПО «ВолгГМУ»

#### Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилась оценка прогностической значимости определения содержания фактора Фох Виллебранда, эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOs) и эндотелина-1 у больных хроническими формами ИБС (80 человек).

#### Материал и методы:

Данное состояние являлись критериями включения в исследование. Биохимические маркеры эндотелиальной дисфункции определяли при помощи иммуноферментного анализа, диагностику ИБС проводили в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и РКО. Прогностическая значимость определения биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции сопоставлялась с таковой для «классических» факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (возраст, интенсивность курения, систолическое АД, уровень общего холестерина, гликированного гемоглобина, С-реактивного белка и ИМТ). Многофакторный анализ проводился при помощи пакета статистических программ Statistica 6. Период проспективного наблюдения составил 3 года. За конечные точки (исходы, независимые переменные) принимались госпитализация в связи с ОКС и смерть от ИБС (в т.ч. от ИМ). При выполнении статистического анализа конечные точки кодировались как полуколичественные переменные.

#### Результаты:

При  $p < 0,00001$  и ДИ 0,05-26,43, в данной группе прогностическая ценность определения уровня eNOs (OR 2,91) была сопоставима с таковой для уровня систолического АД (OR 2,3) и превысила аналогичный показатель как других «классических» факторов риска. В сравнении с определением содержания eNOs, меньшей прогностической ценностью при хронических формах ИБС обладает эндотелин-1, хотя информативность этого показателя в прогностическом плане также достоверно выше, чем у других «классических» факторов риска (OR 2,34) сердечно-сосудистых осложнений.

#### Заключение:

Необходимы дальнейшие исследования для определения возможности использования определения eNOs для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений в повседневной клинической практике.

## 26. ПРОЕКТ «ЮГРА-КОР»: ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В ХМАО-ЮГРЕ

УРВАНЦЕВА И.А.

БУ ХМАО-ЮГРЫ «ОКД «ЦД и ССХ»

### Введение (цели/задачи):

В Ханты-Мансийском автономном округе-Югре с 2008 года реализуется программа «Югра-Кор» – как система обеспечения неотложной кардиологической помощью населения автономного округа. Цель исследования. Оценить эффективность организационной и лечебно-диагностической работы в лечебно-профилактических учреждениях округа при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС в ХМАО-Югре.

### Материал и методы:

Суммированы 5-летние (2008-2012 гг.) данные о 21866 больных, пролеченных в округе с диагнозом ОКС, из них 9154 с инфарктом миокарда.

### Результаты:

В округе в круглосуточном режиме работают 3 центра интервенционной кардиологии (ЦИК) в гг. Сургут, Ханты-Мансийск и Нягань, отработаны алгоритмы экстренной госпитализации пациентов с ОКС с прикрепленных территорий округа. В 2012 г. 40% от общего числа больных с инфарктом миокарда (ИМ) в округе госпитализированы в ЦИК, из них 70% доставлены с этапа скорой помощи, 30% – переведены из неинвазивных стационаров. Показатель выполнения первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с ИМпСТ увеличился с 23,7% в 2008 г. до 45,1% в 2012 г. Реперфузионная стратегия по восстановлению коронарного кровотока при ИМпСТ применяется у 73,5% больных, в т.ч. ЧКВ – 45,1%, тромболитическая терапия (ТЛТ) – 37,8%. Фармакоинвазивный подход применен у 9,4% больных отдаленных территорий, доставленных на ЧКВ после ТЛТ. В 2012 г. частота выполнения ЧКВ в округе больным с ИМ достигла 410 на 1 млн населения. За 5 лет показатель смертности от ИМ в округе снизился с 18,9 (2008 г.) до 16,1 (2012 г.) на 100 000 населения. Показатель больничной летальности от ИМ в целом по округу снизился с 10,3% до 9,4%, а в ЦИК с 7,9% до 4,9%.

### Заключение:

Реализация программы «Югра-Кор» на территории округа позволила улучшить качество оказания медицинской помощи больным с ОКС, повысить доступность высокотехнологичных методов лечения.

## 27. РЕДОКС-СТАТУС ГЛУТАТИОНА ЭРИТРОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Буко И.В., Полонецкий Л.З.

РНПЦ «Кардиология», Минск, БЕЛАРУСЬ

### Введение (цели/задачи):

Исследование основного компонента неферментативного звена антиоксидантной защиты глутатиона в плазме и эритроцитах приобретает важное значение в прогнозе течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) и развития его осложнений. Прогностической ценностью может обладать величина редокс-потенциала (Eh) глутатиона, как интегрирующий тест прооксидантно-антиоксидантного статуса клеток крови в целом.

### Материал и методы:

У 89 практически здоровых лиц и 30 пациентов с ОИМ, поступивших в стационар в первые 6 ч и получивших реперфузионную терапию, на 1, 3 и 10-14 сут определяли содержание общего глутатиона (GSht) и глутатиона в окисленной форме в эритроцитах, рассчитывали концентрацию глутатиона в восстановленной форме (GSH) и значение Eh по уравнению Нернста.

### Результаты:

До начала реперфузионной терапии (стрептокиназа в сочетании с 40 мкг аллпростадила) показатели системы глутатиона значительно превышали норму. Однако величина 2GSH/GSSG имела тенденцию к уменьшению, а Eh (-205,82 [-220,89; -195,82] мВ) была идентична норме (-205,32 [-216,77; -191,94] мВ). В острый период заболевания (1-3 сут) сохранялся высокий уровень GSht и GSH, который достигал максимальных значений на 3 сут (концентрация GSht 5,80 [4,14; 6,09] ммоль/л) по сравнению со здоровыми лицами (3,23 [2,17; 4,54] ммоль/л). В этот период наблюдали увеличение 2GSH/GSSG на 38% относительно исходных значений и изменение Eh до -216,22 [-216,30; -211,62] мВ. Указанная степень восстановленности Eh сохранялась в течение всего периода исследования.

### Заключение:

Таким образом, в острейшем периоде ОИМ система глутатиона эритроцитов реагировала значительной активацией без изменения величины Eh. Уменьшение степени окисленности Eh после реперфузионной терапии является неблагоприятным событием для протекания процессов редокс-сигналирования, S-глутатионилирования и увеличения аниоксидантного потенциала кардиомиоцитов.

## 28. РОЛЬ НИТРОКСИДЭРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗВИТИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Рябченко А.Ю., Михелёва Н.В., Вагнер Н.Е.

ГБОУ ВПО «Орбургская государственная медицинская академия»

### Введение (цели/задачи):

Изучение роли нитроксидаэргических реакций системы кровообращения в развитии когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертензией (АГ), осложнившейся ишемическим инсультом (ИИ).

### Материал и методы:

В исследование включено 27 пациентов обоего пола, в возрасте от 37 до 68 лет. Всем пациентам исследовали неврологический статус, проводилась компьютерная томография головного мозга. Оценивалась эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) по методу Celermajer. Определяли уровень стабильных метаболитов оксида азота - нитритов и нитратов (NOx) по реакции Гриса. Неврологический статус оценивали по Скандинавской шкале. Когнитивные нарушения оценивали по краткой шкале оценки психического статуса MMSE (Folstein M.F. et al., 1975). Измерение артериального давления проводилось по методу Короткова. Обследованные больные были разделены на 3 группы – первую группу - пациенты с легкими когнитивными нарушениями, вторую группу лица с умеренными когнитивными нарушениями, третью группу с

выраженными когнитивными нарушениями. Контрольную группу составили 9 пациентов без сосудистой патологии и без когнитивных нарушений. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Statistica 6.0»

#### Результаты:

В первой группе были пациенты с 1 и 2 степенью АГ, отмечалось снижение уровня ЭЗВД до  $7,4 \pm 0,9\%$  ( $p < 0,05$ ), а также снижение содержания NOx на 8% ( $p > 0,05$ ). Во второй группе были больные с 2 и 3 степенью АГ, ЭЗВД при окклюзионной пробе составила  $4 \pm 0,7\%$  ( $p < 0,05$ ) и выраженное снижение уровня NOx на 26% ( $p < 0,05$ ). В третьей группе представлены пациенты с 3 степенью АГ, ЭЗВД снизилась до  $3,5 \pm 0,47\%$ , а концентрация NOx падала на 53% ( $p < 0,01$ )

#### Заключение:

Таким образом, при ИИ происходит нарушение в нитрогидрических реакциях системы кровообращения, что выражается в уменьшении выраженности вазодилаторной реакции и соответственно к усилению вазоконстрикции, что в свою очередь способствует прогрессированию когнитивных нарушений. Также наблюдается положительная корреляционная связь между степенью выраженности АГ и когнитивными нарушениями при ИИ.

### 29. СКОРОСТЬ ДЕФОРМАЦИИ СТЕНКИ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ЕЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА

Ложкевич А.А.

Российский Научный Центр Хирургии  
РАМН им. Б.В. Петровского

#### Введение (цели/задачи):

Цель исследования: разработка методики оценки скорости деформации стенки брюшного отдела аорты с помощью рабочей станции Multivox по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной аорты.

#### Материал и методы:

Выполнено УЗИ брюшного отдела аорты 54 пациентам: 10 здоровых лиц (8 мужчин и 2 женщины, средний возраст  $25,4 \pm 0,7$  лет) – контрольная группа; 44 пациента – с атеросклеротическим поражением стенки брюшной аорты, из них: 16 человек (11 мужчин и 5 женщины) с атеросклеротическими изменениями стенок брюшного отдела аорты при неизменном диаметре и без признаков расслоения (средний возраст  $61,7 \pm 7,3$  года) и 18 пациентов (16 мужчин и 2 женщины) с аневризмой брюшного отдела аорты (средний возраст  $68,0 \pm 5,6$  года). У пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты УЗИ выполнено до и после операции протезирования аорты. Полученные данные в последующем обработаны на рабочей станции Multivox.

#### Результаты:

В контрольной группе максимальная скорость деформации в систолу составила  $V_s = 9,7 \pm 1,6$  мм/с, максимальная скорость деформации в диастолу –  $V_d = 4,0 \pm 0,8$  мм/с; у пациентов, с атеросклеротическим поражением стенок аорты без аневризмы скорости были резко снижены и составили, соответственно:  $V_s = 3,5 \pm 1,3$  мм/с,  $V_d = 1,5 \pm 0,7$  мм/с. В группе пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты скорость деформации стенки аорты на сохранном участке была незначительно выше:  $V_s = 4,7 \pm 2,2$  мм/с,  $V_d = 2,0 \pm 1,2$  мм/с, на аневризматически измененном участке аорты скорость стенки была выше, но имела большой цифровой разброс значений:  $V_s = 8,8 \pm 5,5$  мм/с (от 2,8

до 21,7 мм/с),  $V_d = 3,9 \pm 2,8$  мм/с (от 1,6 до 10,8 мм/с). При диаметре аневризмы более 6.0 см скорость деформации стенки аорты резко увеличивалась:  $V_s = 10,1 \pm 3,7$  мм/с,  $V_d = 4,7 \pm 1,4$  мм/с. При диаметре аневризмы менее 6.0 см  $V_s = 5,5 \pm 1,3$  мм/с,  $V_d = 2,1 \pm 0,6$  мм/с. Определены показатели скорости деформации протеза аорты после операции протезирования брюшного отдела аорты:  $V_s = 5,0 \pm 0,6$  мм/с,  $V_d = 2,5 \pm 1,1$  мм/с, которые практически сравнялись с таковыми стенки нативной аорты и составили:  $V_s = 5,6 \pm 0,5$  мм/с,  $V_d = 3,0 \pm 0,6$  мм/с.

#### Заключение:

Оценка скорости деформации стенки брюшной аорты с помощью рабочей станции Multivox позволила выявить объективную разницу показателей в группе здоровых лиц и пациентов с атеросклеротическим поражением брюшной аорты.

### 30. СНИЖЕНИЕ РИСКА НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Калинина А.М., Кондратьева Н.В., Шаповалова В.П.,  
Рыжов В.М., Олишевко С.В.

ФГБУ «ГНИЦ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»  
Минздрава России, ФГБУЗ «МСЧ № 170» ФМБА

#### Введение (цели/задачи):

Профилактика острых осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы начинается на амбулаторном этапе с первичных профилактических обследований, к которым можно отнести и периодические медицинские осмотры работающих на производствах с профессиональными вредными для здоровья факторами. К сожалению, до настоящего времени этот огромный ресурс медицинских осмотров не используется для оценки рисков сердечно-сосудистых (ССЗ) заболеваний и факторов риска. Цель исследования – оценить суммарный сердечно-сосудистый риск (ССР) и факторы риска (ФР) ССЗ и их взаимосвязь с группами здоровья работников промышленного предприятия.

#### Материал и методы:

Проведено одномоментное скрининговое исследование по оценке ССР и традиционных ФР ССЗ, интегрированное в периодический медицинский осмотр (ПМО) регламентированного контингента работников промышленного предприятия. ССР оценивали по шкале SCORE. По результатам ПМО была определена группа здоровья, согласно действующим нормативным документам Минздрава России. В исследование включены все лица, прошедшие ПМО в течение 4 месяцев, что составило около 30% из числа лиц, подлежащих ПМО в течение года.

#### Результаты:

Обследовано 3013 чел., доля мужчин составила 51,8%, женщин 48,2%, средний возраст –  $45,8 \pm 12,5$  лет (мужчин  $44,8 \pm 13,6$ , женщин  $46,9 \pm 11,2$  лет). Первая группа здоровья (практически здоровые) установлена у 9,9% обследованных (12,9% мужчин и 6,8% женщин), вторая (риск заболеваний) – у 62,4% (60,8% мужчин и 64,2% женщин), третья (нуждаются в амбулаторном дообследовании) – у 27,3% (26,0% мужчин и 28,8% женщин), четвертая (нуждаются в стационарном дообследовании) – у 0,3% (0,3% мужчин и 0,3% женщин). Анализ оценки ФР и ССР среди обследованных показал, что при существующей практике в ходе ПМО при определении групп здоровья не учитываются традиционные ФР и ССР, о чем свидетельствует оценка частоты этих ФР в группе работников,

отнесенных к 1 группе здоровья - у 0,7% было повышено артериальное давление, 32,0% имели избыточную массу тела, 11,9% - ожирение, у 43,9% выявлена гиперхолестеринемия, у 3,3% - гипергликемия, у 11,2% - гипертриглицеридемия, 20,1% курили. Оценка ССР проведена среди обследованных в возрасте 35 лет и старше без клинически манифестированных ССЗ. Низкий уровень ССР в допенсионном возрасте имели 48,9%, в пенсионном - 0%, высокий риск соответственно - 3,4% и 16,1%, очень высокий - 0,4% и 7,1%. Среди работников 1 группы здоровья более трети (37,4%) имели умеренный риск по шкале SCORE. Лиц с высоким и очень высоким риском в 1 группе здоровья не было.

#### **Заключение:**

Исследование позволило продемонстрировать реалистичность без существенных ресурсных затрат дополнить перечень методов ПМО для раннего выявления ФР и ССР ССЗ в целях последующей его коррекции. Результаты проведенного анализа могут быть использованы как для определения приоритетов организации профилактической помощи работающим в условиях медико-санитарной части и на рабочем месте, так и для планирования ресурсного обеспечения профилактической помощи работающим.

### **31. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ**

Беллил С.М., Якушин С.С.

Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань

#### **Введение (цели/задачи):**

Сравнить частоту сердечно-сосудистых событий и эффективность лечения у мужчин и женщин, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ) в пожилом и старческом возрасте в течение 12 месяцев наблюдения.

#### **Материал и методы:**

Нами обследовано 50 пациентов с крупноочаговым (ИМ) в возрасте 60 - 85 лет (средний возраст  $72,2 \pm 7,2$  лет) разделенных на 2 группы: 1-ая группа - состояла из 27 мужчин (средний возраст  $70,5 \pm 7,9$  лет) и 2-ая группа - из 23 женщин (средний возраст  $74,2 \pm 5,7$  лет). Средний возраст в 1-ой и 2-ой группах у мужчин и у женщин достоверно не отличался ( $p = 0,08$ ). В 1-ой группе из 27 мужчин реперфузионная терапия (тромболизис или чрескожное коронарное вмешательство) проводилась у 15 больных (55%); соответственно в 2-ой группе из 23 женщин реперфузионная терапия проводилась у 10 больных (43%); количество мужчин и женщин в группе с и без реперфузии достоверно не отличалось ( $p = 0,4$ ). Оценка эффективности лечения проводилась на основе верификации сердечно-сосудистых событий на протяжении 12 месяцев после перенесенного (ИМ). В течение года нами оценивались следующие сердечно-сосудистые события: повторный (ИМ), повторная госпитализация, инсульт, смертельный исход

#### **Результаты:**

В результате проведенной работы при сравнении конечных точек в 1-ой группе у мужчин и 2-ой группе у женщин получены следующие данные: повторный (ИМ) развился у десяти мужчин (37%) и у шести женщин (26,1%), ( $p = 0,8$ ); повторные госпитализации по ССЗ наблюдались у двадцати муж-

чин (74%), а в 2-ой группе у восемнадцати женщин (78,3%), ( $p = 0,8$ ); смертельный исход встречался в девяти случаях в 1-ой группе (33,3%) и в трёх случаях в 2-ой группе (13%) ( $p = 0,09$ ); инсульт не встречался в обеих группах.

#### **Заключение:**

Полученные данные свидетельствуют об одинаковом количестве (ИМ), повторных госпитализаций у мужчин и женщин в пожилом и старческом возрасте, перенесших крупноочаговый (ИМ); отмечена тенденции к увеличению смертельных исходов у мужчин по сравнению с женщинами. При этом обращает на себя внимание высокая частота повторных госпитализации в обеих группах (74%) и (78,3%), высокая частота повторных инфарктов у мужчин - более чем у каждого третьего больного и у женщин - более чем у каждой четвертой.

### **32. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И РЕОЛИТИЧЕСКАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Матвеев П.Д., Коков Л.С., Лопотовский П.Ю., Косолапов Д.А., Никитина О.В., Михайлов И.П.

НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского

#### **Материал и методы:**

В качестве базового метода лечения тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) с высоким риском летального исхода была использована системная тромболитическая терапия (ТЛТ). Критериями высокого риска являлись шок, гипотония, повреждение миокарда и дисфункция правого желудочка. За период с 2008 по 2012 год системная ТЛТ была выполнена 146 пациентам. Начиная с 2012 года у 5 больных, перенесших ТЭЛА, для эндоваскулярной дезобструкции легочной артерии была применена реолитическая тромбэктомия. Данную группу составили пациенты, у которых ТЛТ оказалась неэффективной, либо имелись противопоказания к тромболизису.

#### **Результаты:**

Эффективный тромболизис отмечен у 134 больных (92%). У 12 больных (8%) с давностью ТЭЛА от 3 до 5 недель тромболитическая терапия была неэффективна. Госпитальная летальность составила 13,8%. Из 5 пациентов, которым была выполнена реолитическая тромбэктомия, у 4 был получен хороший клинический и ангиографический результат. В одном случае у больного с ТЭЛА давностью 2 недели интраоперационный результат тромбэктомии получить не удалось, клиническое улучшение было отмечено после повторного системного тромболизиса. Двоим пациентам была выполнена высокообъемная тромбэктомия: в одном случае в связи с наличием противопоказаний к ТЛТ, а в другом - в связи с полным отсутствием эффекта от системного тромболизиса. В обоих случаях отмечался гемолиз и для профилактики острого повреждения почек больным был выполнен плазмаферез с переходом на продленную веновенозную гемофильтрацию.

#### **Заключение:**

Системная ТЛТ является эффективным методом лечения больных с ТЭЛА, при этом реолитическая тромбэктомия способствует улучшению её результатов и может служить альтернативным методом лечения больных с противопоказаниями к тромболизису. Применение высокообъемной реолитической тромбэктомии возможно только в особой клинической ситуации, когда данная методика становится одним из немногих возможных методов радикального лечения.



### 33. УРОВЕНЬ ДЕКОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ЯВНОМ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА (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):

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., изучить уровень декомпенсации углеводного обмена (УО) у больных с явным сахарным диабетом 2 типа (СД2) и впервые выявленным СД2 (ВВСД), госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы с ОКС.

#### Материал и методы:

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в БКР стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали нормальный и нарушенный УО (нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), СД2, ВВСД), компенсацию УО, проводимую на догоспитальном этапе сахароснижающую терапию у больных СД2. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе MicrosoftExcel 2010.

#### Результаты:

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и 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 было у 87 (15,9%) из 548 больных, из них ВВСД был у 23 (4,2%), НТГ - у 64 (11,7%). Из 23 больных с ВВСД по уровню глюкозы распределение было следующим: 11,1-15,0 ммоль/л - 16 (69,6%) человек, 15,1-20,0 ммоль/л - 6 (26%), 20,1-25,0 ммоль/л - 1 (4,4%). Из 115 больных с указанием на СД2 в анамнезе у 73 (63,5%) была декомпенсация УО. Из 115 больных с СД2 в анамнезе по уровню глюкозы распределение было следующим: 7,8-11,0 ммоль/л - 25 (21,7%), 11,1-15,0 ммоль/л - 25 (21,7%), 15,1-20,0 ммоль/л - 12 (10,4%), 20,1-25,0 ммоль/л - 9 (7,8%), более 25,1 ммоль/л - 2 (1,7%) человека, у 42 (36,5%) была нормогликемия. Уровень сахара крови менее 4,5 ммоль/л в изученных картах больных не встречался. 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%) из 548 человек с ОКС. Нормальный УО был у 346 (63,1%) из 548 больных.

#### Заключение:

На основании данных регистра ОКС г. Москвы от 2012 г., госпитализированных в БКР с ОКС, распространенность нарушенного УО составила 36,9%, из них СД2 в анамнезе был у 21%, а впервые выявленное нарушение УО у 15,9% (ВВСД- у 4,2%, НТГ - у 11,7%). В группе больных с явным СД2 уровень декомпенсации УО был следующим: 7,8-11,0 ммоль/л - 21,7%, 11,1-15,0 ммоль/л - 21,7%, 15,1-20,0 ммоль/л - 10,4%, 20,1-25,0 ммоль/л - 7,8%, более 25,1 ммоль/л - 1,7%, у 36,5%

больных была нормогликемия. В группе больных с ВВСД уровень декомпенсации УО составил: 11,1-15,0 ммоль/л - 69,6%, 15,1-20,0 ммоль/л - 26%, 20,1-25,0 ммоль/л - 4,4%.

### 34. ФАРМАКОИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В.,  
Фоменко Е.П., Чистякова В.В.

Областной сосудистый центр ГБУ РО «РОКБ»,  
г. Ростов-на-Дону

#### Введение (цели/задачи):

Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является основной стратегией реперфузии при остром инфаркте миокарда с подъемом ST на ЭКГ. Однако на практике многие пациенты с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и подъемом сегмента ST поступают в стационары без возможности чрескожных коронарных вмешательств и зачастую им не может быть своевременно выполнено первичное ЧКВ, вследствие чего пациентам проводится тромболитическая терапия. Согласно текущим рекомендациям все пациенты с ОИМ и подъемом ST после тромболитической терапии должны быть переведены в стационар с возможностью ЧКВ с целью выполнения коронарографии и возможной реваскуляризации миокарда в течение 24 часов после тромболитика. Место такой фармакоинвазивной стратегии в системе оказания помощи пациентам с ОИМ четко не определена. Целью исследования стала оценка эффективности лечения пациентов с ОИМ и подъемом ST с применением указанных двух стратегий реперфузии в условиях реальной клинической практики.

#### Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 427 пациентов с ОИМ и подъемом сегмента ST на ЭКГ, которым было проведено ЧКВ, за период 1 января 2011 по 31 декабря 2011 гг. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стратегии реперфузии: первая группа - 294 пациента, которым была проведена первичная ЧКВ, вторая - 133 пациента, которым было проведено ЧКВ после тромболитической терапии (включая спасительную ЧКВ), выполненной в другом стационаре. Все пациенты получали гепарин, нагрузочные дозы аспирина и клопидогреля. В группе первичной ЧКВ медиана времени «симптом-баллон» составила 160 минут с межквартильным диапазоном 110-230 минут. 77,9% пациентов были напрямую доставлены в наш стационар, остальные были переведены из другой клиники. В группе фармакоинвазивной стратегии медиана времени «симптом-игла» составил 95 минут с межквартильным диапазоном 70-140 минут, медиана времени «игла-баллон» - 11,5 ч с межквартильным диапазоном 8,5-17,0 ч. Результаты оценивались по таким конечным точкам, как госпитальная летальность, а также частота больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий, определяемых как сочетание смерти, ИМ, инсульта и повторной реваскуляризации за период наблюдения в среднем 14,7±5,2 месяцев.

#### Результаты:

Госпитальная летальность составила 4,4% в группе первичной ЧКВ и 5,2% в группе фармакоинвазивной стратегии,  $p=0,638$ . Между группами отсутствовала статистически значимая разница по частоте больших кровотечений. Через 14,7±5,2 месяцев после вмешательства между группами отсутствовала

статистически значимая разница по частоте больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий (10.9% в первой группе и 13.5% во второй группе,  $p=0.782$ )

**Заключение:**

В реальной клинической практике, когда своевременное проведение первичной ЧКВ невозможно вследствие долгой транспортировки пациента в стационар с возможностью ЧКВ, стратегия фармако-инвазивной реперфузии, комбинирующая тромболитическую и обязательное ЧКВ, характеризуется сопоставимыми результатами с первичной ЧКВ в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

**35. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АГОНИСТЫ АР1 РЕЦЕПТОРА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Пелогейкина Ю.А., Беспалова Ж.Д., Ланкин В.З., Тимошин А.А., Писаренко О.И.

НИИЭК ФГБУ «РКНПК» Минздрава РФ

**Введение (цели/задачи):**

Разработка лекарственных соединений для терапии острого коронарного синдрома (ОКС) является актуальной задачей современной экспериментальной кардиологии. Нами был синтезирован пептид апелин-12 (RPRLSHKGPMPF, A12) и его структурные аналоги (AI, AII и AIII), устойчивые к протеолизу. Целью настоящей работы стала оценка способности этих соединений ограничивать ишемическое и реперфузионное повреждение миокарда на модели *in vivo*.

**Материал и методы:**

Пептиды были получены путем автоматического твердофазного синтеза с использованием Fmoc-методологии. Острый инфаркт миокарда у наркотизированных самцов крыс линии Вистар моделировали 40-мин окклюзией ПНА с последующей 60-мин реперфузией. Пептиды вводили внутривенно болюсно в дозе 35, 70, 350 или 700 нмоль/кг веса крысы одновременно с началом реперфузии. В течение опыта регистрировали изменения параметров гемодинамики и ЭКГ. Повреждение миокарда оценивали по размеру инфаркта миокарда (ИМ) и активности маркеров некроза в плазме.

**Результаты:**

Введение всех исследованных доз A12 приводило к достоверному уменьшению размера ИМ по сравнению с контролем, в наибольшей степени это происходило при использовании дозы 350 нмоль/кг. Применение A12(350) достоверно снижало активности МВ-фракции креатинкиназы (МВ-КК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в плазме крови к окончанию реперфузии по сравнению с контролем. Из-за сильного снижения систолического АД и ЧСС в ответ на его введение A12(350) использование A12 в качестве лекарственного средства является нерациональным. При тестировании структурных аналогов наибольшую эффективность проявили аналоги AI и AII в дозе 350 нмоль/кг. Эти соединения ограничивали ИМ и снижали активности МВ-КК и ЛДГ в той же степени, что и природный пептид A12, однако их использование вызывало достоверно меньшие нарушения гемодинамики по сравнению с A12(350).

**Заключение:**

Пептиды AI и AII являются перспективными кандидатами на роль лекарственного средства при ОКС.

**36. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (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):**

На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., изучить частоту встречаемости отека легких (ОЛ), возникшего за время госпитализации в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы с ОКС.

**Материал и методы:**

Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали возраст, пол, ОЛ, нормальный и нарушенный УО (сахарный диабет 2 типа (СД2), впервые выявленный сахарный диабет (ВВСД), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ)). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе MicrosoftExcel 2010.

**Результаты:**

Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. Из 115 больных с указанием на СД2 в анамнезе у 73 (63,5%) была декомпенсация УО (гликемия превышала 11,1 ммоль/л). При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО было у 87 (15,9%) из 548 больных, из них ВВСД был у 23 (4,2%), НТГ - у 64 (11,7%). Общее число больных с нарушенным УО составило 202 (36,9%) человека. Нормальный УО был у 346 больных (63,1%). На момент поступления в БКР из 548 пациентов ОКС ОЛ был зарегистрирован у 46 (8,39%) больных, из них 19 пациентов (мужчин (М)-3, возраст – 68,5±2,5; женщин (Ж)-16, возраст – 78,1±2,5) с СД2, 5 пациентов (М-1, возраст – 87,0±2,5; Ж-4, возраст – 74,8±2,5) с ВВСД; 10 пациентов (М-3 возраст – 74,0±2,5; Ж-7 возраст – 82,8±2,5) с НТГ и 12 пациентов (М-8, возраст-65,6±2,5; Ж-4, возраст-70,6±2,5) с нормальным УО. Частота развития ОЛ в группах составила: из 115 больных СД2 – 19 (16,5%) пациентов, из 23 больных с ВВСД – 5 (21,7%), из 64 больных с НТГ – 10 (15,6%), из 346 больных с нормальным УО – 12 (3,5%).

**Заключение:**

На основании данных регистра ОКС г. Москвы от 2012 г. у больных госпитализированных в БКР с ОКС отек легких встречается в 8,39% случаев. При анализе групп больных с нормальным и нарушенным УО выявляется очень значимое, но по причине малой выборки недостоверное различие,  $t=1,5$ ,  $p<0,07$ . В группе больных ОКС с ВВСД отек легких встречается в 21,7% случаев, с явным СД2-16,5%, НТГ-15,6%, нормальным УО-3,5% случаев. Наибольший процент развития ОЛ встречается у пациентов с нарушением УО без проводимой на догоспитальном этапе сахароснижающей терапии, а именно у больных с ВВСД – 21,7%. Этим можно объяснить и высо-

кий процент ОЛ у больных с НТГ-15,6%, когда рекомендуется только диета. Больные с явным СД2 имеют длительный стаж болезни и наличие диабетических осложнений по сравнению с ВВСД, а уровень гликемии у них в 63,5% случаев превышал 11,1 ммоль/л по сравнению с больными с НТГ. При этом, ОЛ встречался у больных с явным СД2 в 16,5% случаев.

### 37. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Аникин В.В., Александров С.С., Александров С.А., Калинин М.Н.

ГБОУ ВПО ТВЕРСКАЯ ГМА МИНЗДРАВА РОССИИ,  
ГБУЗ КБ СМП, г.ТВЕРЬ

#### Введение (цели/задачи):

Наиболее часто внезапная остановка кровообращения имеет место у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), на долю которой приходится примерно 90% случаев внезапной сердечной смерти (ВСС). Цель работы: определить распределение частоты случаев ВСС у больных ИБС в Тверском регионе и оценить характер морфологических изменений миокарда при внезапной коронарной смерти (ВКС).

#### Материал и методы:

Произведен анализ 4880 случаев ВКС по данным ГУ «Тверское областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Для постановки диагноза использовали номенклатуру и критерии, рекомендованные экспертным комитетом ВОЗ.

#### Результаты:

Отмечается неуклонный рост ВКС на территории Тверского региона со 120,7 до 240,2 случаев на 100000 населения в год, что составляет не менее 10% естественной убыли населения. У мужчин доля лиц работоспособного возраста в структуре ВКС определяется на уровне 54,3%, у женщин – 26,8%. Отмечено более частое поражение мужского населения и зависимость смертности от состояния геомагнетизма. Так в магнитоактивные периоды (МБ) смертность от ВКС на 100000 населения в год у мужчин составляет 167,3, а у женщин – 79,5, тогда как в периоды спокойного состояния магнитного поля (вне МБ) эти же показатели составили 116,2 ( $p < 0,001$ ) и 66,2 ( $p < 0,05$ ) соответственно. Доля же лиц моложе 50 лет в структуре смертности у мужчин в МБ составляет 31%, вне МБ – 27,3% ( $p < 0,001$ ), а у женщин – 12,4% и 12% ( $p > 0,05$ ) соответственно. Атеросклеротическое поражение при ВКС по меньшей мере одной из коронарных артерий определялось в 100% случаев, причем у двух третей умерших оно приводило к выраженному (не менее 75%) сужению просвета артерии. В 82% случаев поражалась левая передняя нисходящая артерия, в 62% – левая огибающая, а в 56% – правая коронарная артерия (ПКА). Изолированное поражение встречалось только в 24%, в т.ч. поражение ветвей ПКА – только в 10% случаев. Причем у умерших в возрасте до 50 лет одна коронарная артерия поражается в 42,9% случаев, а после 50 лет атеросклеротический процесс одновременно обнаруживается в двух артериях в 84%, а в трех – в 9,7% случаев.

#### Заключение:

Таким образом, полученные данные о влиянии геомагнитных возмущений на состояние больных ИБС и увеличение частоты случаев ВКС, особенно у лиц мужского пола, могут быть использованы при планировании реабилитационных и про-

филактических мероприятий, назначении и коррекции проводимой медикаментозной терапии.

### 38. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Резанова Н.В., Корниенко Н.В., Гафарова Н.Х.

КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕД. УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ.С.И.ГЕОРГИЕВСКОГО, УКРАИНА

#### Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность блокатора If рецепторов ивабрадина на фоне базисной терапии у больных со стабильной стенокардией III ф.к.

#### Материал и методы:

Обследовано 38 больных с верифицированным диагнозом ИБС: стенокардия напряжения III ф.к. с синусовым ритмом, у которых не был достигнут адекватный контроль симптомов стенокардии и ЧСС на фоне базисной терапии. Все пациенты исходно получали статин, дезагрегантную терапию и антиангинальную терапию. По данным Холтеровского мониторинга (ХМ): средняя дневная ЧСС – 77 уд/мин, ночная – 68 уд/мин, среднее количество приступов стенокардии 4,2, что требовало применения в среднем 2,5 доз нитратов короткого действия в сутки. К лечению был добавлен ивабрадин в дозе 10-15 мг/сут. Через 3 и 6 месяцев оценивали показатели липидного спектра крови, повторяли ХМ ЭКГ. По итогам трех месяцев лечения пациенты разделены на группы в соответствии с эффективностью терапии. В первой группе ( $n=26$ ; 68%) Средняя ЧСС днем была 64, ночью – 54 уд/мин, среднее количество приступов стенокардии сократилось до 1,8, а доз нитратов короткого действия – до 0,8 в сутки. Во второй группе ( $n=12$ ; 32%) несмотря на некоторое снижение средней ЧСС (дневной до 69, ночной до 60 уд/мин) не наблюдалось существенного улучшения контроля стенокардии.

#### Результаты:

Были выявлены достоверные различия в показателях холестерина ЛПНП (2,1 ммоль/л в 1-й группе и 3,2 ммоль/л во 2-й при  $p < 0,05$ ). Коррекция доз статинов (розувастатин 20-40 мг или аторвастатин 40-80 мг) позволила добиться положительной динамики у 7 (58%) пациентов 2-й группы по итогам 6 месяцев терапии.

#### Заключение:

При недостаточной эффективности бета-блокаторов или противопоказаниях к их применению, ивабрадин позволил добиться стабильного контроля симптомов стенокардии у 68% пациентов со стабильной стенокардией III ф.к. Отсутствие положительной динамики, в 58% случаев, было связано с недостаточной антилипидемической терапией.

### 39. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Хрипун А.В., Малеванный М.В., Куликовских Я.В.,  
Фоменко Е.П., Чистякова В.В.

ОБЛАСТНОЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР ГБУ РО «РОКБ»,  
г. Ростов-на-Дону

**Введение (цели/задачи):**

Мультифокальное поражение коронарных артерий присутствует у 41-67% пациентов с острым инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST. У данной категории пациентов первым этапом выполняется реваскуляризация инфаркт-зависимой артерии. Однако дальнейшая тактика ведения пациентов с мультифокальным поражением коронарных артерий четко не определена и является объектом больших дискуссий.

**Материал и методы:**

Проведен ретроспективный анализ лечения 541 пациента при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST и мультифокальным поражением коронарных артерий, которым было проведено первичное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в период январь 2009 по декабрь 2010 гг. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от стратегии реваскуляризации. Первая группа – это группа ЧКВ на инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) в острую стадию инфаркта с последующим плановым коронарным шунтированием (74 пациента). Вторая группа – этапное ЧКВ со стентированием ИЗА первым этапом и многососудистым стентированием коронарных артерий вторым этапом в течение одной госпитализации (182 пациента). Третья группа – первичное ЧКВ на ИЗА с последующим консервативным лечением (285 пациентов). Результаты оценивались по таким конечным точкам, как частота больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий, определяемых как сочетание смерти, инфаркта миокарда, инсульта и повторной реваскуляризации в отдаленном периоде, составляющем более 2 лет.

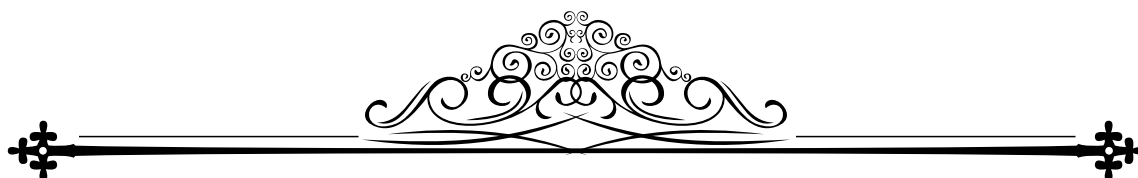
**Результаты:**

Через два года наблюдения минимум одно большое неблагоприятное событие наблюдалось у 13/74 (17.6%) пациентов в первой группе, у 49/182 (26.9%) – во второй, у 116/285 (40.7%) в третьей,  $p < 0.05$ . разницы по частоте летальных исходов и инсультов не достигла статистической значимости. Частота инфаркта миокарда была достоверно выше в группе медикаментозного лечения (20.4%) в сравнении с группой ЧКВ-АКШ (14.9%) и этапной ЧКВ (15.4%),  $p < 0.05$ . Частота повторной реваскуляризации составила 2.7% в группе ЧКВ-АКШ, 9.3% - этапной ЧКВ и 29.1% для группы первичной ЧКВ и медикаментозного лечения,  $p < 0.01$ .

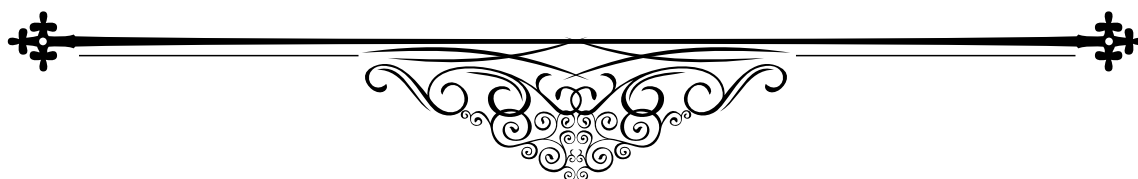
**Заключение:**

Выбор стратегии лечения пациентов с ОИМ и мультифокальным поражением коронарного русла должен быть индивидуализирован и направлен на полную реваскуляризацию. Стентирование инфаркт-зависимой артерии при ОИМ с подъемом сегмента ST является стратегией выбора. Этапное ЧКВ за период госпитализации эффективно и безопасно. Плановое коронарное шунтирование рекомендовано пациентам с аневризмой левого желудочка, поражением ствола левой коронарной артерии, высоким баллом по шкале Syntax, значимой митральной недостаточностью.





# **Каталог участников выставки**



## АСТРАЗЕНЕКА



«АстраЗенека Россия»

Адрес: 125284, Россия, Москва, ул. Беговая, 3, стр. 1

Тел.: + 7 (495) 799-56-99

Факс: + 7 (495) 799-56-98

[www.astrazeneca.ru](http://www.astrazeneca.ru)

[www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)

«АстраЗенека» - глобальная инновационная биофармацевтическая компания, продажи которой в 2012 году составили около 28 миллиардов долларов США в год и осуществляются на территории более 100 стран.

Компания занимается исследованием и разработкой рецептурных лекарственных препаратов и является лидером в таких областях как кардиология, пульмонология, онкология, неврология и психиатрия, гастроэнтерология и др.

«АстраЗенека» входит в пятерку ведущих фармацевтических компаний мира. Ежегодно компания инвестирует более \$4 млрд. в научно-исследовательскую деятельность. Подразделения по R&D компании «АстраЗенека» расположены в 9 странах мира, в том числе и в России.

Россия является одним из ключевых рынков, приоритетных для деятельности компании «АстраЗенека». Компания имеет своих представителей в 68 городах России. Около 40 оригинальных препаратов компании зарегистрированы и разрешены к использованию на территории страны. Одна из ключевых задач «АстраЗенека Россия» – внести весомый вклад в формирование инновационной фармацевтической промышленности в России. В 2011 году компания объявила начале локализации производства в России, а также о запуске ряда проектов, направленных на поддержку локальных R&D.

Дополнительная информация: [www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com), [www.astrazeneca.ru](http://www.astrazeneca.ru)

---

## БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ



Boehringer  
Ingelheim

ООО «Берингер Ингельхайм»

Адрес: 125171, г.Москва, Ленинградское шоссе д.16А, стр. 3

Тел.: + 7 (495) 544-50-44

E-mail: [info.ru@boehringer-ingelheim.com](mailto:info.ru@boehringer-ingelheim.com)

[www.boehringer-ingelheim.ru](http://www.boehringer-ingelheim.ru)

**Вид деятельности:** *Создание и производство инновационных лекарственных препаратов для людей и животных.*

Компания **Берингер Ингельхайм** – семейная фармацевтическая компания, основанная в 1885 году в Ингельхайме (Германия), где до сих пор расположена штаб-квартира компании. В настоящий момент **Берингер Ингельхайм** – одна из 20 лидирующих мировых фармацевтических компаний. Философия компании остается неизменной с момента ее основания и может быть сформулирована в одной фразе – «К созданию ценностей через инновации». Таким образом, приоритеты, которыми компания руководствуется в своей деятельности – создание и производство инновационных **лекарственных** препаратов для людей и животных. Отличительные черты лекарств, создаваемых компанией – их безопасность и высокая эффективность. Ключевой элемент корпоративной культуры компании – приверженность идее социальной ответственности бизнеса. Участие в широком спектре социальных проектов во всем мире, реальная поддержка социально незащищенных групп населения – работа, которая ведется компанией на постоянной основе. В понятие социальной ответственности компания включает и такие аспекты, как забота о собственных сотрудниках и их семьях, а также создание равных возможностей для всех сотрудников глобальной компании. Продажи компании в 2010 году составили около 12.6 миллиардов евро, 24% из которых были ре-инвестированы в крупнейший сегмент бизнеса компании – научные исследования и Разработки новых лекарственных препаратов.

## САНОФИ

# SANOFI



### Санofi

Штабквартира компании находится в Париже (Франция)  
 Адрес: 125009, Россия, г. Москва, ул. Тверская, д. 22  
 Тел.: +7 (495) 721 14 00  
 Факс: +7 (495) 721 14 11  
 Email: Reception.Russia@sanofi.com  
 Webсайт: www.sanofi-aventis.ru

Санofi – диверсифицированная компания, мировой лидер в области здравоохранения, в центре внимания которой – потребности пациентов. Санofi является лидером на развивающихся рынках и одной из ведущих фармацевтических компаний в Европе.

## ЗАО БАЙЕР



### ЗАО «БАЙЕР», Германия

Фактический адрес: 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2;  
 Тел.: 8 (495) 231-12-00,  
 Факс: 8 (495) 231-12-02  
 Юридический адрес: 123022, Москва Б. Трехгорный пер., д.1, стр.1;  
 Тел.: 8 (495) 234-20-00  
 Webсайт: www.bayerhealthcare.ru

### «БАЙЕР»: Science For A Better Life

«БАЙЕР» – международный концерн со специализацией в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Как инновационная компания, «БАЙЕР» задает тенденции развития наукоемких областей. Продукты и услуги компании направлены на благо людей и улучшение качества жизни. Коммерческая деятельность группы построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. «БАЙЕР» придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании. В 2012 финансовом году численность сотрудников группы составила 110 500 человек, объем продаж – 39,8 млрд евро. Капитальные затраты составили 2 млрд евро, расходы на исследования и разработки – 3 млрд евро.

Более подробная информация доступна по адресу [www.bayerhealthcare.ru](http://www.bayerhealthcare.ru).

Следите за нами на Facebook: <http://www.facebook.com/healthcare.bayer>

## БАКСТЕР

# Baxter

Компания Бакстер в мире является разработчиком и производителем различных лекарственных препаратов для анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии: средства ингаляционной анестезии (**Аерран, Супран, Севофлуран**), внутривенный бета-адреноблокатор ультракороткого действия Бривиблок, выпускаемый во флаконах и контейнерах.



## «ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ»



«Лаборатории Сервьё», Франция

Адрес: 115054 Павелецкая площадь, д.2, строение 3

Тел.: +7 (499) 937-07-00

Факс: +7 (495)937-07-01

Webсайт: [www.servier.ru](http://www.servier.ru)

«Сервьё», французская фармацевтическая компания, является одной из самых инновационных компаний в мире и производит лекарственные препараты только собственных разработок. Зарегистрировано более 30 оригинальных лекарственных препаратов; 25% общего оборота реинвестируется в научные исследования.

С учетом приоритетности развития в России в 2003 году было принято решение о строительстве собственного фармацевтического предприятия.

Завод «Сердикс» был открыт летом 2007 года в Софьино. Завод «Сердикс»- это:

- Производство оригинальных лекарственных препаратов по полному циклу
- Передовая система управления качеством
- Высокотехнологичный производственный процесс в соответствии со стандартом GMP (Good Manufacturing Practice)
- Успешная программа локализации производства портфеля лекарственных препаратов компании «Сервьё» на российском рынке

## «Берлин-Хеми/А.Менарини»



# БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

Компания **Берлин-Хеми/А.Менарини** является представителем лидирующего фармацевтического объединения Италии - Группы **Менарини (Menarini Group)** - на территории Германии и Восточной Европы, в частности, в России. Основными стратегическими целями Группы **Менарини (Menarini Group)** являются инновационные исследования и интернационализация рынка в области здравоохранения.

Фармацевтическая компания **Берлин-Хеми/А.Менарини** имеет безупречную репутацию надежного партнера как в разработке новых лекарственных препаратов, так и в предоставлении информации о современных научных достижениях.

Все препараты компании **Берлин-Хеми/А.Менарини** производятся в соответствии со строжайшими стандартами GMP.

В кардиологическую линейку продуктов компании входят препараты **Небилет®**, **Зокардис®**, **Кардосал®**, **Леркамен®**, **Берлиприл®**, **Берлиприл® плюс**, **Моночинкве®**, **Моночинкве® ретард**, **Корвитол®** для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

## Альянс компаний БРИСТОЛ-МАЙЕРС СКВИББ и ПФАЙЗЕР



Объединяя опыт, расширяем возможности

«**Бристол-Майерс Сквибб**» - глобальная биофармацевтическая компания, миссией которой является открытие, разработка и выпуск на рынок инновационных лекарств, помогающих пациентам преодолевать серьезные заболевания. Во всем мире наши лекарства помогают миллионам пациентов в их борьбе с такими заболеваниями, как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, гепатит В, ВИЧ/СПИД, психические расстройства, ревматоидный артрит.

В 2007 году **Pfizer** и **Bristol-Myers Squibb** начали глобальное сотрудничество по разработке и выведению на рынок препарата **ЭЛИКВИС®** - перорального антикоагулянта, разработанного компанией **Bristol-Myers Squibb**. Этот глобальный Альянс объединяет многолетний опыт **Bristol-Myers Squibb** в создании средств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и их продвижения с глобальной экспертизой в этой же области компании **Pfizer**.

Более подробная информация о компании: [www.bms.com](http://www.bms.com) и [www.b-ms.ru](http://www.b-ms.ru)

## ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»



ГЕДЕОН РИХТЕР

ОАО «Геден Рихтер», Россия

Адрес: 119049, г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д.8

Тел.: +7 (495) 987-15-55

Факс: +7 (495) 987-15-56

Email: [centr@g-richter.ru](mailto:centr@g-richter.ru)

Webсайт: [www.g-richter.ru](http://www.g-richter.ru)

Компания «Геден Рихтер» входит в число крупнейших производителей лекарственных препаратов в Центральной и Восточной Европе. Компания занимается производством и маркетингом готовых продуктов, активных субстанций и промежуточных соединений, а также исследовательской деятельностью в сфере фармацевтических препаратов.

## ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг»



ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг»

Адрес: г. Москва, ул. Крылатская, 17/3.

Тел.: +7 (495) 777 89 00

Webсайт: [www.gsk.com](http://www.gsk.com)

Компания «ГлаксоСмитКляйн» работает в России, неотступно следуя своей миссии – улучшать качество жизни людей, чтобы они могли делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше.

## ООО «НОВАРТИС ФАРМА»



ООО «Новартис Фарма»

Адрес: 115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.

Тел.: +7 (495) 967-12-70,

Факс: +7 (495) 967-12-68.

Webсайт: [www.novartis.com](http://www.novartis.com)

Webсайт: [www.novartis.ru](http://www.novartis.ru)

Компания «Новартис» - один из признанных лидеров индустрии здравоохранения в мире и в России. Миссия компании - открывать, разрабатывать и успешно продвигать на рынке инновационные препараты, предназначенные для профилактики и лечения заболеваний, а также повышения качества жизни пациентов.

Штаб-квартира компании расположена в г. Базель, Швейцария.

«Новартис» придает важное значение партнерству с ведущими академическими и исследовательскими учреждениями в тех странах, в которых компания ведет свою деятельность. Одно из ключевых направлений сотрудничества в России – клинические испытания новых препаратов компании.

Забота о пациентах лежит в основе всей деятельности «Новартиса». Компания активно поддерживает программы, направленные на помощь пациентам по различным терапевтическим направлениям в крупных регионах России, в том числе образовательные программы для врачей и пациентов.

Стратегия «Новартиса» в России – стать надёжным партнёром государства в развитии российской фармацевтической промышленности и улучшении системы здравоохранения. В декабре 2010 года «Новартис» принял решение о строительстве производственного предприятия в Санкт-Петербурге для производства в том числе и ключевых препаратов «Фармы».

## «Доктор Реддис Лабораторис ЛТД»



«Доктор Реддис Лабораторис ЛТД», Индия

Адрес: 115035, Москва, Овчинниковская наб. д.20 стр.1

Тел.: +7 (495) 795-39-39

Факс: +7 (495) 795-39-08

Webсайт: [www.drreddys.ru](http://www.drreddys.ru)

Фармацевтическая компания «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» - известнейший в мире производитель таких лекарственных препаратов как **Кеторол®**, **Омез®**, **Найз®**, **Цетрин®**, **Ципролет®** - основана в 1984 году в Индии.

Деятельность «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.» базируется на новаторском, инновационном подходе к рынку фармацевтических препаратов. Компания располагает собственными научно-исследовательскими центрами в Индии и США, где проводятся исследования в различных областях медицины, таких как онкология, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, воспалительные заболевания и бактериальные инфекции.

---

## КРКА



Международная фармацевтическая компания **КРКА** входит в число ведущих производителей в мире, продукция **КРКА** представлена более чем в 70 стран, в том числе и в России.

Основное преимущество всей продукции компании **КРКА** – это высокое качество. Все препараты компании производятся с соблюдением строгих правил и требований, предъявляемых к производству лекарственных средств международными стандартами GMP. Ассортимент выпускаемых изделий включает рецептурные и безрецептурные препараты, ветеринарную продукцию, а также компания **КРКА** предоставляет услуги курортного лечения на территории Словении.

Более 40 лет компания **КРКА** поставляет свою продукцию в Россию. На настоящий момент **КРКА** имеет собственные производственные и дистрибьюторские центры на территории РФ, которые развивает в соответствии с требованиями времени. Из более чем 200 наименований высококачественных препаратов, на российском фармрынке зарегистрированы около 160 брендов в 220 формах. Причем более 75% продукции составляют рецептурные препараты для лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний населения. Компания **КРКА** направляет большие инвестиции в РФ, и наиболее крупным вложением стало открытие фармацевтического производственного предприятия ООО «КРКА-РУС» в 2003 году в г. Истра Московской области. Завод ООО «КРКА-РУС» является одним из самых современных заводов в России, обладающий производственной мощностью в 600 млн. таблеток и 240 млн. капсул в год, на котором воплощена современная концепция производства, отвечающая требованиям EU GMP и российским фармацевтическим стандартам. В январе 2011 на территории ООО «КРКА-РУС» началось строительство второй очереди современного фармацевтического завода.

Забываясь о здоровье, компания **КРКА** планирует и в дальнейшем укреплять свои позиции как одного из ведущих производителей дженериков на фармацевтическом рынке России.

---

## РАУТ-БИЗНЕС



Компания **РАУТ-БИЗНЕС** – крупнейший поставщик медицинской техники, официальный дистрибьютор продукции ведущих мировых фирм по производству одноразовых имплантируемых устройств для сердечно-сосудистой и рентгеноэндovasкулярной хирургии.

---

## «ПФАЙЗЕР»



«Пфайзер» (Pfizer), США

Адрес: 123317 Москва, Пресненская наб., д. 10

Тел.: +7 (495) 287-50-00

Факс: +7 (495) 287-53-00

Webсайт: [www.pfizer.ru](http://www.pfizer.ru)

Применяя инновации и используя глобальные ресурсы, компания **Pfizer** работает для улучшения здоровья и самочувствия людей на каждом этапе жизни. Мы стремимся устанавливать высокие стандарты качества и безопасности проводимых исследований, разработки и производства лекарств для людей и животных. Диверсифицированный портфель продуктов компании включает биологические и низкомолекулярные препараты и вакцины для людей и животных, а также продукцию для здорового питания и ряд хорошо известных во всем мире безрецептурных препаратов. Ежедневно сотрудники **Pfizer** работают в развитых и развивающихся странах над улучшением профилактики и лечения наиболее серьезных заболеваний современности. Следуя своим обязательствам как ведущей биофармацевтической компании мира, **Pfizer** сотрудничает со специалистами здравоохранения, государственными органами и местными сообществами с целью обеспечения и расширения доступности надежной, качественной медицинской помощи по всему миру. Вот уже более 160 лет **Pfizer** старается улучшить жизнь тех, кто рассчитывает на нас.

Дополнительная информация: [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com).

## THE MEDICINES COMPANY

THE **MEDICINES** COMPANY®

**The Medicines Company** – международная фармацевтическая компания, специализирующаяся в области интенсивной терапии. Основными направлениями деятельности компании являются: кардиология, нейрореанимация, тяжелые нозокомиальные инфекции. Компания **The Medicines Company** была основана в 1996 году доктором Клайвом Минвеллом и на сегодняшний день насчитывает более 400 сотрудников по всему миру, работающих в Америке, Европе и Азии. Портфель компании включает такие известные продукты, как **Ангиокс®** (Бивалирудин, прямой селективный ингибитор тромбина) и **Клевипрекс®**. В настоящее время, компания **The Medicines Company** занимается разработкой пяти лекарственных препаратов для использования в области интенсивной терапии.

## РАЙФАРМ



Компания **Райфарм** является ведущим игроком в области оказания профессиональных услуг фармацевтическим и биотехнологическим компаниям на быстрорастущих рынках России, стран СНГ и Восточной Европы. Компания была основана в 2007 году. В настоящее время **Райфарм** включает в себя 6 офисов, с головным в Москве, и представительствами в Нью-Йорке, Киеве и Алматы. Услуги компании **Райфарм** включают в себя: регистрацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения, программы обеспечения доступности лекарственных препаратов «Market access», маркетинговые проекты, анализы рынка, продажи и дистрибуцию, лицензирование и консалтинг в фармацевтической индустрии. ООО «**Райфарм**» является официальным представителем компании **the Medicines Company** в России.

## ООО «СупраГен»



ООО «СупраГен» - отечественный производитель лекарственных препаратов.

Компания представляет собой уникальную группу квалифицированных ученых и специалистов в области биотехнологии, производства, контроля качества генно-инженерных препаратов.

Компания разработала и зарегистрировала фибринселективный тромболитический препарат **Фортелизин®** для лечения больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

---

## ТАКЕДА



«**Никомед**» входит в группу компаний «**Такеда**» с сентября 2011 года. «**Такеда**» – основанная на исследованиях и разработках глобальная компания с основным фокусом на фармацевтике. Объединенная компания имеет активное коммерческое присутствие в терапевтических областях, таких как метаболические заболевания, гастроэнтерология, онкология, кардиоваскулярные заболевания, заболевания центральной нервной системы, воспалительные заболевания и иммунные нарушения, респираторные заболевания и обезболивание.

Традиционно сильные позиции «**Такеда**» в Северной Америке, Японии и остальных странах Азии, теперь дополняются присутствием «**Никомед**» в Европе и на быстрорастущих развивающихся рынках. Объединенная компания присутствует на мировом рынке более, чем в 70 странах и занимает 12 место в мировом рейтинге в сегменте рецептурных препаратов, 14 строчку рейтинга компаний в странах БРИК и 18 строку – в европейском рейтинге.

Как крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, «**Такеда**» придерживается стремления к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины. Более подробную информацию о «**Такеда**» вы можете найти на сайте компании <http://www.takeda.com>

---

## ТЕВА



ТЕВА, Израиль

Адрес: 119049, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, дом 10, корпус 1

Тел.: +7 (495) 644-22-34

Факс: +7 (495) 644-22-35

Webсайт: [www.tevapharm.com](http://www.tevapharm.com)

Основанная более 100 лет назад на территории современного Израиля, сегодня фармацевтическая компания **Teva** является мировым лидером среди производителей генерических лекарственных средств и входит в число 15 крупнейших международных фармацевтических производителей.

Продукция **Teva** распространяется в 100 странах мира, при этом более 80% всех продаж приходится на страны Северной Америки и Европы. Каждую минуту более 2500 рецептов в мире отпускается препаратами **Teva**. Научно-производственная база компании включает: 15 научно-исследовательских центров, 59 заводов, из которых 38 по производству готовых лекарственных форм и 21 - химических субстанций. Качество производства на предприятиях компании соответствует международному стандарту GMP, а также требованиям FDA и других национальных организаций здравоохранения.

На российском рынке **Teva** присутствует с 1995 г. В декабре 2008 г. в состав Группы компаний **Teva** вошла компания **Pliva**, а в августе 2010 г. - **Ratiopharm**. Сегодня продуктовый портфель объединенной компании в России насчитывает более 130 различных препаратов в таких областях, как кардиология, пульмонология, неврология, психиатрия, остеопороз, эндокринология, инфекционные заболевания, гастроэнтерология, онкология и др. В ближайшие три года **Teva** планирует вывести на российский рынок еще более 30 новых лекарственных средств.

---

## Фармстандарт



Фармстандарт, Россия

Адрес: 141700, Россия, Московская область, г. Долгопрудный, Лихачевский проезд, д. 5 б

Тел.: +7 (495) 970-00-30

Факс: +7 (495) 970-00-32

e-mail: info@pharmstd.ru

Webсайт: www.pharmstd.ru

«Фармстандарт» - это новый символ прогресса и качества в отечественной фармацевтической промышленности.

Одним из приоритетных направлений в деятельности компании является разработка и производство современных препаратов для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Во врачебной практике уже успешно применяются такие препараты как **Блоктран**<sup>®</sup> (лозартан), являющийся наиболее изученным антигипертензивным препаратом из класса антагонистов рецепторов ангиотензина II, который доказанно снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них.

**Нитроспрей**<sup>®</sup> (спрей нитроглицерина) – более быстродействующая лекарственная форма нитроглицерина, обеспечивающая высокую скорость наступления эффекта и точность дозирования.

**Липтонорм**<sup>®</sup> (аторвастатин), один из самых эффективных и проверенных холестеринснижающих препаратов в группе статинов. **Липтонорм**<sup>®</sup> доказал свою клиническую эквивалентность оригинальному препарату. Результаты собственных исследований подтвердили высокую эффективность и безопасность Липтонорма<sup>®</sup> в реальной клинической практике. «Фармстандарт» является эксклюзивным дистрибутором препарата **Милдронат**<sup>®</sup> компании «Гриндекс» на территории России. **Милдронат**<sup>®</sup> – оригинальный корректор метаболизма, обладающий церебропротективным и кардиопротективным действием, эффективность и безопасность которого доказана в многоцентровых международных исследованиях.

## ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС»



ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС»

Адрес: 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8

Тел.: +7 (495) 363-39-66

Факс: +7 (495) 789-66-31

e-mail: moscow@egis.ru

Webсайт: http://www.egis.ru

ОАО «Фармацевтический завод ЭГИС» – один из ведущих фармацевтических производителей в Центральной и Восточной Европе со 100-летней историей и солидным именем. Свою научно-исследовательскую работу компания «ЭГИС» сконцентрировала на препаратах в области лечения сердечно-сосудистых заболеваний, психоневрологических заболеваний, заболеваний дыхательных путей, урогинекологических заболеваний.

Ежегодно «Эгис» выпускает 2 800 т активных фармацевтических ингредиентов и промежуточных продуктов, а также 4 млрд нефасованных продуктов (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, таблетки, капсулы, инъекции, продукты животного и растительного происхождения). Производство отвечает всем международным требованиям качества, включая требования Агентства по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств.

Кардиологическая программа компании «ЭГИС» в России представлена препаратами самых разных фармакологических групп, которые используются в современной кардиологии:

- **АЛЬБАРЕЛ**<sup>®</sup> (рилменидин)
- **КОРДАФЛЕКС**<sup>®</sup> (нифедипин)
- **КАРДИЛОПИН**<sup>®</sup> (амлодипин)
- **НИТРОМИНТ**<sup>®</sup> (нитроглицерин)
- **РОЗУЛИП** (розувастатин)
- **ТАЛЛИТОН**<sup>®</sup> (карведилол)
- **ХАРТИЛ**<sup>®</sup> (рампиприл)
- **ЭГИЛОК**<sup>®</sup> (метопролол)
- **ЭГИТРОМБ** (клопидогрел)

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		Кривоносова Е.П. .... 16	Р		
Аблина К.Н. .... 9		Кувычкина Н.В. .... 16	Резанова Н.В. .... 24		
Акимова Н.С. .... 7		Кугаевская А.А. .... 16	Резникова Е.А. .... 17, 18		
Александров С.А. .... 8, 24		Кудрявцева Е.Н. .... 14	Романенко В.В. .... 9		
Александров С.С. .... 8, 24		Кузнецова Т.Ю. .... 13	Рыжов В.М. .... 20		
Алферова П.А. .... 7		Куликовских Я.В. .... 22, 24	Рябов В.А. .... 13		
Андина Л.А. .... 10		Курбатов В.П. .... 10	Рябченко А.Ю. .... 19		
Андреева И.А. .... 12, 13					
Аникин В.В. .... 24					
Б		Л		С	
Баев В.М. .... 14		Ланкин В.З. .... 23		Савченко А.А. .... 17	
Бакулина А.В. .... 11		Левитин А.В. .... 16		Савченко Е.А. .... 17	
Баранова И.А. .... 16		Лесных М.В. .... 13		Саламатина Л.В. .... 12, 13	
Беллил С.М. .... 21		Ложкевич А.А. .... 20		Селезнев С.В. .... 16	
Бендерский Ю.Д. .... 10		Лопотовский П.Ю. .... 21		Стерхов А.В. .... 10	
Беспалова Ж.Д. .... 23				Стогов А.В. .... 14	
Бугаев Г.Д. .... 16		М		Суховольский В.Г. .... 10	
Буко И.В. .... 19		Максимов Н.Н. .... 10			
В		Малафеев А.В. .... 13		Т	
Вагнер Н.Е. .... 19		Малеванный М.В. .... 22, 24		Тарасов А.А. .... 17, 18	
Васильева В.П. .... 16		Малыгин А.Н. .... 13		Тимонин Д.В. .... 10	
Г		Мартынович Т.В. .... 7		Тимошин А.А. .... 23	
Гальцова О.А. .... 9		Матвеев П.Д. .... 21			
Гафарова Н.Х. .... 24		Милованова Е.В. .... 12, 13		У	
Гринштейн И.Ю. .... 17		Мироненко С.П. .... 10		Урванцева И.А. .... 12, 13, 19	
Гринштейн Ю.И. .... 10, 17		Михайлов И.П. .... 21			
Гудков И.А. .... 15		Михеев В.Б. .... 13		Ф	
Д		Михелёва Н.В. .... 19		Фоменко Е.П. .... 22, 24	
Давыдова С.С. .... 15		Мусина Ф.С. .... 11			
Дайтер И.И. .... 14		Муталова Э.Г. .... 11		Х	
К		Н		Хрипун А.В. .... 22, 24	
Какорин С.В. 9, 11, 14, 15, 22, 23		Никитина О.В. .... 21		Ч	
Калинина А.М. .... 20		Никулина В.А. .... 13		Черепанова А.А. .... 13	
Калинина Л.П. .... 16		Новикова Н.А. .... 7		Чистякова В.В. .... 22, 24	
Калинина С.А. .... 10					
Калинкина А.А. .... 22, 23		О		Ш	
Калинкин М.Н. .... 24		Обединская Н.Р. .... 10		Шандалович Э. В. .... 13	
Киршин А.А. .... 10		Обединский А.А. .... 10		Шаповалова В.П. .... 20	
Ковалев А.В. .... 10		Олишевко С.В. .... 20		Шварц Ю.Г. .... 7	
Коков Л.С. .... 21		Онучин Д.С. .... 16			
Комиссаренко И.А. .... 15		Осиев А.Г. .... 10		Э	
Кондратьева Н.В. .... 20				Эрлих А.Д. .... 11, 22, 23	
Корниенко Н.В. .... 24		П			
Косолапов Д.А. .... 21		Павлова Т.Н. .... 10		Я	
		Пелогейкина Ю.А. .... 23		Якушин С.С. .... 21	
		Персашвили Д.Г. .... 7		Ямлихина Э.Г. .... 11	
		Петровская А.В. .... 10			
		Писаренко О.И. .... 23			
		Полонецкий Л.З. .... 19			