

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

Чазов Е. И. академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

Карпов Ю. А. профессор, первый заместитель генерального директора, заместитель генерального директора по науке ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ

Чазова И. Е. профессор, директор института клинической кардиологии им. А. Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Наконечников С. Н. д. м. н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Акчурин Р. С. (Москва)

Бибилашвили Р. Ш. (Москва)

Галявич А. С. (Казань)

Голицын С. П. (Москва)

Довгалецкий П. Я. (Саратов)

Капелько В. И. (Москва)

Карпов Р. С. (Томск)

Кухарчук В. В. (Москва)

Мартынов А. И. (Москва)

Масенко В. П. (Москва)

Недогода С. В. (Волгоград)

Розенштраух Л. В. (Москва)

Рогоза А. Н. (Москва)

Руда М. Я. (Москва)

Смирнов В. Н. (Москва)

Савченко А. П. (Москва)

Самко А. Н. (Москва)

Сергиенко В. Б. (Москва)

Терещенко С. Н. (Москва)

Ткачук В. А. (Москва)

Терновой С. К. (Москва)

Чазова И. Е. (Москва)

Шалаев С. В. (Тюмень)

Шахиджанова С. В. (Москва)

Ширинский В. П. (Москва)

Шлык С. В. (Ростов-на-Дону)

КАРДИОЛОГИЯ В СВЕТЕ НОВЫХ ДОСТИЖЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Генеральный спонсор

АСТРАЗЕНЕКА

АстраЗенека 

Главные спонсоры:

САНОФИ

ООО «НОВАРТИС ФАРМА»

SANOFI 

 NOVARTIS

Спонсоры конференции:

АКТАВИС

ОАО «ГЕДЕОН РИХТЕР»

АКРИХИН

ООО «ФИЛИПС»

«БЕРЛИН-ХЕМИ / А. МЕНАРИНИ»

ООО «ШТАДА МАРКЕТИНГ»

«ВЕРВАГ ФАРМА ГмбХ и Ко.КГ»

ООО «ЭЙ энд ДИ РУС»

(Германия) г. Москва

ООО «ЮСБ ФАРМА»

ЗАО «БАЙЕР»

ООО БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ

ООО ДЖОНСОН И ДЖОНСОН МЕДИКАЛ

ПФАЙЗЕР

ЗЕНТИВА

ФАРМСТАНДАРТ

КРКА

ЭГИС

ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ

ООО «ЭББОТТ ПРОДАКТС»

НИКОМЕД, в составе ТАКЕДА

Информационная поддержка:

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В КАРДИОЛОГИИ

ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

МЕДИА МЕДИКА

СОДЕРЖАНИЕ

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	5
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ И ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	7
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ.....	7
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ.....	8
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И ПРОГНОЗА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	8
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ АДРЕНАЛИНА, НОРАДРЕНАЛИНА И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА С ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	9
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	9
ВЫРАЖЕННАЯ АСПИРИНОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	13
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СИБСОВЫХ ПАРАХ.....	14
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУТАЦИОННОЙ НАГРУЗКИ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В ОТНОШЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИБС	14
ДИНАМИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ АФЕРЕЗА ЛИПОПРОТЕИДА (А) У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ	15
ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ, РАЗВИТИЕМ ПЕРИПРОЦЕДУРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПРОГНОЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?.....	15
ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	16
ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ.....	17
К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ СТАТИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	19
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	20
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ ЛЕТ	20
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	21
КОНЦЕНТРАЦИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ – 9 И ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ- 1 В КРОВИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ	22
КУМУЛЯТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГЕНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИНФАРКТУ МИОКАРДА	22
НИФЕРИДИЛ КАК СРЕДСТВО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	24
ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	24
ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	25
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	25
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	26
ОСОБЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОК ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	26

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ.....	27
ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ГЕНЕТИЧЕСКИ-ОБУСЛОВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	27
ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ОБОИХ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	28
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В МЕНОПАУЗЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ АМПРИЛАН	28
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ РЧА-ПРОЦЕДУРЫ COX-MAZE IV СИСТЕМОЙ ADHERE У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	29
ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОРТОПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	29
ПРИМЕНЕНИЕ АФЕРЕЗА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	32
ПРОГРАММА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	33
ПРОГРЕСС В РАЗРАБОТКЕ ПРОТИВООТЕЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПЕПТИДНОЙ ПРИРОДЫ.....	33
РОЛЬ TRP64ARG ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β 3-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	34
РОЛЬ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В РЕГУЛЯЦИИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	34
СВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ СО СТЕНОЗОМ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	35
СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ.....	35
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ЛОЗАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	36
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	36
ТОЛЩИНА ИНТИМО-МЕДИАЛЬНОГО СЛОЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОР РИСКА В ОЦЕНКЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АТЕРОСКЛЕРОЗУ	37
ТРОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ	37
УРОВЕНЬ МАННОЗО-СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЛЕКТИНА И ФАКТОРОВ АКТИВАЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	38
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСОКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	38
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	39
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ	39
ХРОНИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ В СМЕШАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	40
ХРОНИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У ЖЕНЩИН С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ?.....	40
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ - ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	41
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	41

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

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Мирсайдуллаев М.М. (млад.),
Мирсайдуллаев М. М., Ортиков М. М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение (цели/задачи):

Динамическое проспективное наблюдение в течение одного года за показателями эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов, перенесших первый в жизни инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ) в зависимости от динамики артериальной гипертензии (АГ) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Материал и методы:

Нами были обследованы 42 больных, находившихся на лечении по поводу острого Q-ИМ, в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст $54,33 \pm 0,47$ года). Для диагностики АГ мы пользовались критериями ВОЗ и Международного общества по АГ. Критерием ГЛЖ считали наличие, по крайней мере, двух из трех показателей: гипертрофии стенок ЛЖ (толщины задней стенки ЛЖ в диастолу и/или толщины межжелудочковой перегородки в диастолу), равной 1,1 см и более; массы миокарда (ММЛЖ) более 183 г у мужчин и 141 г у женщин; индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) свыше 134 г/м² у мужчин и 110 г/м² у женщин.

Результаты:

ГЛЖ была диагностирована у 33 пациентов через 3 недели после ИМ, что составило 78,6%. Из них у 6 больных (14,2%) ГЛЖ обнаружена без сопутствующей АГ и у 36 пациентов ГЛЖ была на фоне АГ, что составило 85,6%. Всем больным при выписке из стационара была назначена адекватная терапия АГ (ингибиторы АПФ, β -блокаторы, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов ангиотензина II, диуретики). В динамике при повторной ЭхоКГ через год после инфаркта ГЛЖ была выявлена у 26 (61,9%) больных. При этом у 2 больных (4,7%) было отмечено формирование ГЛЖ. Сохранилась ГЛЖ у 27 (64,2%) больных в течение года после ИМ. АГ через год после ИМ сохранялась у 23 пациентов (54,8%) и обнаружена впервые у 1 (2,3%) больных. В динамике при повторной ЭхоКГ данные ММЛЖ и ИММЛЖ снизились у 24 (57,1%) пациентов, увеличились – у 3 (7,1%) и, соответственно, не изменились у 15 (35,7%) больных. При сравнительном анализе было выявлено, что положительные сдвиги в показателях ЭхоКГ были получены у пациентов, в лечении которых удалось добиться целевого артериального давления (АД).

Заключение:

Показатели ЭхоКГ, отражающие ГЛЖ, после перенесенного ИМ являются критериями адекватности лечения АГ. Достижение целевого АД в течение одного года после ИМ позволяет противостоять процессам постинфарктного ремоделирования.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПОВОЛЕМИЯ: ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Берникова С. В.

ГБУЗ ГБ№15 ОАР, г. С.-Петербург

Введение (цели/задачи):

Выраженная артериальная гипертензия (ВАГ) и тяжёлая гиповолемия, приводящая к глубокой гипотензии (ГГ), при введении гипотензивных препаратов (ГП), является целью нашего исследования. Задачей врача является предотвращение витальных расстройств.

Материал и методы:

Данное исследование проведено на 70 пациентах с ВАГ от 58 до 82 лет в периоперационный период при вмешательствах по поводу перитонита, кишечной непроходимости, желудочного кровотечения, холециститах и пр., сопровождающееся ГГ при коррекции ГП. Использовались ГП: пентамин, нитроглицерин, дроперидол, папаверина гидрохлорид. Сравнивались методы коррекции ГГ: 1) вазопрессоры и гормоны; 2) инфузия кристаллоидов; 3) сочетание коллоидно-кристаллоидных препаратов с титрованием ГП, как метод предотвращающий ГГ.

Результаты:

1 группа характеризовалась повтором ВАГ, создавая «порочный круг», т.к. вновь создавался высокий уровень адреналинемии; во 2 группе не удавалось быстро компенсировать ОЦК на фоне избыточной вазодилатации или фазы декомпенсации; в 3 группе наиболее эффективно предотвращалась ГГ путём инфузии полиглюкина и кристаллоидов при нормальных цифрах АД. Критериями адекватности служили уровень ЧСС, диастолического АД, ЦВД, диурез.

Заключение:

Фактор соответствия ОЦК и объёма сосудистого русла должен лежать в основе терапии. По-видимому, не высокая адреналинемия, а компенсация растворами без избыточной вазодилатации, на нормальных цифрах АД – решение проблемы у данной категории пациентов.

АФЕРЕЗ ЛИПИДОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Ильина Л. Н., Ежов М. В., Сафарова М. С.,
Афанасьева М. И., Власова Э. Е., Адамова И. Ю.,
Коновалов Г. А., Акчурин Р. С., Покровский С. Н.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние афереза липидов на клиническое состояние и проходимость шунтов в течение первого года после операции коронарного шунтирования (КШ) у больных с гиперлипидемией, рефрактерной к терапии статинами (холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) >2,5 ммоль/л).

Материал и методы:

В 52-недельное, проспективное, открытое, контролируемое исследование включили 34 мужчины после операции КШ: в основной группе 17 человек на фоне базовой терапии аторвастатином получали процедуры афереза липидов (4 пациента – иммуносорбцию на колонках ЛНП Липопак® (НПФ «ПОКАРД» Россия), 13 больных – каскадную плазмофильтрацию на фильтрах «Evaflux5A» (Kawasumi Lab., Inc., Япония), в контрольной группе 17 человек получали монотерапию аторвастатином. Через год всем больным выполняли коронарошунтографию.

Результаты:

Исходно группы были сопоставимы по клиническим, биохимическим и ангиографическим параметрам. Среднее количество дистальных венозных анастомозов составило 3,2 на пациента. В группе активной терапии происходило существенное снижение за одну процедуру концентрации общего холестерина – на 51-55%, триглицеридов – на 51-57%, ХС ЛНП – на 65-72%, липопротеида(а) – на 65-70%. Процедуры проводились в среднем 1 раз в 10 дней и удовлетворительно переносились больными. При оценке проходимости дистальных венозных анастомозов отмечено, что проведение процедур афереза липидов в течение года сопровождалось более редким окклюзирующим поражением шунтов (11% в сравнении с 27% на фоне монотерапии аторвастатином, $p=0,05$).

Заключение:

В рамках проспективного контролируемого исследования показано, что применение афереза липидов в течение 12 месяцев у больных после операции коронарного шунтирования с рефрактерной к терапии статинами гиперлипидемией ассоциируется с более низкой частотой окклюзирующего поражения венозных анастомозов.

БЕСПРОВОДНАЯ ПЕРЕДАЧА БИОМЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ В ВЫЯВЛЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЙ

Радужкевич В. Л., Барташевич Б. И., Терехов А. В.

Воронежская Государственная
Медицинская Академия МУЗ ГО, ГКБСМП
№1, ООО «СТАДИС», г. Воронеж

Введение (цели/задачи):

Своевременное выявление угрожающих жизни состояний у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является важной задачей. Внедрение в клиническую практику компьютерных и телекоммуникационных технологий прямой передачи биомедицинских данных способно значительно повысить качество помощи в случаях, когда необходим контроль удаленно находящегося пациента в реальном масштабе времени. Целью исследования является оценка возможности использования аппаратно-программного комплекса беспроводной передачи биомедицинских данных о состоянии человека «Орбита» (АПК «Орбита») и системы портативных носимых на теле биомедицинских приборов для дистанционной диагностики и оценки состояния больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы во время их обычной профессиональной деятельности, а также на этапах оказания им медицинской помощи.

Материал и методы:

Для достижения поставленной задачи осуществлялась локальная регистрация биомедицинских данных с помощью размещенных на теле испытуемых портативных датчиков и биомедицинских устройств. Для обеспечения работы АПК «Орбита» использовались аппаратные и программные элементы: приемо-передающий модуль GSM, специализированное программное обеспечение «Орбита-Сервер» и «Орбита-Клиент», портативные носимые беспроводные биомедицинские приборы и датчики для измерения индивидуальных биомедицинских показателей пациента (автоматический портативный тонометр, портативный пульсоксиметр, портативный электрокардиограф, беспроводный датчик измерения температуры тела и др.).

Результаты:

Предварительные испытания показали, что АПК «Орбита» обеспечивает автоматическую передачу файлов с цифровыми биомедицинскими данными от автоматического портативного тонометра и других биомедицинских приборов, имеющих порт RS-232 или аналоговый выход, на сервер «Орбита». Факт передачи информации и конец передачи при этом инициируется моментом подачи и снятия питания с биомедицинского прибора, а резервирование каналов передачи информации в сети GSM происходит автоматически с буферизацией информации в случае разрыва соединения. Использование функции репитера сигналов сети GSM позволяет повысить уровень сигнала связи, улучшить качество связи, увеличить скорость интернет соединения через GPRS и предотвратить обрывы соединений. При отсутствии подтверждения о целостности переданных данных от приемного сервера «Орбита» АПК осуществляет автоматический повтор передачи информации. Возможен одновременный прием текущих биомедицинских данных от прибора регистрации и передачу файлов с биомедицинскими данными на сервер «Орбита» в авто-

матическом режиме с обеспечением сетевого и многопользовательского защищенного доступа к биомедицинской информации пациентов с удаленных рабочих мест медицинского персонала.

Заключение:

АПК «Орбита» позволяет успешно осуществлять передачу биомедицинской информации и регистрацию клинически значимых изменений состояния испытуемого в режиме реального времени. Испытания показали, что устройство позволяет успешно осуществлять дистанционную оценку состояния пациентов во время выполнения ими своих профессиональных обязанностей и своевременно диагностировать развитие угрожающего жизни состояния.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ И ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ильина О. А., Коломеец Д. Б.

БСМП им. Н.А.Семашко, Медицинский институт ОГУ, г. Орёл

Введение (цели/задачи):

Прогностическая оценка постинфарктных больных с позиций профилактики развития хронической сердечной недостаточности (ХСН), всегда важна для врача практической кардиологии. Профилактировать развитие ХСН у постинфарктных больных основная задача врача. Больные, пережившие крупноочаговый инфаркт миокарда, имеют повышенный риск внезапной смерти (ВС). Предиктором развития тяжелой ХСН и ВС, по литературным данным, может являться вариабельность ритма сердца (ВРС) с оценкой турбулентности. Динамическое суточное мониторирование ЭКГ важный тест прогноза постинфарктных больных. Целью исследования явилось изучение диагностического значения ВРС с оценкой турбулентности у больных ИБС с ранним крупноочаговым постинфарктным кардиосклерозом (ПКС) и высокой вероятностью развития тяжелой ХСН.

Материал и методы:

ВРС исследовалась при помощи суточного мониторирования ЭКГ аппаратом Кардиотехника – 04-8(М), С-Петербург. В исследование включено 27 больных ИБС с ПКС и ХСН 1-2А ФК. Критерием отбора было наличие синусового ритма. Средний возраст больных 56±8,9 лет. Включение больных в исследование проводилось по истечении 2 месяцев после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда. Пациенты получали стандартную терапию. Обследование проводилось трехкратно в течение 6 месяцев. Анализ ВРС выполнялся по стандартной интегральной методике Г.В. Рябыкиной и А.В.Соболева, с помощью автоматического алгоритма в период бодрствования и сна. Определялись рекомендованные количественные и спектральные показатели ВРС. Проводилась эхокардиография. Рассчитывались корреляционные связи. Конечные точки: повторный инфаркт, усиление ХСН, госпитализация, летальный исход.

Результаты:

По данным исследования у пациентов через 2 месяца после инфаркта миокарда в 66,6 % выявлено снижение ВРС и изме-

нение частотных характеристик с последующим снижением до 51,8% через 2 месяца и 37% к концу года, на фоне стандартно проводимой терапии. В этой когорте у 37% пациентов исходно выявлено выраженное снижение количественных и дисбаланс частотных показателей в период бодрствования и сна. В последней группе оказались и все пациенты с регистрируемыми конечными точками 3,7% - летальный исход, 11,1% - госпитализация, 3,7% - повторный инфаркт, 14,8% - усиление ХСН. Проведенный корреляционный анализ подтвердил стойкую прямую связь между ультразвуковыми показателями сократимости миокарда и снижением ВРС. Достоверные корреляционные связи были выявлены между индексами конечнодиастолического и конечносистолического объемов ЛЖ, с одной стороны, и показателями ВРС, с другой.

Заключение:

Анализ ВРС в клинической практике представляет диагностически значимые показатели для прогноза и рекомендуется к использованию практическим врачам. Снижение ВРС является фактором риска развития ХСН и ВС у больных ПКС.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Зуева А. А., Жигжитова Е. Б., Жилина А. А., Устинова Е. Е.

Читинская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Пациентки с хирургической менопаузой представляют собой группу высокого риска развития артериальной гипертензии и ИБС. Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) позволяет количественно оценить уровень регулирующих вегетативных влияний на сосудистый тонус и сердечную деятельность. Цель: изучить особенности вариабельности ритма сердца у женщин с хирургической менопаузой.

Материал и методы:

Обследованы 31 женщина (46,1±3,1лет) с хирургической менопаузой, вызванной билатеральной овариоэктомией с сохранением или удалением матки. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин (средний возраст 45±3,6 года) с сохраненной менструальной функцией, не имеющих гинекологической и соматической патологии. Для оценки временных и спектральных показателей ВРС проводилось мониторирование ЭКГ аппаратом «Кардиотехника 4000» на протяжении 24 часов. Статистическая обработка проведена с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты:

У женщин с хирургической менопаузой показатель общей мощности спектра (Tr) был снижен на 19,5% ($p<0,05$), значительно была снижена также мощность в диапазонах VLF и LF – в среднем на 15,6% и 24,5%, соответственно ($p<0,05$), и в максимальной степени было выражено снижение мощности спектра в диапазоне HF - на 45%. Коэффициент, характеризующий вегетативный баланс (LF/HF) был увеличен на 40,7%

и составил 3,8 при норме 2-3. Исследования показателей ВРС во временной области подтвердили выявленные изменения, поскольку отмечено снижение показателей, характеризующих как симпатическую (SDNN, SDNNi), так и вагусную активность (рNN50 и rMSSD) ($p < 0,05$).

Заключение:

У пациенток с хирургической менопаузой снижение спектральных и временных показателей ВРС происходило преимущественно за счет уменьшения периферических вагусных влияний и сопровождалось увеличением относительного вклада центральных нейрогуморальных влияний при одновременном смещении вегетативного баланса в сторону преобладания активности симпатического отдела ВНС, что свидетельствует о снижении устойчивости организма прооперированных женщин к возникновению поражений сердечно-сосудистой системы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ

Мухтаренко С. Ю., Мураталиев Т. М., Неключдова Ю. Н., Звенцова В. К., Махмутходжаев С. А., Окунова А. А.

Национальный центр кардиологии и терапии, г. Бишкек, Кыргызстан

Введение (цели/задачи):

Изучить взаимосвязь выраженности симптомов депрессии и показателя качества жизни (КЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС), документированной данными коронароангиографии.

Материал и методы:

Обследован 91 больной КБС (средний возраст $53,6 \pm 9,0$ лет). Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) проведено 26 (28,4%) пациентам, операция коронарного шунтирования (КШ) - 18 (19,8%) и 47 больным (51,6%) проводилось только медикаментозное лечение. Для диагностики депрессии использовали шкалу депрессии Бека (BDI), а для оценки КЖ - модифицированный Сизтлский опросник для больных стенокардией (МСОС).

Результаты:

У всех обследованных общий балл ($14,3 \pm 9,7$) по шкале BDI свидетельствовал о легкой степени депрессивных расстройств. При анализе показателей депрессии в сравниваемых группах более высокое его значение было отмечено в группе больных, которым проводилась только медикаментозная терапия по сравнению с группой больных ЧКВ ($16,9 \pm 10,8$ и $9,0 \pm 6,7$ соответственно, $p < 0,001$). Среди больных, прошедших реваскуляризацию в группе КШ депрессия, по шкале BDI, встречалась достоверно выше в сравнении с группой ЧКВ ($15,0 \pm 7,6$ и $9,04 \pm 6,6$ соответственно, $p < 0,009$). Необходимо также отметить, что отсутствие депрессивных симптомов чаще встречалось в группе больных ЧКВ (61,5%) по сравнению с группой больных КШ (33,3%), а наименьшая - у больных без реваскуляризации (14,9%). Симптомы тяжелой де-

прессии отмечались только в группе больных медикаментозной терапии (8,5%), а выраженная степень депрессии отмечалась у больных КШ (27,7%). КЖ было достоверно выше в группе больных ЧКВ ($27,1 \pm 4,5$), по сравнению с группой больных, получавших только медикаментозное лечение ($23,9 \pm 5,6$, $p < 0,005$).

Заключение:

Отмечается обратно пропорциональная зависимость между значениями показателя КЖ по МСОС и депрессии по шкале BDI при сравнении групп больных только медикаментозного лечения и ЧКВ. Наличие более высокой степени выраженности депрессивных расстройств в группе больных КШ по сравнению с ЧКВ, необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных программ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И ПРОГНОЗА ПРИ РАЗЛИЧНОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кошелева Н. А., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Введение (цели/задачи):

Определить взаимосвязь жесткости артерий и прогноза при различном ведении больных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

Включены 211 больных с ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. Пациенты рандомизированы в группу I ($n=106$) - активного ведения и группу II ($n=105$) - стандартного ведения. Амбулаторный контроль у пациентов I группы осуществлялся посредством телефонных контактов - 1 раз в месяц на протяжении трех лет. Амбулаторного наблюдения за группой II не было. Исследование жесткости артерий проводили на артериографе «TensioClinic» (Венгрия).

Результаты:

У пациентов II группы с первого года уменьшается время возврата пульсовой волны ($100,3 \pm 27,1$ с и $110,4 \pm 30,0$ с, $p < 0,05$) по сравнению с исходными данными, со второго года повышается систолическое давление в аорте ($128,4 \pm 22,2$ мм рт. ст. и $116,8 \pm 10,2$ мм рт. ст., $p < 0,05$) и укорачивается время изгнания крови из ЛЖ ($290,0 \pm 27,0$ с и $302,8 \pm 25,0$ с, $p < 0,05$) по сравнению с показателями лиц контрольной группы. У больных II группы скорость пульсовой волны в аорте с первого года ($12,1 \pm 3,1$ м/с и $10,5 \pm 2,9$ м/с; $p < 0,05$), а индекс аугментации плечевой артерии через три года ($7,5 \pm 20,9\%$ и $-3,6 \pm 25,2\%$; $p < 0,05$) выше по сравнению с показателями пациентов I группы. В течение трех лет у пациентов I группы отмечалось уменьшение числа госпитализаций, обусловленных декомпенсацией ХСН, по сравнению с больными II группы ($p < 0,05$).

Заключение:

Одним из факторов ухудшения прогноза у больных ХСН группы стандартного ведения явилось прогрессирование нарушений жесткости артерий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ АДРЕНАЛИНА, НОРАДРЕНАЛИНА И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА С ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Шебеко П. В., Кузнецов В. А., Енина Т. Н.,
Мельников Н. Н., Солдатов А. М., Рычков А. Ю.

Тюменский кардиологический центр

Введение (цели/задачи):

Мозговой предшественник натрийуретического пептида (NT-proBNP) является общепризнанным объективным маркером тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с имплантированными устройствами для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ). Поиск новых независимых биомаркеров тяжести ХСН у данной группы больных продолжается. Уровни адреналина (Адр) и норадреналина (НАдр) у больных с ХСН повышены. Соотношение основных катехоламинов у больных с имплантированными устройствами для СРТ изучено недостаточно. Изучить взаимосвязь коэффициента Адр/НАдр и плазменных уровней NT-proBNP между собой, а также со структурно-функциональными характеристиками сердца у больных с ХСН и имплантированными устройствами для СРТ.

Материал и методы:

Было обследовано 77 пациентов (85,7% - мужчины; 55±10 лет) с кардиомиопатией ишемического (68,8%) и неишемического (31,2%) генеза с имплантированными устройствами для СРТ, у 29 (37,7%) из которых регистрировалась фибрилляция предсердий. У 72,7% больных в анамнезе была артериальная гипертензия. 10,4% больных имели I функциональный класс (ФК) по классификации NYHA, 44,2% - II, 33,8% - III, 11,7% - IV. Был проведен корреляционный анализ значений коэффициента Адр/НАдр, уровней NT-proBNP в плазме, данных эхокардиографии, ФК ХСН по классификации NYHA.

Результаты:

Были выявлены следующие корреляции: уровень NT-proBNP и коэффициент Адр/НАдр положительно коррелировали с ФК ХСН по классификации NYHA ($r=0,335$; $p=0,005$ и $r=0,235$; $p=0,040$ соответственно), с конечно-систолическим ($r=0,503$; $p<0,001$ и $r=0,267$; $p=0,021$ соответственно) и конечно-диастолическим объемами левого желудочка (ЛЖ) ($r=0,347$; $p=0,004$ и $r=0,253$; $p=0,027$ соответственно). С фракцией выброса ЛЖ уровень NT-proBNP и коэффициент Адр/НАдр имели отрицательные корреляционные связи ($r= - 0,620$; $p<0,001$ и $r= - 0,249$; $p=0,031$ соответственно). Между коэффициентом Адр/НАдр и уровнем NT-proBNP была выявлена достоверная положительная корреляция ($r=0,293$; $p=0,014$).

Заключение:

Выявленные однонаправленные корреляции соотношения Адр/НАдр и плазменного уровня NT-proBNP с основными структурно-функциональными характеристиками сердца, а также достоверная взаимосвязь между Адр/НАдр и уровнем NT-proBNP повышают значимость этого коэффициента в качестве биомаркера тяжести ХСН у больных с имплантированными устройствами для СРТ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Махмутходжаев С. А., Мураталиев Т. М.,
Неклюдова Ю. Н., Звенцова В. К.

Национальный центр кардиологии и
терапии, г.Бишкек, Кыргызстан

Введение (цели/задачи):

Изучить распространенность факторов риска (ФР) и их влияние на степень поражения коронарных артерий у больных с коронарной болезнью сердца (КБС).

Материал и методы:

Обследовано 266 пациентов с диагнозом КБС, находившихся на лечении в Национальном центре кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова. В разработанную нами унифицированную регистрационную форму вносилась общая информация о пациенте, включающая социально-демографический статус, антропометрические данные, наличие документированных ФР КБС, сопутствующие заболевания, данные селективной коронароангиографии. Учитывались локализация, протяженность и выраженность атеросклеротического поражения коронарного русла.

Результаты:

Из обследованных 266 больных в возрасте 35-75 лет (средний возраст 53,8±9,0 лет), страдающих КБС 239 (90,0%) составили мужчины и 27 (10,0%) – женщины. Стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) отмечена у 11,3%, ФК III – у 78,9%, ФК IV – у 9,8% больных. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 100 (37,6%) больных. Из сопутствующих заболеваний у 165 (62,2%) обследованных регистрировалась гипертоническая болезнь, 161 (60,5%) имели ожирение и 36 (13,4%) больных страдали сахарным диабетом. Уровень общего холестерина (ОХ) был повышен у 132 (49,5%) больных. По данным коронароангиографии у всех больных КБС выявлено гемодинамически значимое поражение коронарного русла: 1-сосудистое поражение у 112 (42,1%), 2-х – сосудистое – у 97 (36,5%) и 3-х-сосудистое – у 57 (21,4%) больных. При изучении взаимосвязи между ФР и степенью поражения коронарных артерий была получена достоверная корреляционная зависимость с уровнем ОХ ($r=0,25$, $p<0,002$), артериальной гипертензией ($r=0,16$, $p<0,01$), сахарным диабетом ($r=0,13$, $p<0,02$), возрастом ($r=0,13$, $p<0,02$), а также их сочетанием ($r=0,29$, $p<0,001$). Степень поражения коронарного русла не зависела от наличия у больных ожирения ($r=0,04$, $p>0,05$).

Заключение:

Выявлена высокая распространенность ФР у больных с КБС. Число атеросклеротически пораженных коронарных артерий увеличивается с возрастом и зависит от наличия таких весо-вых ФР, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и сахарный диабет, а их сочетание ассоциируется с многососудистым поражением коронарных артерий.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Карлов А. А., Карлова Н. А., Мазур Н. А., Золозова Е. А., Саютина Е. В., Чигинева В. В.

РМАПО, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Цель работы: изучение влияния снижения артериального давления (АД) на состояние кровотока в артериях нижних конечностей при наличии гемодинамически значимых стенозов.

Материал и методы:

Включено 29 больных гипертонической болезнью (ГБ), у которых были выявлены значимые стенозы артерий нижних конечностей. Средний возраст - 68 лет. Стенокардия II – IV ф/к была у 25 пациентов, 14 - имели в анамнезе инфаркт миокарда, 10 - операцию коронарного шунтирования или коронарное стентирование. До включения в исследование больные принимали гипотензивные препараты, но их эффективность не была достаточной. АД оценивалось при офисном измерении и при суточном мониторинге (СМАД). Методом объемной сфигмографии определялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) – функциональный показатель кровообращения в нижних конечностях. Проводилось анкетирование с использованием опросника нарушения ходьбы (WIQ), для оценки толерантности к нагрузкам и качества жизни. Подбиралась гипотензивная и антиангинальная терапия с использованием антагонистов кальция, β -адреноблокаторов, иАПФ в целевых дозах, назначались статины и, после стабилизации АД - аспирин. Обследование проводилось исходно и через 6 месяцев лечения.

Результаты:

Исходно уровень офисного АД составил в среднем 156/88 мм рт.ст., среднесуточное АД по данным СМАД - 138/81 мм рт.ст. На фоне терапии через 6 месяцев офисное АД в среднем - 125/76 мм рт.ст., среднесуточное АД по данным СМАД - 119/71 мм рт.ст. Уровень ЛПИ исходно в среднем - 0,77, через 6 месяцев - 0,78 ($p > 0,05$). Анализ результатов анкетирования WIQ после 6 месяцев лечения показал увеличение толерантности к физическим нагрузкам за счет уменьшения явлений перемежающей хромоты и за счет регресса стенокардии.

Заключение:

У больных ГБ, в сочетании с атеросклерозом артерий нижних конечностей, при снижении АД до целевого уровня не происходит ухудшения кровотока в пораженных артериях. Назначение адекватной терапии приводит к улучшению качества жизни за счет увеличения толерантности к нагрузкам.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТОЙ И АТОРВАСТАТИНОМ НА МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ЛИПОПРОТЕИДА (А)

Артемьева Н. В., Ежов М. В., Уткина Е. А., Сафарова М. С., Трипотень М. И., Балахонова Т. В., Лякишев А. А., Покровский С. Н.
ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние терапии никотиновой кислотой (НК) в комбинации с аторвастатином на маркеры атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с повышенным уровнем липопропротеида(а) [Лп(а)].

Материал и методы:

В проспективное контролируемое исследование включили 122 больных (средний возраст 54 ± 6 лет, 102 мужчины) с ангиографически документированной ИБС и уровнем Лп(а) ≥ 30 мг/дл. Все больные получали базовую терапию аторвастатином для поддержания холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) $\leq 2,5$ ммоль/л. Пациенты основной группы ($n=61$) принимали препарат НК 1,5 г/сут, контрольная группа состояла из 61 больного. Исходно, через 6 недель и 6 месяцев лечения в сыворотке крови определяли липиды крови, Лп(а); исходно и через 6 месяцев – следующие маркеры: высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), интерлейкины 6 и 10 (ИЛ-6, ИЛ-10), окисленные липопротеиды низкой плотности (окЛНП), липопротеид-ассоциированную фосфолипазу А2 (Лп-ФЛА2), моноцитарный хемоаттрактантный протеин 1 (МСР1), измеряли толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) общих сонных артерий (ОСА) с помощью ультразвукового дуплексного сканирования.

Результаты:

Присоединение препарата НК в высокой дозе к базовой терапии аторвастатином привело к достоверному снижению уровня Лп(а) на 31%, ХС ЛНП на 24%, ТГ на 21%, Лп-ФЛА2 на 32%, а также к повышению ХС ЛВП на 11%, тогда как в контрольной группе существенных сдвигов в липидном спектре крови не произошло. Концентрации вчСРБ, окЛНП, ИЛ-6, ИЛ-10, МСР1 достоверно не изменялись в обеих группах. Комбинированное лечение НК с аторвастатином на протяжении 6 месяцев привело к уменьшению ТИМ правой и левой ОСА в среднем на 0,05 мм (-9,4%, $p < 0,05$) в сравнении с исходными значениями. В контрольной группе состояние ТИМ ОСА значимо не изменилось.

Заключение:

Комбинированная терапия никотиновой кислотой замедленного высвобождения и аторвастатином у больных ИБС с повышенным уровнем Лп(а) приводит к уменьшению толщины комплекса интима-медиа сонных артерий уже через 6 месяцев лечения за счет положительных сдвигов в уровне липидов крови.

ВЛИЯНИЕ МИЕЛОПИДА НА ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ИБС

Каменев В. Ф.

ГБОУ ВПО РНИМУ, Кафедра
госпитальной терапии л/ф**Введение (цели/задачи):**

Учитывая, что для атеросклероза, характерна дисфункция в системах иммунитета и фибринолиза, мы изучили возможность коррекции этих нарушений миелолипидом.

Материал и методы:

При оценке фибринолитической системы крови определяли количество фибриногена и фибринолитическую активность крови по Lasar N. (1967) и иммуноферментным методом; активность кровяного активатора плазминогена по Januszko N. D. et Dubinska L. (1985); антиплазминовую активность крови по Niewiarowski S. (1969); продукты деградации фибриногена по Nanniga L. B., Guest M. (1967) и иммуноферментным методом, наличие на лимфоцитах рецепторов к урокиназе (Eu-РОК) по Bratchik A.M., Beloglazov V. A. et al., (1988); Статистическую обработку данных проводили на компьютере IBM PC/AT с использованием программы «Microsoft Excel» с применением вариационных методов статистики Фишера-Стьюдента. Обследовано 32 больных, страдающих кардиальным атеросклерозом в возрасте от 38 до 63 лет (средний возраст – 54±1,3 года), из них 12 больных страдали стабильной стенокардией II-III функциональных классов, 10 – симптоматической гипертонией и 10 – нарушениями сердечного ритма. Миелолипид применяли в дозе 6 мг на протяжении 4-5 дней. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц. Фибринолитическую систему у больных оценивали дважды: до начала лечения и при выписке из стационара.

Результаты:

Под влиянием миелопида повышается активность кровяного активатора плазминогена с 62,4 ±2,39% до 80,4±3,2% (p<0,001), хотя относительно нормы она остаётся сниженной (p<0,001), снижается содержание фибриногена с 4,51±0,24 г/л до 3,78±0,18 г/л (p<0,05). Наблюдается уменьшение урокиназной активности мочи – с 649,8±14,5 мм2 до 503,8±10,1 мм2 (p<0,01). Антиплазминовая активность крови как до, так и после лечения не отличались от нормальных цифр.

Заключение:

Выявленное снижение под влиянием миелопида урокиназной активности мочи, с параллельным ростом уровня урокиназоположительных лимфоцитов у больных атеросклерозом, можно рассматривать как саногенетический механизм, проявляющийся в захвате урокиназы рецепторами лимфоцитов и транспортировке ее в места повышенной потребности. Таким образом, миелолипид способствует росту фибринолитической активности крови при атеросклерозе.

ВЛИЯНИЕ МОКСОНИДИНА НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Срождинова Н. З., Тухтаев А., Курбанов Р. Д.

Республиканский Центр Кардиологии
РСЦК, Ташкент, Узбекистан**Введение (цели/задачи):**

Изучить выраженность инсулинорезистентности (ИР) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) и оценить влияние моксилидина на ИР.

Материал и методы:

В исследование были включены 46 больных мужчин АГ I-II степени с МС. Средний возраст больных составил 41,7±9,1 лет. МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2005. Уровень инсулина определяли методом ИФА наборами Beckman Coulter™. Для определения инсулинорезистентности использовали индекс НОМА. При индексе НОМА>2,77 пациентов считали инсулинорезистентными. Больным было назначена монотерапия с моксилидином (Физиотенз, «Abbott Laboratories», США) в фиксированной дозе 0,4мг/сут в течение 12-недель.

Результаты:

Среди обследованных больных 17,4% имели избыточный вес, 67,4% - ожирение I степени, 13% - ожирение II степени и 2,2% - ожирение III степени. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 32,0±2,7 кг/м², ОТ – 109,1±10,0см. На фоне 12-ти недельной терапии с моксилидином отмечено достоверное снижение ИМТ до 30,8±2,8кг/м² (p=0,000) и уменьшение ОТ до 105,9±9,9см (p=0,000). Антигипертензивная эффективность терапии была высокой: САД снизился с 145,1±8,5 мм рт.ст. до 127,9 ±8,9мм рт.ст., p=0,000, ДАД – с 92,2±4,6 мм рт.ст. до 79,8 ±4,7мм рт.ст., p=0,000, АД ср. 109,9±4,4 мм рт.ст. до 95,8±5,0мм рт.ст., p=0,000. К концу терапии уровень гликемии натощак и через 2 ч. после приема глюкозы не изменился. При этом применение моксилидина приводило к достоверному снижению уровня инсулина с 9,15±4,6 мМЕ/мл до 7,4±3,7 мМЕ/мл, p=0,017., что сопровождалось достоверным снижением индекса НОМА от 2,27±1,3 до 1,78±0,92(p=0,03).

Заключение:

Моксилидин наряду с высокой антигипертензивной эффективностью способствует снижению ИР у больных с АГ и МС.

ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА УРОВНИ ЦИТОКИНОВ И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА

Солдатов А. М., Кузнецов В. А.,
Енина Т. Н., Шебеко П. В., Рычков А. Ю.

Тюменский кардиологический центр

Введение (цели/задачи):

Изучение влияния сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) на показатели медиаторов воспаления и уровень натрийуретического пептида (NT-proBNP) в остром, раннем и отдаленном периодах после имплантации устройств для СРТ.

Материал и методы:

Было обследовано 37 пациентов (средний возраст 55,1±7,1 года, 81,1% мужчин) с ХСН ишемического (67,6%) и неишемического (32,4%) генеза, 43,2% (n=16) с фибрилляцией предсердий. Всем пациентам исходно, в сроках 1 неделя (n=37), 1 месяц (n=31), 6 месяцев (n=23) после имплантации устройств для СРТ была выполнена эхокардиография, исследованы уровни NT-proBNP, интерлейкинов 1b, 6, 10, фактора некроза опухоли-α, С-реактивного белка, эндотелина-1, оксида азота, сердечного тропонина I, галектина-3, миелопероксидазы. По динамике уменьшения конечно-систолического объема левого желудочка пациенты были разделены на 2 группы: снижение ≥15% - респондеры (64,9%) и <15% - нереспондеры (35,1%). Группы достоверно не отличались по основным клиническим характеристикам, частоте встречаемости фибрилляции предсердий. В группе нереспондеров достоверно чаще выявлялся перенесенный инфаркт миокарда 53,8% против 12,3% в группе респондеров (p=0,04).

Результаты:

В группе респондеров во всех сроках наблюдения было выявлено достоверное снижение уровней NT-proBNP: в остром послеоперационном периоде (7 дней после имплантации) с 2822,8±1832,7 пг/мл до 1436,0±926,8 пг/мл (p=0,004); в раннем периоде (1 месяц) до 1223,3±606,8 пг/мл (p=0,002); в отдаленном периоде (6 месяцев) до 1076,3±854,6 пг/мл (p=0,013). Также в сроке 1 месяц было выявлено снижение уровня СРБ с 5,6±4,4 мг/л до 2,9±2,5 мг/л (p=0,046) и уровня ИЛ-6 с 4,8±3,9 пг/мл до 3,2±1,8 пг/мл (p=0,031). В группе нереспондеров во всех сроках наблюдения влияния СРТ на медиаторы воспаления и уровень NT-proBNP не было выявлено.

Заключение:

Снижение уровней NT-proBNP, СРБ, ИЛ-6 в группе респондеров, свидетельствует о влиянии СРТ на процессы иммунного воспаления и может быть использовано в качестве критерия эффективности СРТ. На эффективность СРТ влияет факт перенесенного ИМ, обуславливающий формирование рубцовой зоны, что ведет к неоптимальному выбору места имплантации электрода.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭССЕНЦИАЛЬНЫМИ ФОСФОЛИПИДАМИ НА СОСТОЯНИЕ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Иванова К. В., Заирова А. Р.,
Мальшев П. П., Титов В. Н., Рогоза А. Н.

Институт клинической кардиологии им. А.Л.
Мясникова ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние терапии эссенциальными фосфолипидами на состояние поток-зависимой вазодилатации (ПЗВД) плечевой артерии у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и гиперлипидемией.

Материал и методы:

Обследовано 28 больных НАЖБП и гиперлипидемией, из них 18 мужчин, 10 женщин в возрасте от 26 до 68 лет, средний возраст 46,4 ± 11,1 лет. Диагноз НАЖБП выставлен по результатам клинико-лабораторных данных, ультразвукового исследования печени и МРТ-спектроскопии по водороду. Исходно и через 6 месяцев терапии эссенциальными фосфолипидами (Эслидин) и диетотерапии, оценивали вазомоторную функцию эндотелия ультразвуковым методом по Celermajer на ультразвуковом аппарате Aloka Prosound α 7 с технологией e-tracking. За время проведения исследования сопутствующая терапия у больных не менялась.

Результаты:

Исходно значения ПЗВД варьировали от -5,5 % до 23,2 %, в среднем 5,5 ± 5,8 %. Дисфункция эндотелия была выявлена у 16 больных (57%), по критериям ПЗВД < 6,0 %. После 6 месяцев терапии Эслидином и диетотерапии у 68% пациентов наблюдалось улучшение показателей печеночных трансаминаз (АЛТ с 40,0 ± 18,2 ммоль/л до 32,4 ± 15,4 ммоль/л, p=0,02), значения ПЗВД составили от -3,9 % до 23,5 %, в среднем 8,8 ± 5,9%, что достоверно выше исходного (p = 0,02). Дисфункция эндотелия определялась только у 9 больных (32%).

Заключение:

При сочетании НАЖБП и дислипидемии нарушение вазомоторной функции эндотелия было выявлено у 57% больных. Терапия эссенциальными фосфолипидами в сочетании с диетотерапией у этих пациентов приводит к достоверному увеличению показателей ПЗВД и снижению количества больных с дисфункцией эндотелия.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Оконечникова Н. С., Болотнова Т. В.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития России

Введение (цели/задачи):

В настоящее время наблюдается рост сочетанной кардиореспираторной патологии у лиц пожилого возраста. Присоединение к имеющейся кардиальной патологии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) изменяет привычное течение артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы:

Суточное мониторирование ЭКГ проведено 42 больным ИБС и АГ в ассоциации с ХОБЛ, 40 больным ИБС и АГ и 34 больным ИБС (на «чистом» фоне). Средний возраст больных ассоциированной патологией составил $65,9 \pm 0,5$ лет. Определяли наличие и характер нарушений сердечного ритма и проводимости. При анализе желудочковых аритмий использовали модифицированную градацию B.Lowp и M.Wolf.

Результаты:

У больных ассоциированной патологией достоверно чаще регистрировались как наджелудочковые, так и желудочковые нарушения ритма. Желудочковые аритмии высоких градаций (III-IVб класс по Lowp-Wolf) – были достоверно чаще зарегистрированы у больных ассоциированной патологией ($66,7 \pm 7,3\%$) в сравнении с больными ИБС ($44,1 \pm 8,5\%$, $p < 0,05$). При оценке средних значений максимальных градаций желудочковых экстрасистол установлено их достоверное увеличение в группе больных ассоциированной патологией ($3,2 \pm 0,2$ балла) в сравнении с группой больных ИБС ($1,8 \pm 0,2$ балла, $p < 0,001$) и группой больных ИБС и АГ ($2,1 \pm 0,3$ балла, $p < 0,01$). Общее количество наджелудочковых экстрасистол за сутки у больных ассоциированной патологией было достоверно выше ($336,4 \pm 67,2$), чем у больных ИБС ($72,4 \pm 26,2$, $p < 0,001$), а общее количество желудочковых экстрасистол – достоверно выше ($433,4 \pm 46,1$), чем в группе больных ИБС ($155,5 \pm 46,6$, $p < 0,001$) и группе больных ИБС и АГ ($167,5 \pm 45,4$, $p < 0,001$). У пожилых больных ассоциированной патологией $65,5 \pm 7,3\%$ наджелудочковых экстрасистол зафиксировано в ночное время, что достоверно выше, чем в группе больных ИБС ($27,8 \pm 7,7\%$, $p < 0,01$) и ИБС в сочетании с АГ ($29,3 \pm 7,2\%$, $p < 0,01$). При этом у пожилых больных ИБС, АГ и ХОБЛ $75,2 \pm 6,7\%$ желудочковых экстрасистол зафиксировано в ночное время, что достоверно выше, чем в группе больных ИБС ($21,2 \pm 7,0\%$, $p < 0,001$) и ИБС в сочетании с АГ ($23,7 \pm 6,7\%$, $p < 0,001$). Нарушения проводимости по данным суточного мониторирования ЭКГ встречались у $47,6 \pm 7,7\%$ пожилых больных ассоциированной патологией, что достоверно чаще в сравнении с группой больных изолированной ИБС ($20,6 \pm 6,9\%$, $p < 0,05$).

Заключение:

С учетом выявленных особенностей, суточное мониторирование ЭКГ необходимо включать в стандарт обследования пожилых больных ИБС и АГ в ассоциации с ХОБЛ с целью диагностики и адекватной коррекции скрытых нарушений сердечного ритма и проводимости.

ВЫРАЖЕННАЯ АСПИРИНОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кочетов А. Г., Лянг О. В., Архипкин А. А., Новоженова Ю. В., Политидис Р. Р.

НИИ ЦП и инсульта, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедра госпитальной терапии РУДН

Введение (цели/задачи):

Высокая чувствительность тромбоцитов к ацетилсалициловой кислоте (АСК), лабораторно определяемая резким снижением индуцированного агрегационного ответа, часто не имеет клинических проявлений, и может служить причиной «рикошетных» тромбозов. Ингибирование репаративной функции тромбоцитов приводит к ослаблению процессов резидентелизации и расширению участков внутренней стенки сосудов, подвергшихся эндотелиальной десквамации, что вызывает увеличение подвижности атеросклеротической бляшки, вплоть до отрыва, и компенсаторной, с целью укрепления бляшки, активации альтернативных путей тромбообразования. Ишемический инсульт (ИИ) является одним из возможных атеротромботических осложнений у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Целью представляемого исследования явилось долевое сравнение вариантов индуцированного агрегационного ответа тромбоцитов при приеме ацетилсалициловой кислоты у больных с ИИ и наличием ИБС.

Материал и методы:

В исследование было включено 103 пациента с острым ИИ, из них 63 (61,2%) мужчин и 40 (38,8%) женщин. Возраст пациентов составил $64,7$ (95%ДИ $62,1-67,2$) лет, тяжесть инсульта при поступлении по шкале NIHSS – 9 (квартили 6-15) баллов. Всем пациентам при поступлении в стационар выполняли КТ-исследование головного мозга. Больным не проводилась тромболитическая терапия. Все пациенты в качестве основного заболевания перед развитием ИИ имели диагноз ИБС и принимали АСК в дозе 50-150 мг/сутки в комплексной терапии вторичной профилактики тромботических осложнений. При поступлении в стационар проводилось исследование агрегации тромбоцитов на лазерном агрегометре НПФ «БИО-ЛА» (Россия) с индуктором агрегации АДФ в конечной концентрации 5 мкг/мл. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения SPSS 18.0.

Результаты:

Выявлено 2 наиболее часто встречающихся вида агрегатограмм. Высокая степень светопропускания более 60% с однофазной или двухфазной кривой встречалась у 38 (36,9%) пациентов. Учитывая механизм действия АСК, ингибирующей фазу высвобождения, то есть вторую фазу агрегации, указанный вид агрегатограммы был принят в качестве лабораторного проявления аспиринорезистентности. Второй по встречаемости вид агрегатограммы характеризовался низкой степенью светопропускания менее 15% с однофазной обратной кривой и наблюдался у 33 (32,0%) пациентов. Данный вид агрегатограммы был принят за проявление выраженной чувствительности тромбоцитов к АСК, так как отражал пол-

ное блокирование фазы высвобождения и снижение индуцированного агрегационного ответа. По частоте встречаемости между перечисленными агрегатограммами достоверных отличий не выявлено, $p=0,464$ (по критерию χ^2).

Заключение:

При госпитализации в стационар у больных с ИИ и наличием ИБС нет достоверных отличий по частоте встречаемости агрегационной аспиринорезистентности и повышенной агрегационной чувствительности к АСК. Полученные результаты свидетельствуют о не менее важном, чем аспиринорезистентность, значении повышенной агрегационной чувствительности к АСК в патогенезе развития атеротромботических осложнений, сопровождающихся резким снижением агрегационной активности и адгезивности тромбоцитов, что может являться одной из возможных причин нестабильности и отрыва атеросклеротической бляшки.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СИБСОВЫХ ПАРАХ

Хасанов Н. Р., Мутасим Б. Х., Ослопов В. Н.

Казанский государственный медицинский университет КГМУ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: Оценить значение полиморфизма ряда кандидатных генов в раннем развитии гипертонической болезни.

Материал и методы:

В исследование были включены 74 больных ГБ I-II стадии, 1-2 степени АГ (28 мужчин и 46 женщин), составивших группу пробандов, и 75 их родственников I степени родства, составивших группу сибсов (21 мужчина и 54 женщины), среди которых 3 мужчин и 6 женщин также страдали ГБ. У 20 больных ГБ (13 мужчин и 7 женщин) заболевание развилось в возрасте до 40 лет. Всем обследованным определялись следующие полиморфизмы: M235T гена AGT, I/D гена ACE, 4a/b гена NOS3, R2197K гена ABCA1, G603A гена EAAT2, G/A rs545098 гена GluR1, C/T rs9307959 гена GluR2. Для оценки факторов раннего развития ГБ у лиц с семейной отягощенностью по АГ проведен регрессионный анализ с использованием модели Кокса. Анализ проводился методом пошагового включения факторов (генотипов). В модель вошли факторы, величины коэффициентов регрессии β которых были достоверно значимы ($p < 0,05$).

Результаты:

Частота раннего развития ГБ у мужчин составила 25,5% и была достоверно выше, чем у женщин – 7,1% ($p=0,004$, OR=4,5 при 95% CI=1,7-10,9). Факторами, повышающими риск раннего развития ГБ, оказались генотипы R2197R гена ABCA1 ($\beta=1,881$, $p=0,001$) и A603A гена EAAT2 ($\beta=1,455$, $p=0,003$) при достоверности модели $p < 0,001$. Носительство генотипа R2197R в гене ABCA1 повышало риск раннего развития ГБ с OR=6,5 при 95% CI=2,1-20,7, а генотипа A603A в гене EAAT2 – с OR=4,3 при 95% CI=1,6-11,2. Относительная степень влияния пола пациента составила $k_i=1,7\%$ ($\beta_i=-1,692$, $p < 0,001$ с OR=0,2 при 95% CI=0,07-

0,48). Сочетание данных генотипов повышало риск раннего развития ГБ у мужчин на 79,5%, у женщин – на 24,8%.

Заключение:

Сочетание генотипов R2197R в гене ABCA1 и A603A в гене EAAT2 может рассматриваться в качестве фактора раннего развития ГБ у лиц с семейной отягощенностью по АГ.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУТАЦИОННОЙ НАГРУЗКИ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В ОТНОШЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИБС

Собенин И. А., Сазонова М. А.,
Митрофанов К. Ю., Желанкин А. В., Постнов А. Ю.
ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ ФГБУ

Введение (цели/задачи):

Полиморфизмы ядерного генома как генетические факторы риска атеросклероза и ИБС в состоянии объяснить не более 3% вариабельности клинических проявлений этих заболеваний. При этом мутации митохондриального генома остаются вне внимания, хотя могут играть патогенетическую роль в формировании атеросклеротических поражений, поскольку способны вызывать дефекты в белковых цепях дыхательных ферментов и тРНК, что способствует развитию локального окислительного стресса и повышенной вероятности возникновения и развития атеросклероза. Учитывая ту роль, которую играют моноциты крови человека в атерогенезе, мы исследовали связь между мутационной нагрузкой клеток периферической крови и предрасположенностью к атеросклерозу.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 1184 человека в возрасте 65 ± 2 лет, из них 353 больных ИБС. Обследование заключалось в оценке состояния артерий бассейна сонных артерий с помощью ультразвукового сканирования в режиме высокого разрешения, а также в измерении степени гетероплазмии по ряду мутаций митохондриального генома в лейкоцитах крови.

Результаты:

Корреляционный анализ связи факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и 5 генетических маркеров повреждения митохондриального генома (показатели гетероплазмии по мутациям C3256T, T3336C, G12315A, G13513A и G15059A) выявил значимые корреляции с возрастом, толщиной интимо-медиального слоя общих сонных артерий, а также с суммарным расчетным риском инфаркта миокарда и ИБС, как у мужчин, так и у женщин. Определены и охарактеризованы наиболее вероятные варианты гаплотипов мутаций митохондриального генома, а также оценена степень опасности гаплотипов в отношении предрасположенности к атеросклерозу. Наиболее распространенным проатеросклеротическим гаплотипом является гаплотип TCAAA. Установлено, что степень опасности митохондриального гаплотипа по изученным мутациям, оцененная по 4-балльной шкале, линейно связана с абсолютной толщиной интимо-медиального слоя сонных артерий, выраженностью атеросклеротических бляшек, а также достоверно сопряжена с частотой ИБС.

Заключение:

Совокупная мутационная нагрузка митохондриального генома лейкоцитов крови человека имеет высокую диагностическую значимость в отношении предрасположенности к атеросклерозу, а также ИБС как основного клинического проявления атеросклероза.

ДИНАМИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ АФЕРЕЗА ЛИПОПРОТЕИДА (А) У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Сафарова М. С., Ежов М. В., Дикарева Т. В.,
Уткина Е. А., Балахонова Т. В.,
Погорелова О. А., Коновалов Г. А., Покровский С. Н.

Отдел проблем атеросклероза, ФГБУ РКНПК
МЗ и СР РФ, клиника «МЕДСИ», г. Москва

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние длительного экстракорпорального удаления липопротеид(а) [Лп(а)] на динамику толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общих сонных артерий (ОСА) у больных хронической ИБС.

Материал и методы:

Всего было включено 30 больных (средний возраст $53,5 \pm 8,3$ лет, 21 мужчина) с ангиографически документированной ИБС, имеющих уровень Лп(а) >50 мг/дл и ХС-ЛНП $\leq 2,5$ ммоль/л на фоне терапии аторвастатином. Участники исследования были разделены на 2 группы в соотношении 1:1. В основной группе ($n=15$) применялся метод экстракорпорального удаления Лп(а) из крови с использованием специфических иммуносорбционных колонок «Лп(а) Липоак»® (НПФ «ПОКАРД», Россия), в контрольной группе – монотерапия аторвастатином. В качестве первичной конечной точки оценивали динамику ТИМ ОСА через 18 месяцев лечения в сравнении с исходным значением по данным ультразвукового дуплексного сканирования.

Результаты:

Исходно группы были сопоставимы по клиническим, биохимическим и ультразвуковым характеристикам. К концу исследования средний уровень Лп(а) в группе афереза составил 72 ± 19 мг/дл, в группе контроля 106 ± 48 мг/дл ($P=0,02$ между группами). По уровню других липидов и липопротеидов значимых различий между группами отмечено не было. Через 18 месяцев лечения в группе Лп(а) афереза выявлено достоверное уменьшение ТИМ ОСА как справа, так и слева на $0,07$ мм ($p=0,01$), при этом 19 из 30 сегментов (63%) были с признаками регрессии. В контрольной группе изменений со стороны ТИМ ОСА не наблюдалась.

Заключение:

Регулярное проведение специфического Лп(а) афереза в течение 18 месяцев у больных стабильной ИБС приводит к значимому улучшению показателей субклинического атеросклероза по сравнению со стандартной медикаментозной

терапией. Полученные результаты служат основанием для проведения многоцентрового рандомизированного исследования с использованием Лп(а) как терапевтической мишени с целью улучшения прогноза у данной категории больных очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ, РАЗВИТИЕМ ПЕРИПРОЦЕДУРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПРОГНОЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?

Акинина С. А.

БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница»

Введение (цели/задачи):

Цель исследования состояла в изучении влияния уровней холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) на развитие перипроцедурного инфаркта миокарда (ПИМ) и прогноза пациентов с ИБС после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы:

В исследование включены 357 пациентов с ИБС с выполнением планового ЧКВ. Определение тропонина Т (ТнТ) осуществляли перед- и через 8 и 24 часа после ЧКВ, липидного спектра - до интервенции. Наблюдение проводили в среднем $45,8 \pm 25,3$ месяца. Конечной точкой наблюдения был спонтанный ИМ, сердечно-сосудистая смерть (ССС). Повышение уровня ТнТ после ЧКВ выше 3-х норм, свидетельствующее о наличии ПИМ, зарегистрировано у 15 (5.3%). В зависимости от наличия критериев ПИМ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – без критериев ПИМ ($n=268$); 2 группа – с критериями ПИМ ($n=15$).

Результаты:

С помощью метода логистической регрессии оценена связь уровней ХС ЛВП и возникновением ПИМ: не обнаружена зависимость между уровнями ХС ЛВП и возникновением ПИМ во время ЧКВ, также отсутствовала статистически достоверная разница между значениями ХС ЛВП в 2-х группах пациентов. Однако исходы пациентов с ПИМ были достоверно хуже, чем у пациентов без ПИМ, со значимым повышением ССС (20.0% против 2.6%; $p=0.01$). Далее выделены подгруппы в 1-ой и во 2-ой группе с низким уровнем ХС ЛВП (≤ 1.0 ммоль/л у М и ≤ 1.2 ммоль/л у Ж) и высоким уровнем ХС ЛВП (>1.0 ммоль/л у М и >1.2 ммоль/л у Ж). Пациентов с низким уровнем ХС ЛВП было 124 (46.3%) в 1-ой группе, 8 (53.3%) - во 2-ой группе. При этом в подгруппе пациентов с низким уровнем ХС ЛВП в 1-ой группе уровень ХС ЛВП составил 0.82 ± 0.18 ммоль/л (0.36 – 1.2), во 2-ой - 0.82 ± 0.22 (0.67 – 1.00), без существенных различий. Таким образом, в подгруппах с ПИМ и без ПИМ и низким уровнем ХС ЛВП, уровни ХС ЛВП были сопоставимо низкими, но при этом ССС пациентов с ПИМ была выше, чем без ПИМ (25.0% против 2.4%; $p=0.024$). В подгруппах пациентов с ПИМ и высоким уровнем ХС ЛВП исходы не были хуже, чем у пациентов без ПИМ и высоким уровнем ХС ЛВП.

Заключение:

Развитие ПИМ при ЧКВ у пациентов с ИБС связано с повышением ССС при длительном наблюдении. Низкие уровни ХС ЛВП до ЧКВ усугубляют худшую выживаемость данного контингента пациентов. Высокие уровни ХС ЛВП до ЧКВ улучшают отдаленную выживаемость пациентов после ЧКВ с ПИМ.

ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Гагаркина Л. С., Царенок С. Ю.,
Горбунов В. В., Лыков А. В.

ГБОУ ВПО Читинская Государственная
Медицинская Академия

Введение (цели/задачи):

Определение содержания лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов у пациентов с хронической коронарной недостаточностью, подвергшихся ангиопластике со стентированием

Материал и методы:

Обследовано 37 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса, подвергшихся ЧТКА, у 6 из которых в динамике выявлены рестенозы. В качестве контрольной группы исследовали здоровых доноров (15 человек), сопоставимых по полу и возрасту. Содержание лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов (ЛТА) в крови оценивали по оригинальной методике Ю.А. Витковского и соавт. исходно, через 6 и через 12 месяцев.

Результаты:

Исходно в группе пациентов с ИБС содержание лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов (ЛТА) было достоверно выше, чем в группе контроля (17,6±5,7, $p < 0,04$), отмечено снижение лимфоцитарно-тромбоцитарного индекса (ЛТИ), характеризующего среднее число тромбоцитов, способных присоединяться к одному лимфоциту (2,26±0,1, $p < 0,001$). В динамике через 6 и 12 месяцев в группе больных с рестенозами отмечен более низкий уровень ЛТА (10±5,3 и 11±4,8) по сравнению с больными без рестенозов (16,4±4,3, $p < 0,005$).

Заключение:

В группе больных с рестенозами коронарных артерий после ЧТКА выявлено снижение ЛТА и ЛТИ, что свидетельствует о нарушении адгезивных взаимодействий между тромбоцитами и лейкоцитами у данной категории больных.

ЗНАЧЕНИЕ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бешлиева Д. Д., Калашников В. Ю., Головенко Е. Н.
ФГБУ Эндокринологический
научный центр МЗиСР России

Введение (цели/задачи):

Больные ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) относятся к категории высокого риска неблагоприятных событий. Кардиоваскулярная форма диабетической автономной нейропатии ассоциируется с высоким риском развития осложнений и смертностью. Диагностика поражения автономной нервной системы у этих больных позволит выделить группу высокого риска, требующую активного наблюдения и лечения. Турбулентность ритма сердца (ТРС) является перспективным методом оценки автономной функции у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и СД. Цель: изучить характер нарушений ТРС у больных ИБС и СД.

Материал и методы:

В исследование включены 185 пациентов, которые проходили обследование в ФГБУ «Эндокринологический научный центр» в течение 2009-2011 годов, (99 мужчин и 86 женщин), средний возраст 65 [59; 73] лет. Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу включены 93 больных ИБС и СД, во 2-ю – 43 пациента с ИБС без СД, в 3-ю – 49 пациентов с СД без ИБС. Проводилось общеклиническое обследование, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ с анализом ТРС. Для уточнения диагноза 113 пациентам была проведена коронарография.

Результаты:

Пациенты 1-й группы характеризовались более выраженным нарушением показателей ТРС. Начало турбулентности (ТО) и наклон турбулентности (ТС) были хуже в 1-й группе по сравнению со 2-й и 3-й, а в 3-ей группе хуже, чем во 2-й: ТО -0,11 [-1,28; 0,48] в 1-й группе, -1,18 [-2,91; 0] – во 2-й и -0,97 [-2,51; -0,21] – в 3-й; ТС 2,84 [1,34; 6,42] мс/RR в 1-й, 6,15 [3,51; 9,94] мс/RR во 2-й и 5,74 [2,69; 8,40] мс/RR в 3-й; для обоих показателей ТРС $p < 0,05$ при сравнении 1 группы со 2-й и 3-й и $p > 0,05$ при сравнении 2 и 3 групп.

Заключение:

Пациенты, страдающие ИБС и СД, имеют более выраженное ухудшение показателей ТРС по сравнению с больными ИБС без СД и СД без ИБС: ТО в 1-й группе в 10,7 раз было хуже по сравнению со 2-й ($p < 0,05$) и в 8,8 раза по сравнению с 3-й группой ($p < 0,01$); ТС в 1-й группе был в 2,2 раза ниже, чем во 2-й ($p < 0,01$) и в 2 раза ниже, чем в 3-й группе ($p < 0,01$). Различия при сравнении 1 группы со 2-й и 3-й были статистически значимыми для показателей ТРС. При сравнении 2-й и 3-й групп показатели ТРС у больных СД были хуже, чем у больных ИБС, но статистической значимости различий не получено: ТО хуже на 18%, ТС – на 6,7% ($p > 0,05$). Таким образом, СД вносит значимый вклад в нарушение тонуса вегетативной нервной системы у больных ИБС, что вероятно обусловлено кардиоваскулярной автономной диабетической нейропатией. Показатели ТРС могут быть использованы для оценки функции автономной нервной системы у больных СД и ИБС.

ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Проваторов С. И., Потехина А. В., Ноева Е. А.,
Осяева М. К., Масенко В. П.,
Казначеева Е. И., Самко А. Н., Жарова Е. А.
ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Материал и методы:

В исследование включены 138 пациентов в возрасте от 42 до 72 лет, страдавших стабильной стенокардией напряжения 2-3 функционального класса и отобранных для имплантации стентов, покрытых сиролимусом. Образцы венозной крови были получены у каждого пациента непосредственно перед стентированием, спустя 1, 2, 7 суток, 1 месяц, 3 месяца и 12 месяцев после процедуры. Концентрация С-реактивного белка определялась нефелометрическим методом (далее – вЧСРБ). Спустя 12 месяцев каждому пациенту была выполнена коронароангиография.

Результаты:

Рестеноз был выявлен у 15(10,9%) пациентов. Пациенты с выявленным рестенозом составили группу I, пациенты без рестеноза составили группу II. Концентрация вЧСРБ исходно не различалась в обеих группах: 1,44 [0,61-3,23] мг/л в группе I против 1,53 [0,82-2,74] мг/л в группе II (здесь и далее данные представлены как медиана [25-й – 75-й перцентиль]). На протяжении 1-й недели после стентирования в обеих группах отмечалось повышение концентрации вЧСРБ максимально на 2-е сутки: 2,33 [2,04-6,04] в группе I и 4,13 [1,91-7,79] в группе II. В дальнейшем концентрация вЧСРБ прогрессивно снижалась в обеих группах, достигая минимального уровня через 12 месяцев после стентирования: 0,91 [0,67-1,12] в группе I и 0,98 [0,44-1,64] в группе II. Значимых межгрупповых различий не было отмечено на всем протяжении наблюдения. На 3-й месяц после стентирования концентрация вЧСРБ была ниже исходной у 26,7% пациентов в группе I и у 52,8% в группе II ($p < 0,05$). Снижение концентрации вЧСРБ ниже исходной на 3-й месяц после стентирования сопряжено с пониженной вероятностью рестенозирования, отношение вероятностей 0,31 (95% ДИ 0,13-0,69), $p < 0,05$

Заключение:

Повышение концентрации вЧСРБ в ранние сроки после коронарного стентирования сменяется отсроченным снижением концентрации вЧСРБ. Абсолютные значения концентрации вЧСРБ перед стентированием и на протяжении 12 месяцев после процедуры не связаны с вероятностью развития рестеноза. Снижение концентрации вЧСРБ ниже исходного уровня через 3 месяца после стентирования сопряжено с пониженной вероятностью рестенозирования.

ИЗУЧЕНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-АНТИОКСИДАНТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И ИХ СВЯЗЬ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Каштанова Е. В., Полонская Я. В., Иванова М. В.,
Кривчун А. С., Рагино Ю. И.,
Малютина С. К., Никитин Ю. П.
ФГБУ НИИ терапии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Одну из ключевых ролей в атерогенезе играют окисленно модифицированные липопротеины низкой плотности (окЛНП), поэтому изучение показателей окислительно-антиоксидантных изменений ЛНП и исследование их связи с некоторыми факторами риска атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) имеет большое значение.

Материал и методы:

Проведено популяционное обследование 1024 мужчин в возрасте 47-73 лет, жителей г. Новосибирска, в программе которого были анкетирование, стандартизованный кардиологический опрос, антропометрия, измерение АД, запись ЭКГ. Биохимические исследования крови включали: определение глюкозы, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП-ХС), С-реактивного протеина (СРП), исходного уровня продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и жирорастворимых антиоксидантов (альфа-токоферола, ретинола, бета-каротина) в ЛНП, устойчивости ЛНП к окислению *in vitro*, концентрации аутоантител к окисленным ЛНП (окЛНП). Статистическую обработку результатов проводили в программе SPSS for Windows (версия 10.05). Критерием статистической достоверности был уровень $p < 0,05$.

Результаты:

После проведения корреляционного анализа были выявлены следующие связи: между исходным уровнем продуктов ПОЛ в ЛНП и концентрацией вЧСРП, между устойчивостью ЛНП к окислению и показателями липидного профиля крови, индексом массы тела (ИМТ) и наличием ИБС, между уровнем аутоантител к окЛНП и концентрацией вЧСРП, ИМТ, между содержанием антиоксидантов в ЛНП, особенно альфа-токоферола, и показателями липидного профиля крови, вЧСРП, ИМТ и наличием ИБС. Повышенное содержание продуктов ПОЛ в ЛНП, сниженное содержание в них антиоксидантов и, особенно, сниженная устойчивость ЛНП к окислению у мужчин независимо ассоциируются с повышенными уровнями в крови ХС, ТГ, вЧСРП, сниженным ЛВП-ХС, повышенным ИМТ и наличием ИБС.

Заключение:

Нами были выявлены независимые ассоциации показателей окислительно-антиоксидантных изменений ЛНП не только с наличием ИБС, но и с патогенетически значимыми, потенциально атерогенными факторами риска ее развития.

ИЗУЧЕНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ ЛИПИДОВ И ПРОТЕИНОВ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Полонская Я. В., Каштанова Е. В., Иванова М. В.,
Садовский Е. В., Кривчун А. С.,
Баум В. А., Рагино Ю. И.

ФГБУ НИИ терапии СОРАМН

Введение (цели/задачи):

Окислительный стресс является одним из ведущих патогенетических компонентов сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, включая ишемическую болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ), поэтому исследование окислительных модификаций липидов и протеинов имеет большое значение в изучении проблем коронарного атеросклероза.

Материал и методы:

Материалом исследования была стабилизированная 3,8% раствором цитрата натрия кровь 17 здоровых доноров, а также 110 мужчин 35-65 лет, в среднем $52,5 \pm 2,5$ лет. В основную группу были включены 52 мужчины с ИБС и острым ИМ, в контрольную - 58 мужчин без ИБС. Биохимические исследования плазмы крови включали: оценку процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), окислительной модификации протеинов крови, аполипопротеинов ЛНП (ок-апоЛНП) и фибриногена. Уровень продуктов ПОЛ в плазме определяли флуориметрическим методом. Определение окислительной модификации белков плазмы проводили фотометрическим методом, окислительную модификацию фибриногена определяли после проведения реакции с 2,4-динитрофенилгидразином собственным методом. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы SPSS for Windows. Критерием достоверности считалось $p < 0,05$.

Результаты:

У мужчин с острым ИМ уровень продуктов ПОЛ в плазме был выше в 1,7 раза в сравнении с контрольной группой. При остром ИМ окислительные изменения всех протеинов в плазме были выше в 1,4 раза, а окислительная модификация апоЛНП – в 1,3 раза, чем в контроле. Были выявлены существенные различия между группами мужчин: при остром ИМ окислительная модификация фибриногена была выше в 1,7 раз в сравнении с контрольной группой.

Заключение:

Таким образом, при ИМ, наряду с повышенными окислительными изменениями липидов и протеинов плазмы, наблюдается значительная окислительная модификация фибриногена. Вероятно, повышенный уровень окисленного фибриногена может быть одним из новых маркеров окислительного стресса, имеющего место при ИБС и инфаркте миокарда.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПО БОРЬБЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РФ

Ощепкова Е. В., Балыгин М. М.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Россия занимает ведущее место по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и одно из первых мест среди Европейских стран.

Ежегодно в Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более миллиона человек, что составляет более половины всех смертей в структуре общей смертности. В то же время инфаркт миокарда и инсульт – это те последствия артериальной гипертензии, которые можно предотвратить путем коррекции факторов риска и адекватного лечения артериальной гипертензии. Исследования, проведенные как в нашей стране, так и за рубежом показывают, что ведущую роль в решении проблемы борьбы с артериальной гипертензией, играет профилактическая работа.

Исследования показали низкую информированность населения об артериальной гипертензии, крайне недостаточное выявление лиц с артериальной гипертензией и низкую эффективность лечения этих больных. Затраты на проведение лечебно-профилактических мероприятий не приносят ожидаемых результатов.

Борьба с артериальной гипертензией, как профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность) в 2002-2006 годы осуществлялась в рамках утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 17 июля 2001г. № 540 федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации». С 2007 года по настоящее время мероприятия реализуются в рамках подпрограммы «Артериальная гипертензия» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы), утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 года №280, задачами которой являются комплексное решение проблем артериальной гипертензии, в первую очередь – создание эффективной системы профилактики, улучшение диагностики на ранних стадиях заболевания, повышение эффективности лечения артериальной гипертензии и организация реабилитации больных, перенесших инсульт вследствие артериальной гипертензии. В развитие этой программы в 72 субъектах Российской Федерации утверждены и реализуются соответствующие региональные программы.

Анализ хода выполнения федеральной целевой и региональных программ в стране за (2002-2010 годы) показал, что конкретное определение поставленных целей и задач, их целевое финансирование и предпринимаемые меры по реализации этих программ дают определенные положительные результаты. Так, возросло число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения лиц с повышенным артериальным давлением. Число впервые зарегистрированных больных артериальной гипертензией в 2010 году по сравнению с 2002 годом увеличилось в 1,6 раза (855 тыс. и 544 тыс. соответственно). В рамках реализации Программы создана и широко распространяется новая эффективная форма профилактической работы с больными – Школы здоровья для

больных с артериальной гипертонией. Число обученных в Школах здоровья для больных АГ свыше 7,3 млн. человек. Повысилась квалификация врачей-кардиологов и терапевтов, о чем свидетельствует использование современных гипотензивных препаратов в лечении больных.

Динамика роста числа вновь выявленных больных артериальной гипертонией является результатом проведения профилактических мероприятий, массового измерения артериального давления у населения, улучшения выявляемости больных за счет внедрения современных методов диагностики и расширения охвата динамическим наблюдением больных, проводимых в 2002-2010 годах в рамках федеральной целевой и региональных программ по профилактике и лечению артериальной гипертонии в Российской Федерации.

В результате предпринимаемых мер в 2010 году, по сравнению с 2002 годом смертность от болезней системы кровообращения в России снизилась на 156,2 тыс. человек, в том числе от ишемической болезни сердца на 20,3 тыс., цереброваскулярных болезней на 113,6 тыс. человек.

Вместе с тем Эпидемиологический мониторинг и Регистр артериальной гипертонии (методы контроля, созданные в рамках федеральных целевых программ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации») в 2002-2006 годы и «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы), показывает недостаточный приоритет первичной медико-санитарной помощи, слабое развитие сети кардиологических диспансеров (центров, отделений, кабинетов), снижение доступности и качества медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, ограниченность финансовых ресурсов на проведение профилактических мероприятий, что требует качественно новых подходов к организации лечебно-профилактической помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности в первую очередь социально обусловленных заболеваний, охват диспансерным наблюдением больных и здоровых лиц в период реформирования здравоохранения может привести к значительному росту числа вновь зарегистрированных больных с артериальной гипертонией, что, в свою очередь, приведет к повышению показателей заболеваемости болезнями системы кровообращения.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ СТАТИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зайцев С. В., Карпунин Д. В.

Городская поликлиника № 16 ДЗ г. Москвы,
ССиНМП им. А. С. Пучкова

Введение (цели/задачи):

Несмотря на значительные успехи, достигнутые медициной в последние десятилетия, в профилактике и лечении атеросклероза, количество больных, страдающих от его осложнений, не уменьшается. Это связано с крайне низкой приверженностью лечащих врачей, особенно врачей поликлиник, к назначению современных лекарственных препаратов для

его лечения (прежде всего, статинов). Особенно печальная ситуация складывается с лечением пациентов с т.н. «дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ)». Целью настоящего исследования является проследить динамику состояния высших психических функций у пациентов старше 60 лет с атеросклерозом магистральных артерий головы (МАГ), гиперлипидемией и артериальной гипертонией на фоне назначения статинов (торвакарда или вазилипа) в течение 2 лет.

Материал и методы:

Для исследования были отобраны 30 пациентов старше 60 лет (10 мужчин и 20 женщин). Каждому из них перед назначением статинов проводилась УЗДГ брахиоцефальных артерий, МРТ головного мозга, биохимический анализ крови (с фракционированием липопротеидов), протромбиновое время (ПВ) и МНО. Состояние памяти оценивалось с помощью тестов «десяти слов» и «воспроизведение рассказов». У каждого из этих пациентов имелась контролируемая артериальная гипертензия (применение двух — трех антигипертензивных средств). Выбор статина происходил в зависимости от степени выраженности стеноза МАГ по данным УЗДГ и степени выраженности гиперлипидемии. Если у пациента имелась высокая степень стеноза МАГ (60% и более), при умеренной дислипидемии (общий холестерин (ОХС) не более 7,0 ммоль/л, индекс атерогенности (ИА) не более 5), то ему назначался торвакард в начальной дозировке 20 мг. Если у пациента была выраженная дислипидемия при не высокой степени стеноза МАГ (менее 50%), то ему назначался вазилип в начальной дозировке 20 мг. Кроме того, каждый пациент получал адекватную антигипертензивную терапию, и тромбо Асс по 100 мг/сут. Каждому пациенту 1 раз в 3 месяца проводился БАК, исследование ПВ, 1 раз в 6 месяцев исследование памяти с помощью тестов, 1 раз в год — УЗДГ МАГ и МРТ головного мозга. Ни одному пациенту в течение 2 лет не назначались препараты из группы «ноотропов».

Результаты:

Торвакард получало 18 человек (8 мужчин и 10 женщин), вазилип — 12 человек (2 мужчин и 10 женщин). При контроле БАК все пациенты показали значительное улучшение липидных показателей к 6 месяцу лечения, к 9 месяцу, в связи с достижением целевых значений ОХС и ИА, 18 пациентам доза статинов уменьшена до 10 мг, после 12 месяца все 30 человек получали поддерживающую дозу в 10 мг. У одной пациентки на 4 месяце применения торвакарда развился неревматический полимиозит, что потребовало госпитализации пациентки и отмены лечения. Все остальные пациенты лечились без осложнений. К 6 месяцу лечения 7 пациентов отметили склонность к гипотензии, что потребовало снижения дозы антигипертензивных средств. К 12 месяцам еще 3 пациента отметили склонность к гипотензии, им так же уменьшена доза антигипертензивных средств. К концу первого года лечения все пациенты отметили субъективное улучшение общего самочувствия — уменьшились головные боли, головокружение, улучшение памяти. При тестировании отмечается увеличение количества запоминаемых слов и улучшение воспроизводимости произнесенного текста. К концу второго года лечения — показатели еще несколько улучшились. При УЗДГ МАГ отмечается снижение степени стеноза в среднем на 5% в течение первого года и еще на 5% в течение второго года

лечения у пациентов с изначально высокой степенью стеноза (на фоне приема торвакарда). У пациентов с невысокой степенью стеноза (менее 50%) отмечается уменьшение степени стеноза на 5% только ко второму году лечения (на фоне приема вазилипа). При проведении повторных МРТ головного мозга — никаких достоверных изменений МРТ — картины не обнаружено ни у одного пациента ни через 12, ни через 24 месяца приема статинов. Ни у одного из пациентов за 2 года не произошло сосудистой катастрофы в виде ОНМК или инфаркта миокарда.

Заключение:

Назначение статинов пациентам с церебральным атеросклерозом улучшает их общее состояние, когнитивные функции и уменьшает количество мозговых сосудистых катастроф. Статины должны занять достойное место не только для первичной и вторичной профилактики ОНМК, но и в лечении неврологических пациентов с ДЭ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ибатов А. Д.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности качества жизни у больных ИБС с различной степенью поражения коронарного русла атеросклерозом.

Материал и методы:

Обследованы 32 мужчины, страдающие стенокардией II-III ФК. Качество жизни оценивали по Сиэтлскому опроснику для больных стенокардией. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, имеющие по данным коронароангиографии гемодинамически значимое трехсосудистое поражение коронарного русла – 20 человек (средний возраст 52,2±8,6 лет), вторую группу составили 12 пациентов с однососудистым поражением (средний возраст 52,0±1,6 года).

Результаты:

Длительность ИБС в группах не различались. Функциональный класс стенокардии в первой и второй группах составил соответственно 3,40±0,11 и 2,98±0,02 ($p<0,05$). По данный Сиэтлского опросника качества жизни в первой группе по шкале физической активности показатель составил 49,5±4,3, по шкале стабильности течения стенокардии – 40,0±3,5, по шкале тяжести стенокардии – 39,6± 4,6, по шкале оценки лечения – 67,3±3,6, по шкале восприятия болезни – 44,2±3,0, по шкале итоговый показатель качества жизни – 50,8±2,9. Во второй группе пациенты показали более худший показатель качества жизни по шкале физической активности, по шкале тяжести стенокардии, однако более лучший результат по шкале оценки лечения и восприятия болезни, при этом итоговый показатель качества жизни в этой группе существенно не отличался от первой группы.

Заключение:

Оценка качества жизни больными с трехсосудистым поражением коронарного русла по сравнению с больными с однососудистым поражением существенно не отличалась по итоговому показателю качества жизни Сиэтлского опросника.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ ЛЕТ

Кошелева Н. А., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Материал и методы:

В исследование включены 211 больных с ХСН, развившейся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. Качество жизни исследовалось с помощью Миннесотского опросника. Пациенты были рандомизированы в две группы: группа I (n=106 пациентов) – активного ведения, группа II (n=105 больных) – стандартного ведения. Клиническое состояние и терапия больных I группы контролировалось один раз в месяц при телефонном контакте в течение трех лет. Больные II группы находились под наблюдением в поликлинике.

Результаты:

Медиана признака КЖ у больных ХСН составила 43 [11; 66] балла. При многофакторном анализе показателями, независимо связанными с КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН (0,28 ОР, 95% ДИ 0,05–1,70, $p=0,02$), выраженность тревоги (1,20 ОР, 95% ДИ 1,02–1,30, $p=0,01$) и приверженность к терапии (4,10 ОР, 95% ДИ 1,15–14,16, $p=0,01$). Установлено, что у пациентов, имеющих КЖ более 43 баллов по Миннесотскому опроснику, вероятность декомпенсации ХСН на протяжении трех лет больше ($p=0,01$), чем у больных с КЖ менее этого значения. В I группе в течение трех лет динамики показателей КЖ не выявлено ($p>0,05$). Во II группе отмечается отрицательная динамика в виде увеличения баллов и к третьему году отмечается ($p<0,05$) увеличение показателя КЖ, как по сравнению с исходными данными, так и с группой активного ведения.

Заключение:

Факторами, определяющими КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН, выраженность тревоги и приверженность пациентов терапии.

**КЛЕТочНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
КАРДИАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Степанова О. В., Куликова Т. Г., Чадин А. В.,
Валихов М. П., Масенко В. П., Терещенко С. Н.

ИКК ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Патологическая кардиальная гипертрофия, возникающая при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и связанной с ней сердечной недостаточности (СН), является наиболее общим видом кардиального ремоделирования. При этом наблюдаются такие клеточные и молекулярные изменения, как увеличение размеров кардиомиоцитов и повышенная сборка новых миофибрилл. При дальнейшем развитии заболевания эти изменения приводят к удлинению кардиомиоцитов, ремоделированию межклеточного матрикса, дилатации полостей сердца и ухудшению диастолической и систолической функции. Целью работы было изучить клеточные и молекулярные особенности патологической кардиальной гипертрофии при ДКМП и СН. Были поставлены следующие задачи: выявить изменения кардиомиоцитов при ДКМП на ультраструктурном уровне и определить уровни экспрессии маркеров гипертрофии ANP и BNP в биоптатах пациентов с ДКМП и сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

В работе были изучены 10 эндомикардиальных биоптатов пациентов с ДКМП и, в качестве контроля, 5 образцов миокарда людей без сердечно-сосудистой патологии, погибших в результате травм. В эндомикардиальных биоптатах была исследована ультраструктура кардиомиоцитов методом электронной микроскопии. Для выявления уровней экспрессии маркеров гипертрофии ANP и BNP был применен метод количественной ПЦР в реальном времени.

Результаты:

Было обнаружено увеличение размеров отдельных клеток (более 30 мкм в диаметре), увеличение количества миофибрилл и нарушение их ориентации в плоскости среза, что является признаками патологической гипертрофии. В некоторых кардиомиоцитах наблюдались дистрофические нарушения, выраженные в разрежении или тотальном лизисе отдельных саркомеров. Уровни экспрессии BNP были сравнимы в эндомикардиальных биоптатах пациентов с ДКМП и в образцах миокарда без сердечно-сосудистых патологий. Экспрессия ANP была выявлена только у пациентов с ДКМП, и ее уровни различались у разных пациентов, что может быть связано со стадией развития заболевания.

Заключение:

Выявление одновременно гипертрофических и дистрофических особенностей кардиомиоцитов подтвердило наличие ДКМП в исследуемых эндомикардиальных биоптатах. Изменение уровня экспрессии ANP свидетельствует о наличии гипертрофических процессов в миокарде при развитии ДКМП и дает возможность в дальнейшем выявить корреляцию между уровнем экспрессии этого пептида и стадией развития заболевания.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА**

Груздева О. В., Барбараш О. Л.

Научно-исследовательский институт
комплексных проблем сердечно-сосудистых
заболеваний Сибирское отделение РАМН
НИИ КПССЗ СО РАМН, г. Кемерово

Введение (цели/задачи):

Оценить динамику лабораторных маркеров инсулинорезистентности у пациентов с инфарктом миокарда при осложненном и не осложненном течении

Материал и методы:

Обследовано 79 пациентов (50 мужчин и 29 женщины) с инфарктом миокарда (ИМ). Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 47 пациентов с диагнозом ИМ, без клинических признаков острой сердечной недостаточности (I класс ОСН по Killip). Во вторую группу были включены 32 пациента с ИМ с признаками острой сердечной недостаточности (II-IV класс ОСН по Killip), развившимися в первые сутки заболевания. Контрольную группу составили 33 человека без заболеваний сердечно-сосудистой системы, сопоставимых по возрасту, полу с пациентами основных групп. В качестве маркеров инсулинорезистентности оценивали базальный уровень глюкозы, инсулина, С-пептида, свободных жирных кислот (СЖК) и ингибитора активатора плазминогена 1 типа (ИАП-1) на 1 и 12 сутки развития ИМ. Оценка уровня инсулинорезистентности (ИР) проводилась с помощью структурной математической модели с вычислением индекса QUICKI (Quantitative Insulin Sensitivity Check Index) (Katz A. et al., 2000).

Результаты:

Установлено, что у пациентов с ИМ и II-IV классом ОСН на 1 сутки развития заболевания наблюдается существенное повышение концентрации инсулина, С-пептида, СЖК, ИАП-1 по сравнению с показателями пациентов с ИМ и I классом ОСН и параметрами контрольной группы. Индекс QUICKI у пациентов обеих групп достоверно отличался от контрольных значений и соответствовал, согласно Katz A. et al., (2000), умеренной степени ИР. В период стабилизации состояния (12 сутки) наблюдалось снижение исследуемых параметров, однако, их уровни не достигали референсных значений. У пациентов со II-IV классом ОСН на 1 сутки развития ИМ обнаружена отрицательная корреляционная зависимость между индексом QUICKI и инсулином ($R = -0,76$ $p = 0,01$), пиком активности креатинфосфокиназы, отражающей размер некроза миокарда ($R = -0,23$ $p = 0,03$), положительная зависимость между СЖК и глюкозой ($R = 0,52$ $p = 0,02$).

Заключение:

Таким образом, течение ИМ, осложненного острой сердечной недостаточностью, сопровождается развитием инсулинорезистентности, характеризующейся наличием инсулинемии, повышенного уровня свободных жирных кислот и ингибитора активатора плазминогена. По-видимому, у пациентов с ИМ высокий уровень СЖК отражает не только степень ишемии мио-

карда, но и участвует в формировании гипергликемии и ИР с привлечением симпатoadренальной системы, гиперактивация которой на фоне болевого синдрома, сопровождается повышенным липолизом и высвобождением в кровоток избыточного количества СЖК. ИАП-1, в свою очередь, являясь главным регулятором фибринолитической системы, так же вовлекается в формирование ИР у пациентов с ИМ. Сохраняющийся высокий уровень метаболических маркеров ИР у пациентов с ИМ в период стабилизации является основанием для фармакологической коррекции реологических свойств крови и звеньев углеводно-липидного метаболизма.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ – 9 И ТКАНЕВОГО ИНГИБИТОРА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ- 1 В КРОВИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Проваторов С. И., Потехина А. В., Ноева Е. А., Осяева М. К., Масенко В. П., Самко А. Н., Жарова Е. А.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Материал и методы:

В исследование были включены 89 пациентов в возрасте от 46 до 72 лет, страдавших стабильной стенокардией 2-3 функционального класса, отобранных для проведения коронарного стентирования. Каждому пациенту были имплантированы от 1 до 3 стентов, покрытых сиролимусом. Образцы венозной крови были получены у каждого пациента непосредственно перед стентированием, спустя 1, 2, 7 суток, 1 месяц, 3 месяца и 12 месяцев после процедуры. Концентрация матриксной металлопротеиназы – 9 (MMP-9) и тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы – 1 (TIMP-1) определяли иммуноферментным методом. Спустя 12 месяцев каждому пациенту была выполнена коронароангиография для выявления рестеноза.

Результаты:

Рестеноз был выявлен у 9 (10,1%) пациентов. Концентрация MMP-9 у всех пациентов значимо повышалась в сравнении с исходным уровнем (374 [228-522] нг/мл) на протяжении 1-го месяца после стентирования, достигая максимума на 7-е сутки после вмешательства (460 [293-616] нг/мл). Здесь и далее данные представлены как медиана [25-й – 75-й перцентиль]. Начиная с 3-го месяца после стентирования концентрация MMP-9 достоверно не отличалась от исходной. Концентрация TIMP-1 на протяжении 1-го месяца после стентирования снижалась со 149 (124-185) до 133 (123-161) нг/мл, $p=0,047$, а концу 1-го года после процедуры возвращалась к исходному уровню 154 (138-195) нг/мл, $p=0,56$. Мы не обнаружили заметной корреляции между концентрациями TIMP-1 и MMP-9 в крови. Также мы не обнаружили связи между концентрацией TIMP-1 и MMP-9 в крови и развитием рестеноза после стентирования.

Заключение:

Концентрация MMP-9 в крови повышается, а концентрация TIMP-1 снижается на протяжении 1-го месяца после имплантации сиролимус-содержащих коронарных стентов. Мы не отметили связи между концентрацией TIMP-1 и MMP-9 в крови и развитием рестеноза.

КУМУЛЯТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГЕНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИНФАРКТУ МИОКАРДА

Барсова Р. М., Матвеева Н. А., Львов Д. С., Фаворов А. В., Титов Б. В., Сухина Т. С., Шахнович Р. М., Руда М. Я, Фаворова О. О.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Инфаркт миокарда (ИМ) во всем мире является одной из главных причин инвалидизации и смерти, и выявление его генетических маркеров представляет значительный интерес для кардиологии. Целью работы был поиск генетических маркеров для ИМ у этнических русских.

Материал и методы:

Исследовали 235 пациентов с ИМ в возрасте 70 лет и младше и 185 индивидов контрольной группы русской этнической принадлежности. Аллельные полиморфизмы генов FGB, FGA, PAI1, CCR5, PDE4D, CRP, PTGS1, CTLA4, IFNG, IL4, IL6, IL10, LTA, TGFB1, TNF и области 9p21 (всего 19 локусов) анализировали методами на основе ПЦР. Для поиска сочетаний, ассоциированных с ИМ, применяли программное обеспечение APSampler (<http://www.cancerbiostats.onc.jhmi.edu/APSampler.cfm>); значимыми считали те из них, которые выдержали последующую валидацию методом пермутации ($p<0.05$). Для анализа взаимодействий между аллелями/генотипами в составе сочетания его разбивали на два компонента и оценивали SF (synergy factor) с его доверительными интервалами (CI) и ORR (odds ratio's ratio). В случае SF учитывали только те сочетания, для которых CI не пересекал 1.

Результаты:

Выявлена ассоциация ИМ с носительством генотипа TGFB1869*T/T, генотипа CRP1444*T/T и аллеля FGB*-249T. Их попарные сочетания оказывают аддитивный кумулятивный эффект на развитие ИМ. Сочетание эпистатически взаимодействующих аллелей IFNG*874A и PTGS1*50T также является фактором риска ИМ. При сравнении 82 чел. с многократными сердечнососудистыми событиями (ССС), развившимися до 60 лет, и 101 чел. с однократным ИМ обнаружены ассоциированные с СССР сочетания (аддитивные и эпистатические), содержащие в разных комбинациях аллели TGFB1*-509T, IL4*-590T, PDE4D*41A, LTA*252G, IL6*-174G и аллель С полиморфизма rs1333049 области 9p21, а также группа сочетаний, несущих аллель CTLA4*49A.

Заключение:

Обнаруженные генетические маркеры ИМ применимы для прогнозирования ИМ и рецидивирующих сердечно-сосудистых событий. Работа поддержана Государственным контрактом № 8/3-280н-10.

ЛИПОПРОТЕИД (А) КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ ДЛЯ РЕГРЕССИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сафарова М. С., Атанесян Р. В.,
Афанасьева О. И., Ежов М. В., Матчин Ю. Г.,
Меднис И. М., Коновалов Г. А., Покровский С. Н.

Отдел проблем атеросклероза, ФГБУ РКНПК
МЗ и СР РФ, клиника «МЕДСИ», г. Москва

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние специфического афереза липопротеида(а) [Лп(а)] на динамику коронарного атеросклероза у больных хронической ИБС с высоким уровнем Лп(а) на фоне оптимальной медикаментозной терапии в течение 18 месяцев в сравнении с монотерапией аторвастатином.

Материал и методы:

В открытое, контролируемое, проспективное 18-месячное исследование было включено 30 больных (средний возраст $53,5 \pm 8,3$ лет, 21 мужчина) с ИБС, верифицированной данными коронарографии, уровнем Лп(а) >50 мг/дл и ХС-ЛНП $\leq 2,5$ ммоль/л на фоне терапии аторвастатином. У 15 больных основной группы проводился аферез Лп(а) методом специфической иммуносорбции Лп(а) на колонках «Лп(а) Липо-пак»® (НПФ «ПОКАРД», Россия) 1 раз в 7 дней, остальные 15 больных составили группу контроля. Количественный анализ ангиограмм проводился с оценкой диаметра стеноза (ДС) и определением минимального диаметра просвета (МДП) сосуда независимым специалистом, лишенным информации о методе лечения.

Результаты:

Группы были сопоставимы по исходным клиническим, биохимическим и ангиографическим параметрам. В ходе одной процедуры Лп(а) афереза наблюдалось снижение уровня Лп(а) в среднем на 68% до 31 ± 16 мг/дл, в то время как содержание ХС ЛНП существенно не изменялось. Показатели липидного профиля в контрольной группе оставались стабильными на протяжении всего исследования. По данным количественного ангиографического анализа в основной группе наблюдалось уменьшение процента ДС на $-5,1\%$ (95% доверительный интервал (ДИ) от $-1,2$ до $-8,9\%$, $P=0,01$) и увеличение МДП с $1,39 \pm 0,63$ мм до $1,59 \pm 0,54$ мм, $P=0,003$. На фоне монотерапии аторвастатином отмечено увеличение ДС на $5,0\%$ (95% ДИ от $1,8$ до $8,3\%$, $P=0,003$) без существенного изменения МДП ($P=0,77$).

Заключение:

У больных ИБС с высоким уровнем Лп(а) и оптимальным значением ХС ЛНП на фоне терапии аторвастатином, проведение Лп(а) афереза приводит к значимой регрессии атеросклероза коронарных артерий.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Авдеева М. В., Самойлова И. Г., Орел В. И.
ГБОУ ВПО СПб ГПМА ФГБУ НИИДИ ФМБА России

Введение (цели/задачи):

Концепция развития здравоохранения до 2020 года в сфере формирования здорового образа жизни у граждан РФ предусматривает разработку систему оценки здоровья, определение базовых индикативных показателей, таких как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни. Цель. Изучение влияния социальных факторов на распространенность факторов риска социально значимых неинфекционных заболеваний, выявляемых скрининговым методом при массовом обследовании в Центре здоровья.

Материал и методы:

Обследовано 2007 человек (средний возраст $50,92 \pm 16,23$ лет). Обследование проводилось в Центре здоровья СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 109». Анализировались результаты комплексного аппаратно-программного тестирования. Учитывались поведенческие факторы риска – гиподинамия, курение, нерациональное питание и злоупотребление алкоголем. Статистический анализ проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Результаты:

Наиболее высокий уровень систолического и диастолического АД отмечен при сочетании таких поведенческих факторов риска, как нерациональное питание и злоупотребление алкоголем (САД: $152,5 \pm 38,6$; ДАД: $100,0 \pm 14,1$ мм рт. ст.). При комбинации нерационального питания, гиподинамии и злоупотребления алкоголем также отмечалось существенное повышение уровня АД (САД: $144,3 \pm 16,2$; ДАД: $94,3 \pm 11,3$ мм рт. ст.). В группе с сочетанием нерационального питания, гиподинамии и злоупотребления алкоголем уровень АД выше, чем в группе без этих поведенческих факторов риска (САД: $128,1 \pm 21,4$ vs $144,3 \pm 16,2$; $152,5 \pm 38,6$; ДАД: $81,9 \pm 11,2$ vs $94,3 \pm 11,3$; $100,0 \pm 14,1$ мм рт. ст. $p < 0,01$). Влияние питания на уровень АД подтвердили и результаты сравнительного анализа групп с разным режимом и качеством питания. Так в группе с нерациональным питанием уровень САД и ДАД оказался выше, чем в группе с рациональным характером питания (САД: $132,8 \pm 22,9$ vs $129,2 \pm 21,7$; ДАД: $85,3 \pm 12,6$ vs $83,1 \pm 11,8$ мм рт. ст. $p < 0,01$).

Заключение:

Выявлено негативное влияние поведенческих факторов риска на уровень АД. Наиболее неблагоприятное влияние на уровень АД оказывает сочетанное воздействие нерационального питания, гиподинамии и табакокурения. Выявленная взаимосвязь поведенческих факторов риска с уровнем АД свидетельствует о необходимости комплексного подхода к решению проблемы первичной профилактики социально значимых неинфекционных заболеваний у жителей РФ.

НИЗКОЧАСТОТНЫЙ КОМПОНЕНТ СПЕКТРА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА - НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ХСН В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ ЛЕТ

Кошелева Н. А., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Введение (цели/задачи):

Определение выживаемости больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с использованием показателей вариабельности сердечного ритма сохраняет свою актуальность.

Материал и методы:

В исследование включены 110 пациентов с симптомами ХСН, перенесших Q-инфаркт миокарда. Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) проведен с использованием комплекса «Волготех».

Результаты:

В течение трех лет у пациентов с ХСН развилось 50 случаев ССО, из них 15 пациентов умерли. Наибольшей прогностической значимостью обладает низкочастотный компонент (LF) спектрального анализа ВСР. В соответствии с медианой этого показателя обследуемые разделены на 2 группы: I группа – $LF < 5,2 \ln \text{мс}^2$, II группа – $LF > 5,2 \ln \text{мс}^2$. Установлено, что в I группе ЧСС, NT-proBNP, СДЛА больше, а ФВ ЛЖ и СКФ меньше по сравнению с показателями больных II группы ($p < 0,05$). С использованием кривых Каплана–Майера определено, что при уровне LF менее $5,2 \ln \text{мс}^2$ вероятность декомпенсации ХСН ($p = 0,048$), летального исхода ($p = 0,02$) выше, чем при большем значении этого показателя. Независимыми предикторами летального исхода у больных ХСН в течение трех лет явились ФВ ЛЖ [ОР 1,217, ДИ 1,021–1,452; $p = 0,01$], мочевиная кислота [ОР 0,985, ДИ 0,971–1,000; $p = 0,03$], NT-proBNP [ОР 0,987, ДИ 0,971–1,002; $p = 0,01$] и LF спектра ВСР [ОР 0,215, ДИ 0,012–5,072; $p = 0,10$].

Заключение:

Низкочастотный компонент спектра ВСР – независимый предиктор летального исхода у больных ХСН в течение трех лет.

НИФЕРИДИЛ КАК СРЕДСТВО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Юричева Ю. А., Майков Е. Б., Соколов С. Ф.,
Миронов Н. Ю., Голицын С. П.,
Розенштраух Л.В., Чазов Е. И.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Ниферидил – новый отечественный антиаритмический препарат III класса, продемонстрировавший в ходе доклинических и электрофизиологических исследований существенно большее влияние на эффективный рефрактерный период предсердий по сравнению с рефрактерностью желудочков. Цель исследования: изучить эффективность и безопасность вну-

тривенного введения ниферидила в дозах 10, 20 и 30 мг/кг массы тела для восстановления синусового ритма у больных персистирующей формой фибрилляции (ФП) и трепетания предсердий (ТП).

Материал и методы:

В исследование было включено 100 больных (из них 64 мужчины) со средней продолжительностью текущего эпизода аритмии $4,2 \pm 3,9$ месяцев (от 2 недель до 24 месяцев). 82 из 100 больных имели персистирующую форму фибрилляции предсердий, 18 – трепетания предсердий. Средний размер ЛП составил $4,26 \pm 0,5$ см, средняя ФВ – $59 \pm 4\%$. Препарат вводился в виде 3-х последовательных болюсов из расчета 10 мг/кг в каждом с интервалом 15 мин

Результаты:

Антиаритмическая эффективность ниферидила составила: в дозе 10 мг/кг – 49%, в дозе до 20 мг/кг – 65%, в дозе до 30 мг/кг – 88%. Синусовый ритм был восстановлен у всех 18 пациентов с ТП и у 70 из 82 (85%) пациентов с ФП. У одного из пациентов после введения 1 болюса ниферидила отмечалось удлинение интервала QT до 700 мс с появлением неустойчивых пробежек полиморфной желудочковой тахикардии, которые были асимптомными и исчезли через 15 минут без дополнительных вмешательств. Через 22 часа после начала введения ниферидила у этого пациента произошло восстановление синусового ритма.

Заключение:

Ниферидил при в/в введении в дозе до 30 мг/кг представляется высоко эффективным (до 88%) и безопасным препаратом для восстановления синусового ритма у больных с персистирующей формой течения ФП и ТП.

ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мамонтов О. В., Козленок А. В.,
Бернгард Э. Р., Пармон Е. В., Шляхто Е. В.

ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, СПбГМУ им.
акад. И.П. Павлова, г. С.-Петербург

Введение (цели/задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) ухудшает прогноз больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Возможно, это связано с особенностями регуляции гемодинамики. Цель оценить особенности нейрогенной регуляции сосудов и толерантность к ортостазу у больных с ФП и ХСН.

Материал и методы:

Обследованы 61 пациент с ХСН II-IV ф.кл., фракцией выброса (ФВ) $35,0 \pm 10,1\%$: 25 пациентов с ФП и 36 с синусовым ритмом (СР). Группы были сопоставимы клинико-нозологическим характеристикам. Помимо общеклинического обследования выполнялся тилт-тест, оценка объемной скорости кожно-мы-

щечного кровотока предплечья (ОСК) методом окклюзионной плетизмографии по Dohn и ее динамики в ходе холодового стресса (ХС) и тестирования кардиопульмонального барорефлекса (КПБР) при создании разрежения в области нижней половины тела -10 mm Hg. На 3-й мин. динамометрической пробы (ДП) оценивалась динамика диастолического АД (ДАД). Параметры гемодинамики регистрировались и с помощью монитора непрерывной неинвазивной регистрации АД Finometer-PRO, (FMS, Амстердам).

Результаты:

Пациенты с ФП были старше: 60.1 ± 9.0 и 54.5 ± 8.0 лет, $p < 0.05$ и имели больший индекс объема левого предсердия: 69.8 ± 23.7 и 54.2 ± 15.6 см³/м², $p < 0.05$. Размеры остальных полостей сердца и сократимость не различались. У пациентов с ФП было выше общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС): 1.34 ± 0.42 и 1.00 ± 0.30 МУ, $p < 0.005$ и ниже ОСК: 3.1 ± 1.5 и 4.8 ± 2.4 мл/100см³*мин., $p < 0.05$, между которыми наблюдалась обратная корреляционная связь: $r = -0.34$, $p < 0.05$. Реакция в ответ на симпатотонические пробы также была различной: прирост ДАД на ДП у больных с ФП был больше, 14.9 ± 5.9 и 11.1 ± 5.9 , $p < 0.05$, тогда как вазоконстрикция в ответ на ХС 0.24 ± 0.14 и 0.31 ± 0.13 , $p < 0.05$ и КПБР: 0.16 ± 0.17 и 0.29 ± 0.11 отн. ед., $p < 0.05$ - были ниже. Кроме того, у больных с ФП чаще отмечалось снижение ДАД в ортостазе: -2.1 ± 5.2 mm Hg, тогда как при СР - закономерный прирост: 2.0 ± 6.3 mm Hg, $p < 0.05$, причем динамика ДАД в ортостазе была напрямую связана с исходным ОПСС: $r = 0.43$, $p < 0.001$ и КПБР, $r = -0.49$, $p < 0.001$.

Заключение:

ФП ассоциируется с приростом метаборефлекса и сосудистого тонуса, связанного со снижением периферического кровотока, при одновременном ослаблении вазомоторной реактивности на холодовой стресс, снижение венозного возврата и уменьшение толерантности к ортостазу.

ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Никаноров В. Н., Кылбанова Е. С.

ЦЭМП ГБУ РС (Я) РБ№2, ФГАОУ ВПО СВФУ, ИПОВ

Введение (цели/задачи):

Цель - изучение патогенетических особенностей течения инфаркта миокарда с зубцом Q у мужчин с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Исследован 51 пациент мужского пола с острым Q-позитивным инфарктом миокарда без верифицированного сахарного диабета возрасте до 80 лет. Инфаркт миокарда с зубцом Q диагностировался в соответствии с рекомендациями ВНОК от 2007 года; метаболический синдром определялся согласно Руководству АТР III (2001г). Больные распределены на группы: 1 - больные без метаболического синдрома (средний возраст $57,55 \pm 1,68$ лет,); 2 - с признаками метаболического синдрома (средний возраст $55,84 \pm 2,05$ лет).

Результаты:

В обеих сравниваемых группах достоверно превалировало прошлое населения (1 - 65,5%; 2 - 68,2%) над коренным (1-34,5%; 2- 31,8%). Наследственностьотягощена по артериальной гипертензии (1 - 62,1% и 2 - 54,4%); по заболеваниям сердца (ИБС) в 48,3% и 45,5% случаев, соответственно. Гипертонической болезнью страдали более 65% пациентов, в анамнезе имели перенесенный ИМ 10,3% больных в первой и 22,7% во второй группах. В группе с метаболическим синдромом выявлено достоверно более высокое содержание общего белка крови ($p = 0,021$), уровня глюкозы крови по сравнению с контрольной группой: $7,87 \pm 0,54$ ммоль/л и $5,67 \pm 0,28$ ммоль/л, соответственно ($p = 0,001$). При сравнении липидного спектра отмечается более высокий уровень ОХС во второй группе $5,05 \pm 0,27$ ммоль/л по сравнению с первой $4,89 \pm 0,26$ ммоль/л, ХС ЛПВП в первой группе - $1,29 \pm 0,11$ ммоль/л по сравнению со второй - $1,02 \pm 0,08$ ммоль/л; индекс атерогенности в группе больных с метаболическим синдромом составил $4,85 \pm 0,78$, в группе сравнения - $3,42 \pm 0,31$, $p = 0,041$. В обеих группах выявлены достоверные различия размеров ЛП - $39,61 \pm 0,82$ мм - в группе с метаболическим синдромом, $35,70 \pm 0,79$ мм - в контрольной группе ($p = 0,001$). Более высокая степень гипертрофии миокарда ЛЖ отмечена в группе больных с метаболическим синдромом ($p = 0,01$). Масса миокарда ЛЖ составила - $294,89 \pm 17,07$ г в 1 группе, $329,81 \pm 15,74$ г во второй ($p = 0,078$). Признаки застоя по МКК выявлены достоверно чаще во 2 группе исследования - 63,6% ($p = 0,031$).

Заключение:

Полученные предварительные данные свидетельствуют о более тяжелом течении инфаркта миокарда у больных с метаболическим синдромом и более неблагоприятном прогнозе исхода заболевания у данной группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сотников А. В., Яковлев В. В., Бессонова Н. А.

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, городская больница №28

Введение (цели/задачи):

Оценить значимость особенностей заболевания для показателей выживаемости больных в начальные периоды инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы:

В группе из 765 мужчин и 26 женщин с ИМ (средний возраст $61,2 \pm 0,4$ лет) оценивали параметры общей выживаемости на протяжении 50 дней от начала заболевания методом Каплан-Мейер (с произвольной шириной интервала оценки 5 дней). Для сравнения выживаемости в группах по клиническим признакам (первичный и повторный ИМ, наличие зубца Q) и факторам риска (пол, гиподинамия, сахарный диабет, пароксизмы фибрилляции и трепетания предсердий (МА), частые простудные заболевания в анамнезе) использовали критерий Гехана-Вилкоксона. Случаи с интервенционными процедурами (кроме системного тромболитика у 11%) не включали в исследование.

Результаты:

В представленной группе максимальный уровень летальности отмечен на 1, 2 и 3 отрезках наблюдения (55, 10 и 8 человек, соответственно). Функция выживания приближалась к экспоненциальному распределению: 96,5% больных оставались живыми на протяжении первой недели, 93,1% – второй, 89,7% – третьей, 86,4% – четвертой, 83,1% – пятой; 79,9% – шестой; 76,8% – седьмой. Интенсивность летальности отличалась в течение всего оценочного периода. В начале наблюдения (с 1 по 20 дни) отмечали снижение показателя от 0,014 до 0,002 соответственно, а в дальнейшем незначительное увеличение его со стабилизацией в 20-30 дни заболевания. В 30 до 35 дни заболевания вновь отмечали увеличение показателя до 0,014. За время наблюдения медиана выживаемости в общей группе не достигнута. Из общего числа больных 76,8% оставались живыми в этот период. При сравнении показателей выживаемости в группах больных с Q и non-Q ИМ, первичных и повторных ИМ, факторами риска (пол, гиподинамия, СД, пароксизмы МА в анамнезе, частые простудные заболевания) все изученные признаки в разной степени имели значение. Наиболее сильно отличия выживаемости выражены в группах Q и nonQ ИМ, первичных и повторных ИМ, и по полу. Их отмечали с первых дней заболевания.

Заключение:

В начальные периоды ИМ наиболее высокая вероятность смерти получена в первые дни заболевания и месяц спустя. Неблагоприятно на показатели выживаемости влияли факторы, характеризующие глубину и площадь поражения (зубцы Q, повторные ИМ), женский пол.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Пустотина З. М., Ларёва Н. В., Зуева А. А.,
Жигжитова Е. Б., Жилина А. А., Устинова Е. Е.

Читинская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности системы «ПОЛ-антиоксиданты» у женщин с постгистерэктомическим синдромом.

Материал и методы:

Обследованы 46 женщин (средний возраст 45±5,3 года) после гистерэктомии с сохранением яичниковой ткани, имеющие клинические и лабораторные (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 20 МЕ/л) признаки дефицита эстрогенов. Критериями исключения из исследования явились: ИБС, гипертоническая болезнь, эндокринологические заболевания, тяжелая сопутствующая соматическая патология. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин (средний возраст 45±3,6 года) с сохраненной менструальной функцией, не имеющих гинекологической и соматической патологии. В плазме крови пациенток исследовали уровни начальных и промежуточных продуктов перекисного окисления липидов по методу Волчегорского И.А. и соавт.(1989), общую антиокислительную

активность по методу Промыслова В.М.(1990) в модификации Хышиктуева Б.С.(1997). Также изучали активность каталазы в сыворотке и эритроцитах и перекисную резистентность эритроцитов по описанию Г.А. Яровой (1986). Статистическая обработка проведена с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты:

При оценке начальных продуктов ПОЛ у женщин с постгистерэктомическим синдромом выявлено повышение содержания диеновых конъюгатов на 18%, а кетодиенов и сопряженных триенов на 20% в сравнении с группой контроля ($p<0,05$). Количество промежуточных продуктов ПОЛ – ТБК-активных продуктов сыворотки (субстанций, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой) было незначительно увеличено (на 12%) у данных пациенток. Общая антиоксидантная активность сыворотки была снижена в группе прооперированных женщин на 10%, по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). Также отмечалось снижение активности каталазы сыворотки на 12,8% и каталазы эритроцитов на 15,2% у данных женщин ($p<0,05$). Кроме того, перекисная резистентность эритроцитов была на 18,6% выше в группе женщин после гистерэктомии, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Заключение:

У женщин с постгистерэктомическим синдромом выявлена активация процессов перекисного окисления липидов при одновременном снижении мощности системы антиоксидантной защиты, что может вносить свой вклад в поражение сердечно-сосудистой системы у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОК ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Брыткова Я. В., Стрюк Р. И., Гомова И. С.

ГБОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития РФ

Введение (цели/задачи):

Проанализировать данные суточного мониторинга артериального давления (СМАД) и индекса массы тела (ИМТ) у пациенток перименопаузального периода с артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от морфофункционального состояния толщины комплекса интима-медия (КИМ) общей сонной артерии (ОСА).

Материал и методы:

43 женщинам в перименопаузе с АГ, которые регулярно получали антигипертензивные препараты, было проведено СМАД, определен ИМТ и оценена толщина КИМ ОСА по стандартной методике ультразвукового исследования.

Результаты:

У пациенток с утолщением КИМ ОСА (1,1-1,5 мм) (1 группа, n=25 (58%)) временной гипертонический индекс по систолическому (САД) Me 42,0% (25%;75%: 38,5;57,0%) и диастолическому АД (ДАД) Me 38,0% (25%;75%: 26,0;44,0%) и среднесуточные цифры САД Me 135,5 мм рт.ст.(25%;75%: 129,5;145,5 мм рт.ст.) и

ДАД Ме 90,0 мм рт.ст.(25%;75%: 86,0;101,5 мм рт.ст.) не достигли референтных величин по сравнению с пациентками без изменения толщины КИМ ОСА (до 1,0 мм) (2 группа, n=18 (42%)): временной гипертонической индекс по систолическому (САД) Ме 20,0% (25%;75%: 14,0;26,0%) и диастолическому АД (ДАД) Ме 12,0% (25%;75%: 9,0;15,5%) и среднесуточные цифры САД Ме 128,0 мм рт.ст.(25%;75%: 118,5;137,0 мм рт.ст.) и ДАД Ме 82,0 мм рт.ст.(25%;75%: 76,5;88,0 мм рт.ст.), $p<0,05$. В 1 группе также было отмечено увеличение ИМТ по сравнению со 2 группой, $p<0,05$.

Заключение:

Результаты исследования свидетельствуют о взаимосвязи между недостаточным снижением АД, высоким индексом массы тела и утолщением КИМ ОСА у пациенток в перименопаузе с АГ, что подчеркивает важность коррекции массы тела и адекватного подбора антигипертензивной терапии у данной группы обследуемых.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Дементьева Н. В., Петелина Т. И.,
Мусихина Н. А., Гапон Л. И.

Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН «ТКЦ»

Введение (цели/задачи):

Провести проспективный анализ параметров маркеров воспаления у пациентов со стабильной стенокардией и острым коронарным синдромом спустя год после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием.

Материал и методы:

48 больным ишемической болезнью сердца (средний возраст $58,6\pm 9,1$ лет), находившимся на стандартном коронароактивном лечении (статины, ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, аспирин, клопидогрель) с наличием гемодинамически значимого (более 75%) коронарного стеноза проведена ЧКВ с имплантацией стента с лекарственным покрытием. В 1 группу вошли пациенты со стабильной стенокардией (n=26), во 2 группу - с острым коронарным синдромом (ОКС) (n=22). Исходно и через $11,8\pm 2,3$ месяцев исследованы уровни маркеров воспаления: hs С-реактивного белка (hs-CRP), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), гомоцистеина, CD40 – лиганда (CD40L), рецептора CD40, сигнальной системы CD40/CD40L, матриксной металлопротеиназы-9 (MMP-9), тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (TIMP-1).

Результаты:

Исходно и спустя год после ЧКВ со стентированием в обеих группах среди параметров: рецептора CD40, CD40L, CD40/CD40L, гомоцистеина, MMP-9 и TIMP-1 не зарегистрировано как исходно высоких значений, так и достоверных различий ($p>0,05$). Существенно выше во 2 группе оказались значения ФНО- α и hs-CRP. В динамике среди 1 и 2 групп зарегистрированы значимое снижение ФНО- α и повышение концентрации hs-CRP.

Заключение:

Отмечаются гиперактивация системного и угнетение местного воспалительного ответов, сопряженные с гемодинамически значимым коронарным стенозом, что определяет неблагоприятный прогноз вне связи с вариантом течения ишемической болезни сердца.

ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ГЕНЕТИЧЕСКИ-ОБУСЛОВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ковалева М. В., Афонин В. Ю.

ГНУ «Институт биоорганической химии НАН Беларуси»

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние троксерутина на действие лизиноприла и каптоприла в условиях генетически-обусловленной артериальной гипертензии

Материал и методы:

Для оценки комбинированного действия лизиноприла и каптоприла с троксерутином использовали самцов крыс SHR. Крысы были распределены на 7 групп по 16 шт: 1-ая группа животных получала лизиноприл 0,5 мг/кг; 2-ая – лизиноприл 0,5 мг/кг и троксерутин 9 мг/кг; 3-я-лизиноприл 8 мг/кг; 4-я- каптоприл 2,5 мг/кг; 5-я – каптоприл 2,5 мг/кг и троксерутин 9 мг/кг; 6-я – каптоприл 15 мг/кг; 7-я -контроль. Лекарственные средства (ЛС) вводили с питьевой водой животным натошак, начиная с возраста 6 недель. Крысы контрольной группы получали воду. Для оценки действия ЛС проводили контроль активности таких биохимических ферментов сыворотки крови как аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), креатиновой киназы (КФК), креатиновой киназы сердечной мышцы (КФК-МБ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), лактатдегидрогеназы клеток сердечной мышцы (ЛДГ-1). Плазму крови получали при центрифугировании сыворотки крови животных. Для оценки биохимических показателей использовали наборы Liquick Cor, Cormay. Активность ферментов плазмы крови измеряли на биохимическом анализаторе (Hitachi 902 ISE Hitachi Science Systems Ltd, Roche diagnostics Gmth). Статистическую обработку проводили с использованием пакета анализа данных Excel и Statistica 8.0 непараметрическими методами Манна-Уитни для множественного сравнения. Результаты представлены как среднее арифметическое значение плюс/минус стандартная ошибка среднего для выборки.

Результаты:

У крыс линии SHR троксерутин в комбинации с лизиноприлом вызывал увеличение уровня фермента АЛТ по сравнению с контрольной группой и группами, получающими лизиноприл в дозах 0,5 и 8 мг/кг, например значения указанного фермента были равны $96,3\pm 1,9$ Ед/л и $86,2\pm 2,9$ Ед/л, $88,6\pm 3,1$ Ед/л, $75,8\pm 6,2$ Ед/л ($p<0,05$), соответственно. Также ЛС при комбинировании с каптоприлом вызывало увеличение значений ферментов ЛДГ и КК-МБ, по сравнению с контрольной группой и группами, получающими каптоприл в дозах 2,5 и 15 мг/кг, например значения указанных ферментов были равны 2449 ± 99 Ед/л и 2702 ± 154 Ед/л, 1897 ± 154 Ед/л и 1958 ± 211 Ед/л,

1936±125 Ед/л и 2056±205 Ед/л, 1805±100 Ед/л и 2035±184 Ед/л ($p<0,05$), соответственно. Лизиноприл вызывал дозозависимое снижение ЛДГ, ЛДГ1 и достигал статистической значимости в дозе 8 мг/кг по сравнению с группой контроля, которые были равны 1701±77 Ед/л и 686±28 Ед/л, 1339±106 Ед/л и 536±33 Ед/л в исследуемых и 1897±154 Ед/л и 770±54 Ед/л в контрольной группах ($p<0,05$), соответственно. Каптоприл вызывал достоверное снижение АЛТ в дозе 15 мг/кг, по сравнению с контрольной группой, значения фермента были равны 77,5±2,6 Ед/л и 86,2±2,9 Ед/л ($p<0,05$), соответственно. Таким образом, высокие значения АЛТ наблюдаются в группах, получающих комбинацию троксерутина с лизиноприлом. Увеличение уровня ЛДГ, КК-МБ наблюдается при введении троксерутина с каптоприлом. В то время как лизиноприл дозозависимо снижает уровни ЛДГ и ЛДГ-1, а каптоприл в высокой дозе снижает значение АЛТ.

Заключение:

Крысы линии SHR являются подходящей моделью для исследования процессов ремоделирования миокарда с использованием биохимических маркеров. Троксерутин оказывает влияние на кардиопротекторное действие лизиноприла и каптоприла.

ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ОБОИХ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кобаль Е. А., Саидова М. А.,
Данилов Н.М., Мартынюк Т. В., Чазова И. Е.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Цель: выявить возможные предикторы положительной острой фармакологической пробы у пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ) при изучении глобальной сократительной функции миокарда правого (ПЖ) и левого желудочков (ЛЖ) сердца путем оценки динамики систолических и диастолических показателей тканевого миокардиального доплера (ТМД)- пиков Sa и Ea во время острого фармакологического теста (ОФП) с ингаляционным оксидом азота (иНО).

Материал и методы:

В исследование был включен 21 пациент (19 женщин и 2 мужчин) с ИЛГ в возрасте 21-57 (средний возраст 42±9,8 лет). Всем пациентам была проведена не инвазивная ОФП с иНО (20pprt в течение 10мин) под контролем эхокардиографии (ЭхоКГ) за два часа до проведения катетеризации правых отделов сердца (КПОС) с ОФП. Измерение систолического давления в легочной артерии (СДЛА) было выполнено в покое и через 10 мин. после иНО. Пациенты были разделены на две группы по результатам ОФП: 11 больных с (+)ОФП (в соответствии с общепринятыми критериями) / 10 больных с (-)ОФП. ЭхоКГ включала рутинные параметры и ТМД для оценки показателей систолической и диастолической функции миокарда ПЖ и ЛЖ (ТМД от кольца свободной стенки правого и левого желудочков: Sa- пик, отражающий скоростные показатели во время систолы; Ea-пик, отражающий раннюю диастолу) до и после ОФП.

Результаты:

У пациентов с ИЛГ (ФК II-IV, ВОЗ) средний градиент трикуспидальной регургитации (ТР) составил 71,2±22 мм.рт.ст. У всех пациентов, включенных в исследование, отмечалась ТР III ст. Учитывая уровень давления в правом предсердии (диаметр НПВ на вдохе/выдохе) среднее СДЛА было 82,5±23,2 мм.рт.ст. по данным ЭхоКГ до ОФП. Среднее СДЛА было 72±27,7 мм.рт.ст. по ЭхоКГ после ОФП. По данным КПОС среднее СДЛА было 88,7±22,5 мм.рт.ст. до пробы и 77±31 мм.рт.ст. после иНО. Достоверных различий в динамике стандартных ЭхоКГ показателей не было. Через 10мин. иНО было выявлено достоверное увеличение пиков Sa, Ea от кольца ПЖ и от кольца ЛЖ у пациентов ответчиков. Пик Sa от кольца ПЖ до/после пробы: 5,9/7,1 см/сек. Пик E' от кольца ПЖ до/после пробы: -4,8/-6, 4 см/сек. Пик Sa от кольца ЛЖ до/после пробы: 4,5/4,9 см/сек. Пик E' от кольца ЛЖ до/после пробы: -5,6/-6,9 см/сек.

Заключение:

Пики Sa, Ea по данным ТМД могут быть использованы как предикторы положительной вазореактивной реакции у пациентов с ИЛГ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В МЕНОПАУЗЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ АМПРИЛАН

Мирсайдуллаев М. М.,
Мирсайдуллаев М. М. (млад), Расулов А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность гипотензивной терапии препаратом амприлан (рамприл, KRKA, Словения), а также приверженность к ней в группе лиц женского пола с гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы:

Обследовано 35 женщин в возрасте 38-65 с ГБ 1-й и 2-й степени, МС (абдоминальное ожирение, дислипидемия, нарушения углеводного обмена). У 16 пациенток – сахарный диабет (СД) типа 2, у 7- нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). В качестве гипотензивного препарата назначался амприлан в дозе 5-10 мг в сутки утром в монотерапии. Динамика АД, оценка терапии пациентками, их приверженность к лечению оценивали через 4 и 12 недель, проводимой терапии.

Результаты:

У всех пациенток назначенная гипотензивная терапия привела к снижению АД. После назначения 5 мг препарата целевой уровень АД ($\leq 130/80$ мм. рт. ст.) достигнут у 17 пациенток уже через 4 недели лечения. У остальных пациенток (18 человек) доза препарата была увеличена до 10 мг в сутки. Через 12 недель АД $\leq 130/80$ мм. рт. ст. при контрольном измерении и по данным дневников самоконтроля был выявлен у 35 жен-

щин. Через 12 недель терапии продолжали все опрошенные пациентки, выявлено поддержание АД на целевом уровне, высокая приверженность хорошая переносимость терапии. Паци-ентки оценили эффективность проводимой терапии как «высокую», режим приема амприлана как «очень удобный». Отмечено улучшение эмоционального фона, связываемое пациентками с достижением целевого уровня АД при удобном режиме лечения.

Заключение:

Гипотензивная терапия препаратом амприлан у пациенток с МС приводит к достижению и сохранению в течение длительного времени целевых цифр АД. Отмечается удобство данной терапии высокая приверженность к ней на амбулаторном этапе лечения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ РЧА-ПРОЦЕДУРЫ СОХ-MAZE IV СИСТЕМОЙ ADHERE У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Минаев В. В., Баяндин Н. Л.

Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ГКБ №15

Введение (цели/задачи):

Продемонстрировать свой опыт применяя данного метода лечения фибрилляции предсердий у пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, требующей операций с ИК.

Материал и методы:

За 2012 было прооперировано 8 больных с пароксизмальной (3) и персистирующей (5) формами фибрилляции предсердий. В качестве кардиальной патологии, потребовавшей операции с ИК была: ИБС - 3 пациента, митральный стеноз - 4 пациента, митральная недостаточность+ИБС - 1 пациент. Средний возраст -62 года. Стаж фибрилляции предсердий от 2 до 8 лет. Размеры ЛП от 4,5 см до 6,2 см. В анамнезе у одной пациентки наблюдался эпизод ТИА за 1 год до операции.

Результаты:

Время ИК по сравнению со стандартной операцией увеличилось на 10-40 минут. Синусовый ритм был восстановлен у всех больных, однако у пациентов с пароксизмальной формой срывов не было, в то время как у 3 пациентов с персистирующей формой наблюдался срыв ритма на 7-14 сутки после операции, вызванный несоблюдением протокола антиаритмической терапии. У одного пациента развилась полная поперечная блокада, потребовавшая имплантации постоянного ЭКС. Других осложнений не было.

Заключение:

Выполнение модифицированной РЧА-процедуры Сох-Maze IV системой Adhere показало высокую эффективность, достаточную безопасность, при условии соблюдения протокола оперативного лечения и послеоперационного ведения пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОРТОПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ибатов А. Д.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Введение (цели/задачи):

Изучить вариабельность ритма сердца (ВРС) при ортопробе у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Обследован 61 больной стенокардией II-III ФК с сопутствующей артериальной гипертензией (средний возраст $55,8 \pm 7,2$ лет), которые составили 1 группу и 46 пациент со стенокардией II-III ФК без артериальной гипертензии (средний возраст $53,8 \pm 6,8$ лет) – 2 группа. У пациентов исследована ВРС по 5-минутным записям кар-диоинтервалограммы в покое и при ортопробе

Результаты:

Группы не различались по длительности ИБС и проводимой терапии. По данным ВРС в покое в 1 группе выявлено, что показатель SDNN был снижен и составил $28,9 \pm 1,78$ мс. При частотном анализе выявлено снижение общей мощности спектра - TP составила $799,7 \pm 87,5$ мс², вегетативный баланс был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) - отношение LF/HF составило $0,77 \pm 0,25$. Во 2 группе SDNN составила $36,18 \pm 2,53$ мс ($p > 0,05$), TP составила $980,02 \pm 2,54$ мс² ($p > 0,05$), соотношение LF/HF – $1,20 \pm 0,26$ ($p > 0,05$). При ортопробе в 1 группе наблюдалось снижение показателя рNN50 и мощности в высокочастотном диапазоне HF, соответственно на 69,6% и 63,1% ($p < 0,05$), что свидетельствует об угнетении парасимпатического отдела ВНС. Кроме того, наблюдалось снижение аб-солютной мощности TP, а также снижение мощности в диапазоне низких (LF) и очень низких частот (VLF) соответственно на 37,0%; 30,5% и 19,3% ($p > 0,05$). Вегетативный баланс соответствовал равновесию между симпатическим и парасимпатическим отделам ВНС (отношение LF/HF составило $1,46 \pm 0,51$). Во 2 группе при ортопробе рNN50% снижалось, TP незначительно повышалось, HF – достоверно снижалось, LF- практически не изменялось, VLF- возрастало, при этом соотношение LF/HF составило $2,79 \pm 0,67$ (достоверно возросло по сравнению с исходным значением на 132,69%).

Заключение:

Пациенты с ИБС и АГ реагировали на ортопробу в основном угнетением парасимпатического отдела ВНС с незначительной активацией симпатической нервной системы, больные с ИБС без АГ отвечали на ортопробу снижением активности парасимпатического отдела ВНС и активацией симпатического отдела ВНС.

ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Оскола Е. В., Шубина А. Т.,
Заирова А. Р., Рогоза А. Н., Карпов Ю. А.
ФГБУ РКНПК МЗ и СР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Цель: изучить показатели жесткости артерий различных типов: аорты (эластический тип), общей сонной артерии (мышечно-эластический тип), плечевой и лучевой артерий (мышечный тип) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ) с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) и без нарушений углеводного обмена.

Материал и методы:

Обследовано 42 пациента с ИБС и АГ, среди них 20 больных с СД 2 типа и 22 больных без нарушений углеводного обмена в возрасте от 40 до 75 лет. Группы были сопоставимы по возрасту и уровню артериального давления (АД). Каротидно-феморальную скорость пульсовой волны (СПВкф), как косвенный показатель СПВ в аорте, определяли методом апplanationной тонометрии на аппарате SphygmoCor. Показатели локальной жесткости (индекс жесткости бета, модуль упругости (Ер), растяжимость (АС) общих сонных артерий (ОСА), плечевой артерии (ПА), лучевой артерии (ЛА) изучали с применением технологии эхо-трекинг на ультразвуковом аппарате «АlocaProSound альфа 7». Статистическая обработка результатов осуществлялась непараметрическим методом.

Результаты:

У больных с ИБС и АГ при наличии СД 2 типа отмечена тенденция к более высоким значениям СПВкф: $11,7 \pm 2,1$ м/с против $10,9 \pm 2,4$ м/с в группе больных без нарушений углеводного обмена ($p=0,08$), а также выявлены более высокие значения индекса бета ОСА ($13,5 \pm 4,5$ против $10,5 \pm 2,0$, $p=0,014$) и Ер ОСА ($190,1 \pm 69,82$ кПа против $149,4 \pm 36,1$ кПа, $p=0,048$). По показателям локальной жесткости артерий мышечного типа (ПА, ЛА) различий в сравниваемых группах не выявлено.

Заключение:

У больных с ИБС, АГ и СД 2 типа при сравнении с больными без нарушения углеводного обмена отмечено увеличение жесткости артерий эластического и смешанного типов: по показателям СПВкф, бета и Ер ОСА. Аналогичных достоверных изменений показателей жесткости артерий мышечного типа не выявлено.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кылбанова Е. С., Егорова Е. И.,
Никаноров В. Н., Кочнева М. И.

Северо-восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова, РБ№2-ЦЭМП,

Введение (цели/задачи):

Выявление нарушений липидного профиля у пациентов с острым коронарным синдромом

Материал и методы:

Обследовано 133 больных с острым коронарным синдромом (ОКС), из них женщин 45, мужчин 88; лица коренной национальности – 39, некоренной национальности (европеоиды) – 84. Средний возраст – 58 лет. Больные были подразделены на 3 группы: 1-ая группа – с диагнозом Q-позитивный инфаркт миокарда (ИМ) – 67 чел; 2-ая группа – с д-зом Q-негативный ИМ – 28 чел; 3-я группа – с д-зом нестабильная стенокардия – 38 человек. У больных исследован липидный спектр сыворотки крови: показатели общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) и триглицеридов (ТГ). Индекс атерогенности рассчитывали по формуле: $IA = \text{ХС ЛНП} / \text{ХС ЛВП}$, высоким значением IA считали показатель более 2,5.

Результаты:

Средний уровень ОХС у больных с ОКС (133 чел.) составил $5,0 \pm 0,12$ ммоль/л, ХС ЛНП – $3,2 \pm 0,09$ ммоль/л, ХС ЛВП – $1,2 \pm 0,03$ ммоль/л, ТГ – $1,8 \pm 0,11$ ммоль/л; индекс атерогенности (IA) – $2,85 \pm 0,10$. При сравнении показателей липидного профиля у мужчин и женщин выявлены различия в показателях ХС ЛНП: $3,4 \pm 0,11$ ммоль/л против $2,9 \pm 0,16$ ммоль/л, $p < 0,01$. Между этническими группами отмечено некоторое превышение уровня ХС ЛНП у пришлых жителей ($3,4 \pm 0,12$ ммоль/л), чем у якутов ($2,9 \pm 0,16$ ммоль/л), $p=0,054$. В группах пациентов с Q-позитивным и Q-негативным ИМ значимых различий не выявлено. Но вместе с тем при сравнении 1-й и 3-й групп, в группе больных с Q-позитивным ИМ отмечена более негативная характеристика липидного профиля: средний уровень ОХС равен $5,2 \pm 0,18$ ммоль/л, ХС ЛНП – $3,4 \pm 0,14$ ммоль/л, ХС ЛВП – $1,2 \pm 0,04$ ммоль/л, ТГ – $1,8 \pm 0,17$ ммоль/л, IA – $3,03 \pm 0,13$. В 3-й группе липидный спектр составил: средний уровень ОХС – $4,6 \pm 0,20$ ммоль/л ($p_{1-3}=0,09$), ХС ЛНП – $2,9 \pm 0,17$ ммоль/л ($p_{1-3} < 0,05$), ХС ЛВП – $1,2 \pm 0,06$ ммоль/л, ТГ – $1,9 \pm 0,21$ ммоль/л, IA – $2,58 \pm 0,20$ ($p_{1-3} < 0,05$). При гендерном анализе у мужчин эти различия нивелируются, у женщин различия по показателям ХС ЛНП и IA сохраняются.

Заключение:

У больных с Q-позитивным ИМ липидный профиль имеет более негативный характер в сравнении с больными Q-негативным ИМ и нестабильной стенокардией. У пришлых жителей нарушения липидного профиля более выражены в сравнении с якутами в обследованной группе больных с ОКС.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Титов Б. В., Матвеева Н. А., Барсова Р. М.,
Мартынов М. Ю., Гусев Е. И., Фаворова О. О.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, ГБОУ ВПО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Комплексное полигенное заболевание ишемический инсульт (ИИ) является важной медико-социальной проблемой. Большая роль в развитии ИИ принадлежит воспалению. Целью работы был анализ вклада в предрасположенность к ИИ полиморфизма ряда генов системы воспаления.

Материал и методы:

Аллельные полиморфизмы генов PDE4D, CTLA4, IFNG, IL4, IL6, LTA, TGFB1, TNF анализировали методами на основе ПЦР у пациентов с ИИ (200 человек) и в контрольной группе (146 человек), все русской этнической принадлежности. Для поиска сочетаний, ассоциированных с ИИ, применяли программное обеспечение APSampler; значимыми считали те из них, для которых $p < 0.05$.

Результаты:

Наблюдали позитивную ассоциацию с ИИ носительства аллелей IL6*(-174)G, PDE4D*87C и генотипа TGFB1*(-509)T/T. Комплексный анализ показал, что аллели/генотипы генов IL6, TGFB1 и PDE4D более значимо, чем поодиночке, ассоциированы с ИИ в составе сочетаний IL6*(-174)G+TGFB1*915G/G, PDE4D*87C+TGFB1*(-509)T/T и PDE4D*87C+TGFB1*915G/G. Выявлены также протективные сочетания генотипа IL6*(-174)C/C или аллеля TGFB1*(-509)C с аллелями генов IFNG*874A, TNF*(-308)G, IL4*(-590)C или CTLA4*49A. Как при анализе общей группы, так и при разделении на подгруппы, сформированные в зависимости от пола пациентов и возраста развития у них ИИ, соблюдается закономерность: аллель полиморфного участка, входящий в протективное сочетание, является альтернативным для аллеля из предрасполагающего сочетания.

Заключение:

Показан кумулятивный эффект полиморфизма генов системы воспаления на развитие ИИ, причем основными факторами риска является носительство аллелей IL6*(-174)G, PDE4D*87C и генотипа TGFB1*(-509)T/T. При стратификации общих групп на две подгруппы по полу или по возрасту ассоциации с ИИ полиморфных участков этих генов сохраняются, по крайней мере в одной из подгрупп. Полученные данные могут быть использованы для оценки индивидуального риска развития ИИ. Работа поддержана Государственным контрактом № 8/3-280н-10.

ПРЕДИКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ДИНАМИКИ АКТИВИРОВАННОГО ЧАСТИЧНОГО ТРОМБОПЛАСТИНОВОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОТНОШЕНИИ ГОСПИТАЛЬНОГО ПРОГНОЗА

Никишин А. Г.

Республиканский специализированный
центр кардиологии

Введение (цели/задачи):

Изучить взаимосвязь уровня достижения гипокоагуляции на фоне гепаринотерапии у больных острым инфарктом миокарда с клиническим течением болезни в госпитальном периоде.

Материал и методы:

В исследование включено 289 больных острым инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 48 часов, которым проводилась инфузия гепарина в международно-рекомендованной дозировке (60 ЕД/кг болюсом, но не более 4000 ЕД) с последующей инфузией 12 ЕД/кг, но не более 1000 ЕД/час с переходом на 4 дневный курс подкожных инъекций в суточной дозе 30 000 ЕД. Дозирование НФГ при внутривенной инфузии определялось по уровню активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в соответствие с номограммой. Группу разделили на 2 подгруппы в зависимости от наличия одного из неблагоприятных ишемических исходов (смерть, нефатальный реинфаркт, развитие ранней стенокардии). В качестве исследуемого показателя мы проанализировали количество больных, у которых не удалось достичь целевых значений АЧТВ 40 с.

Результаты:

Проведенный анализ показал отсутствие значимых различий. Среднее количество больных, не достигших целевого уровня АЧТВ, хотя и был в первые сутки выше в группе больных с сердечно-сосудистыми событиями, но различия не достигали статистической значимости. Таким образом, нам не удалось продемонстрировать предикторную роль «недостижения» целевого уровня АЧТВ в отношении риска ишемических событий. Следующим этапам мы провели попытку создания маркера неблагоприятного прогноза на ранних этапах терапии гепарином по реакции АЧТВ на инфузию гепарина через 6 часов (АЧТВ2) относительно исходного уровня (АЧТВ1). Из всей когорты пациентов мы вычленили больных, у которых соотношение различий между 1 и 2 измерениями АЧТВ были менее 1,5, т.е. увеличение АЧТВ не достигало рекомендуемой. Показатели летальности и комбинированной точки в группе с АЧТВ1\АЧТВ2 менее 1,5 были несколько хуже, но также достичь достоверности различий не удалось.

Заключение:

Не выявлено четкой корреляции между уровнем достижения состояния гипокоагуляции на фоне инфузии гепарина и госпитальными исходами. Учитывая доказанное клиническое преимущество инфузии гепарина при ОИМ можно предположить, что эффективность гепарина обусловлена не только его антикоагулянтными эффектами.

ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДАХ КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И АРИТМИИ В ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Грицук С. Ф.
ЦНИИС и ЧЛХ

Введение (цели/задачи):

При внесердечных хирургических вмешательствах, попытки многих исследователей были направлены на минимизацию отрицательного влияния массивной кровопотери на мозг. Одной из особенностей операций в ЧЛХ является сопровождающая их кровопотеря, которая зависит от множества хирургических и нехирургических факторов и имеет ряд особенностей, характерных для вмешательств на черепе при удалении значительных по объему «сосудистых» новообразований (кавернозные гемангиомы, нейрофиброматоз). Цель: оценить изменения метаболизма, электрическую активность и кислородный статус головного мозга при удалении «сосудистых» новообразований в черепно-челюстно-лицевой области и оптимизировать анестезиологическое обеспечение путем прекондиционирования.

Материал и методы:

Проводилось ретроспективное, рандомизированное, когортное исследование. Обследовано 25 пациентов, в возрасте от 16 до 32 лет. Продолжительность анестезии составляла 12-14 часов. Критерии включения в группу исследования: проведение оперативного вмешательства в плановом порядке. Критериями исключения была сопутствующая патология, воспалительные процессы. Одной из особенностей хирургического удаления значительных участков гемангиомы, достигающей значительных размеров (до $\pm 4,5$ кг), является необходимость временного выключения магистральных артерий из кровотока. Для профилактики осложнений и проверки степени компенсации мозгового кровотока мы применяли предварительное пробное пережатие общей сонной артерии (ОСА) - проба Матисса, под контролем ЭЭГ (10 канальный электроэнцефалограф ЭЭ 21Д Яп.).

Результаты:

Установлена определенная закономерность: кривые ЭЭГ в течение всей операции оставались относительно стабильными – разница после пережатия и после восстановления кровотока по ВСА и минимальными значениями в период ее пережатия были незначительными, что свидетельствовало об адекватном коллатеральном кровоснабжении мозга. Как в первой, так и во второй группе оперативное вмешательство не осложнило картину ЭЭГ и ее показатели не выходили за пределы удовлетворительных данных. Однако следует отметить, что характер выраженности сдвигов на ЭЭГ в первой группе был более позитивен. Мы испытывали трудности в однозначности трактовки появляющихся ЭЭГ - изменений, что было обусловлено как влиянием ЭЭГ к определенным препаратам для наркоза, колебаниями АД, повышенной реактивностью синокаротидной зоны. Использование методики дробного и прерывистого пережатия сосудов (первая группа) по данным ЭЭГ, уменьшало выраженность гипоксических влияний на мозг. Ни у кого из пациентов, включенных в исследование, не отмечалось осложнений, а данные ЭЭГ носили

преходящий характер. Мы не отметили достоверных различий между группами по количеству кровопотери, диурезу и гидробалансу.

Заключение:

Выводы. 1. Данные транскраниальной ЭЭГ при пробном пережатии ОСА и выключение из кровотока ВСА, рассматривались нами как важный метод мониторинга гемодинамики головного мозга, и позволило корректировать тактику проведения анестезии и хирургического вмешательства при удалении сосудистых новообразований в черепно-лицевой области. 2. При выполнении онкологических вмешательств и перевязке магистральных сосудов на шее, задачей анестезиолога при массивной кровопотере: поддержание достаточной преднагрузки путем интенсивной и опережающей внутривенной инфузии, своевременное использование кардиовазотоников (эфедрина, норадреналина, адреналина) для поддержания пост- и преднагрузки в случаях возможного кризиса гемодинамики. 3. Изменение церебрального метаболизма и увеличение содержания: кортизола, глюкозы, лактата, фибриногена, в крови, оттекающей от мозга (bulbus v. jugularis) в обеих группах, свидетельствовало об увеличении доли анаэробного обмена. 4. Отмечалось протективное действие прекондиционирования (в первой группе) со снижением церебрального метаболизма и улучшением показателей оксигенации, снижение содержания глюкозы в артериальной крови. 5. Оценка изменения церебральной гемодинамики в бассейне выключенной из кровотока магистральной артерии головного мозга позволило с высокой степенью достоверности определить показания к проведению пробных пережатий ОСА, которые активируют защитные эндогенные механизмы, которые обеспечивают толерантность мозга к последующим более длительным и более тяжелым периодам ишемии. 6. Интраоперационная гипертензия обеспечивает гемодинамически стабильное течение анестезии, что позволяет поддерживать гемодинамическую составляющую перфузии мозга на стабильно высоком уровне.

ПРИМЕНЕНИЕ АФЕРЕЗА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Ежов М. В., Хаустов А. И., Клесарева Е. А.,
Сафарова М. С., Малахов В. В., Шитов В. Н.,
Саидова М. А., Коновалов Г. А., Покровский С. Н.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, КДЦ МЕДСИ, Москва

Введение (цели/задачи):

Изучить влияние афереза иммуноглобулинов (Ig афереза) на клиническое состояние, динамику уровня IgG, ААТ к $\beta 1$ -адренорецепторам и эхокардиографических показателей у больных ДКМП и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) III-IV функционального класса (ФК).

Материал и методы:

В открытое, контролируемое, проспективное 12-месячное исследование включено 18 человек (17 мужчин в возрасте от 30 до 73 лет, 50 ± 11 лет), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $29,4 \pm 6,5\%$. Больные основной группы (n=10) получили курс из 5 процедур Ig афереза с понедельника по

пятницу, больные контрольной группы (n=8) находились на стандартной медикаментозной терапии. Все больные прошли клиническое обследование исходно, через 1, 3, 6 и 12 мес.

Результаты:

Группы были сопоставимы по исходным клиническим, биохимическим и ультразвуковым характеристикам. После проведения курса Ig афереза отмечено выраженное снижение уровня IgG и титра ААТ к β 1-адренорецепторам. В основной группе по данным теста 6-минутной ходьбы отмечен прирост дистанции с 303 ± 86 до 529 ± 108 м, $p < 0,0005$, достоверное снижение уровня мозгового натрийуретического пептида, увеличение ФВ ЛЖ к 6 месяцам наблюдения до $33,5 \pm 6,7\%$ ($p = 0,06$). К 12 месяцу отмечено нарастание титра ААТ к β 1-адренорецепторам и некоторое снижение ФВ ЛЖ. Трех больных в связи прогрессированием явлений ХСН после перенесенной вирусной инфекции провели повторный курс Ig афереза с улучшением состояния. В контрольной группе существенной динамики в состоянии и исследуемых характеристиках за время наблюдения не произошло.

Заключение:

После курса 5 ежедневных процедур Ig афереза у больных ДКМП и ХСН наблюдается увеличение толерантности к физической нагрузке и постепенное нарастание фракции выброса левого желудочка к 6 месяцам наблюдения. Учитывая неблагоприятный прогноз и ограниченные возможности эффективного лечения больных ДКМП, метод Ig афереза может быть рекомендован для широкого использования к клинической практике как новый эффективный подход к лечению данного заболевания.

ПРОГРАММА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Максимова Ж. В.

Свердловский областной центр
медицинской профилактики

Введение (цели/задачи):

Как и в целом по России, в Свердловской области регистрируется высокая преждевременная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди мужчин трудоспособного возраста. С целью снижения сердечно-сосудистого риска (ССР) с 2011 года на территории Свердловской области реализуется программа, направленная на профилактику ССЗ у мужчин 40-55 лет. Задачами программы являются выявление и коррекция факторов риска (ФР) ССЗ в целевой группе, повышение информированности населения о ФР ССЗ и повышение компетентности медицинских работников в вопросах профилактического консультирования.

Материал и методы:

В программе принимают участие все амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения Свердловской области: поликлиники, общие врачебные практики, Центры здоровья для взрослых. Мероприятия в рамках программы включают: - первичное анкетирование и обследование мужчин целевой

группы (определение статуса курения, количества употребляемого алкоголя, измерение роста, веса, подсчет индекса массы тела, регистрация АД, исследование уровня холестерина и глюкозы, определение 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE); - поведенческое консультирование по коррекции факторов риска; - необходимое дообследование и лечение пациентов при выявлении артериальной гипертонии, гиперхолестеринемии, гипергликемии; - повторное анкетирование и обследование мужчин с факторами риска через год после первичного обследования.

Результаты:

К апрелю 2012 года скрининговое обследование прошли 13540 мужчин 40-55 лет, среди них факторы риска ССЗ выявлены у 80,1%, а высокий 10-летний ССР по шкале SCORE - у 17%. Курит 55,6%, злоупотребляет алкоголем 20,9% мужчин целевой группы. Артериальная гипертония обнаружена у 35,7%, избыточная масса тела и ожирение - у 41,2%. Гиперхолестеринемия зарегистрирована у 26,9%, гипергликемия - у 9,1%.

Заключение:

Ожидается, что в результате вмешательства в целевой группе уменьшатся среднее количество факторов риска ССЗ на 1 человека, средний суммарный 10-летний риск смерти от ССЗ и сократится число лиц, имеющих высокий 10-летний риск смерти от ССЗ ($\geq 5\%$ по шкале SCORE).

ПРОГРЕСС В РАЗРАБОТКЕ ПРОТИВООТЕЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПЕПТИДНОЙ ПРИРОДЫ

Халчаев А. Ю., Самсонов М. В.,
Казакова О. В., Вилиткевич Е. Л., Сидорова М. В.,
Бушуев В. Н., Абрамов А. А., Лакомкин В. Л.
Капелько В. И., Беспалова Ж. Д., Ширинский В. П.
ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, ИЭК РКНПК, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Острый отек жизненно важных органов (легких, мозга и др.) в ответ на стрессорные факторы сопровождается высокой смертностью и требует неотложного медицинского вмешательства. Имеющиеся лекарственные средства не воздействуют на гиперпроницаемость эндотелия микрососудов, обуславливающую развитие отека. Ключевую роль в развитии гиперпроницаемости играет эндотелиальная киназа легких цепей миозина (КЛЦМ), что позволяет рассматривать подавление активности этого фермента в качестве перспективного терапевтического подхода. Действительно, проникающий через плазматическую мембрану пептидный ингибитор КЛЦМ L-PIK (Lukas et al., 1999) подавляет активность КЛЦМ *in vitro* и *in vivo*.

Материал и методы:

Мы синтезировали ряд пептидных аналогов L-PIK (ПИК1, 2, 3, 4, 5), содержащих защитные модификации для повышения стабильности пептида в плазме крови. Время жизни полученных пептидов в плазме крови человека исследовали методом ¹H-ЯМР. Ингибиторную активность пептидов сравнивали *in vitro* с использованием очищенных легких цепей миозина и

КЛЦМ, и на культуре клеток в модели гиперпроницаемости в ответ на тромбин. В экспериментах *in vivo* анализировали влияние пептидов ПИК на развитие отека легких в ответ на инъекцию липополисахарида (ЛПС) у крыс.

Результаты:

Введенные модификации позволили значительно (в несколько раз) увеличить стабильность пептидов в плазме крови, при этом не происходило значимого снижения ингибиторной активности пептидов, а в случае ПИК2 наблюдалось усиление ингибиторных свойств. ПИК2 подавлял развитие гиперпроницаемости монослоя эндотелиальных клеток, а также снижал отек легких и повышал выживаемость у крыс после введения ЛПС в более низких концентрациях, чем другие пептиды.

Заключение:

Таким образом, получена улучшенная версия пептидного ингибитора КЛЦМ, обладающая более продолжительным временем жизни в плазме крови и более высокой противотечной активностью. Данная молекула представляется перспективной для разработки новых лекарственных средств пептидной природы для борьбы с острым отеком легких и мозга.

РОЛЬ TRP64ARG ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β 3-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Срожидинова Н. З., Хамидуллаева Г. А., Нагай А. В.
Республиканский Цент Кардиологии
РСЦК, Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/задачи):

Изучить взаимосвязь между Trp64Arg полиморфизмом гена β 3-адренорецепторов (ADRB3) и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) узбекской национальности.

Материал и методы:

В исследование были включены 163 больных мужчин узбеков с АГ. Средний возраст больных составил $47,2 \pm 11,0$ лет, длительность АГ $5,5 \pm 4,4$ лет. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови. Полиморфный участок гена ADRB3 амплифицировали с помощью ПЦР. Для идентификации аллелей применялась рестриктаза Msp I. Всем больным проведено ЭХОКГ с доплерографией в М- и В-режиме. ГЛЖ устанавливали при $\text{ИММЛЖ} \geq 125 \text{ г/м}^2$.

Результаты:

Распределение частот генотипов Trp64Arg полиморфного маркера гена ADRB3 среди больных АГ было следующим: AA-генотип в 3,1% случаев, AT-генотип в 35%, TT-генотип в 61,9% случаев, $\chi^2=127,51$, $df=2$, $p=0,000$. Распределение аллелей составило: А-аллель - в 20,6% случаев, Т-аллель - в 79,4% случаев, $\chi^2=223,8$, $df=1$, $p=0,000$. Для дальнейшего анализа больные были разделены на 2 группы соответственно по носительству аллелей. Носители Trp64 и 64Arg аллелей

между собой не различались по уровню САД ($159,1 \pm 15,7$ против $158,7 \pm 14,8$ мм рт.ст.) и ДАД ($102,2 \pm 9,4$ vs $99,9 \pm 9,4$ мм рт.ст.) соответственно. Несмотря на то, что носители Trp64 и 64Arg аллелей не различались по выраженности ГЛЖ (83,8% против 85,1%, $\chi^2=0,005$, $df=1$, $p=0,094$) и по уровню ИММЛЖ ($330,9 \pm 75,4$ vs $328,3 \pm 70,9$ кг/м², $p=0,79$), выявлено достоверно большая ОТС у носителей Trp64 аллеля ($49,9 \pm 5,8\%$, против $48,3 \pm 5,9\%$, $p=0,038$). При этом ОТзслж у больных с Trp64 аллелем составила $50,4 \pm 6,4\%$, а у носителей 64Arg аллеля – $48,4 \pm 7,3\%$, $p=0,024$; ОТмжп была более выраженной у носителей Trp64 аллеля $79,4 \pm 15,9\%$ против $73,7 \pm 16,4\%$ у носителей 64Arg аллеля, $p=0,0099$.

Заключение:

Распределение Trp64Arg полиморфного маркера гена ADRB3 у больных АГ узбекской национальности отличается значительным накоплением TT-генотипа и Trp64-аллеля. Носительство Trp64-аллеля гена ADRB3 характеризуется с выраженной ОТС ЛЖ у больных АГ.

РОЛЬ БЕТА-БЛОКАТОРОВ В РЕГУЛЯЦИИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ильина О. А., Коломеец Д. Б.

БСМП им. Н.А.Семашко, Медицинский институт ОГУ, г. Орёл

Введение (цели/задачи):

Инфаркт миокарда (ИМ) всегда ассоциируется с повышенным риском внезапной смерти (ВС). Задачей кардиолога является выделение группы пациентов с высоким риском развития аритмий и уменьшение их воздействия путем профилактического назначения антиаритмического препарата. Доступным диагностическим тестом является суточная запись электрокардиограммы с оценкой вариабельности (BPC) и турбуленции (TCP) синусового ритма. Бета-блокаторы являются базовыми средствами в лечении ИМ. Изучение их влияния на характеристики ритма при ИМ необходимо для оценки прогнозной вероятности ВС. Целью исследования явилось изучение диагностического значения BPC и TCP у больных с инфарктом миокарда получающих бета-блокаторы.

Материал и методы:

BPC и TCP исследовались при помощи суточного мониторинга ЭКГ аппаратом Кардиотехника – 04-8(М), С-Петербург. В исследование включено 24 больных с первичным Q инфарктом передней и нижней локализации. Критерием отбора было наличие синусового ритма. Средний возраст больных $56 \pm 8,9$ лет. Исследование больных проводилось на первой неделе ИМ, по истечении 2 и 4 недель после перенесенного заболевания. При анализе записей оценивалась суточная динамика ЧСС, выявлялись, классифицировались и подсчитывались нарушения ритма и проводимости. Исследование BPC выполнялось по стандартной методике Guidelines of ESC & ASPE (1996г), с помощью автоматического алгоритма в период бодрствования и сна. Определялись рекомендованные количественные и спектральные показатели BPC. Оценка TCP по рекомендациям Georg Schmidt (1999г). Фиксировалось начало турбулентности (ТО), наклон турбулентности (TS). Пока-

затели определялись с помощью автоматического алгоритма. Пациенты получали стандартную терапию включающую бета-блокатор бисопролол в средней дозе 4,9 мг сут.

Результаты:

По данным нашего исследования выявлено снижение количественных и качественных показателей ВРС у пациентов на первой неделе ИМ до 79,2% через 2 недели в 66,6% и 58,3% случаев через 4 недели. При анализе TCP на фоне антиаритмической терапии бисопрололом у больных с разной степенью нарушений желудочкового ритма оказались, сниженные показатели TS, без повышения ТО. Однофакторный анализ показал, что значение TS и комбинация TS и ТО значительно увеличивают значение риска аритмий ($p < 0,001$ для обоих значений). Выявлена достоверная корреляция значений ТО и TS почти со всеми основными показателями ВРС, SDNN, RMSSD, pNN50, ($p < 0,001$).

Заключение:

Снижение ВРС и дисбаланс TCP является фактором риска развития аритмий у больных в подострой стадии ИМ. Применение бета-блокатора бисопролола в лечении ИМ улучшает характеристики синусового ритма. Анализ ВРС и TCP в клинической практике представляют диагностически значимые показатели для прогноза и рекомендуются к использованию практическим врачам.

СВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГАТАЦИИ СО СТЕНОЗОМ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А.,
Пушкарев Г. С., Криночкин Д. В., Зырянов И. П.

ФГБУ НИИ СО РАМН «Тюменский
кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Выявить, связана ли митральная регургитация (МР) у больных с постинфарктным кардиосклерозом с локализацией коронарных стенозов.

Материал и методы:

Из 15283 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» © с 1991 г. по 2012 г., были отобраны мужчины с перенесенным Q-волновым инфарктом миокарда: 626 пациентов без МР и 139 пациентов с умеренной или выраженной МР. В исследование не включали больных с острым инфарктом миокарда, пороками сердца, МР до 2 степени, неудовлетворительным качеством визуализации при эхокардиографии.

Результаты:

Больные с МР чаще демонстрировали более высокие (III-IV) классы недостаточности кровообращения по классификации NYHA (33,3 против 10,9%, $p < 0,001$), артериальную гипертензию III степени (34,3 против 22,1%, $p = 0,003$) и повторный инфаркт

миокарда в анамнезе (15,8 против 9,7%, $p = 0,031$), однако уровень общего холестерина у пациентов с МР был ниже ($5,1 \pm 1,3$ против $5,5 \pm 1,2$ ммоль/л, $p = 0,001$). При эхокардиографии больные этой группы демонстрировали больший размер асинергии левого желудочка (ЛЖ) ($34,7 \pm 15,4$ против $24,4 \pm 12,8\%$), большие индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия ($23,2 \pm 2,6$ против $20,4 \pm 1,8$ мм/м², оба $p < 0,001$) (за исключением тенденции к меньшему индексу толщины задней стенки ЛЖ у больных с МР – $5,3 \pm 0,6$ против $5,2 \pm 0,8$ мм/м², $p = 0,073$). В группе больных с МР чаще выявляли дилатацию ЛЖ (71,2 против 21,1%), снижение его сократительной способности (73,2 против 27,2%, оба $p < 0,001$); чаще поражалась правая коронарная артерия (59,0 против 43,8%, $p = 0,001$). По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали: стеноз правой коронарной артерии, увеличение индекса размера левого предсердия, снижение фракции выброса ЛЖ, уровня общего холестерина и индекса толщины задней стенки ЛЖ.

Заключение:

Хроническая умеренная и выраженная МР у мужчин среднего возраста с постинфарктным кардиосклерозом связана со стенозом правой коронарной артерии.

СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ

Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.,
Комарова Т. Ю., Головина А. С.,
Мандельштам М. Ю., Константинов В. О., Васильев В. Б.

Петрозаводский государственный университет,
СПб НИЭМ, СПбГМА им.И.И. Мечникова

Введение (цели/задачи):

Исследования мутаций рецептора липопротеидов низкой плотности (ЛНП) в нашей стране проведены в недостаточном объеме. Цель: изучить мутации рецептора ЛПНП у жителей Карелии

Материал и методы:

Обследовано 92 пациента. Диагноз ставили по системе оценки вероятности семейной гиперхолестеринемии (СГХС) The Dutch Lipid Clinic Network (Нидерланды). Полимеразную цепную реакцию проводили на аппарате «Терцик» («ДНК-технология»). Для амплификации всех экзонов гена ЛНП использовали праймеры по последовательностям, опубликованным Хоббс, за исключением третьего экзона, для амплификации которого использовали праймеры: 5'-TTCCTTTGAGTGACAGTTCAATCC-3' и 5'-GATAGGCTCAATAGCAAAGGCAGG-3'

Результаты:

При генотипировании жителей Карелии «финская» (FH-North Karelia) мутация была выявлено только у 1 из пробандов. Не было выявлено ни одной «мажорной» мутации, выявлено несколько новых мутаций рецептора ЛПНП, не описанных ранее. Приводим описание одной из них. Найдена сложная

перестройка в 5' части 3-его экзона гена рецептора ЛНП, связанная с утратой 10 нуклеотидов нормальной последовательности и вставкой 8 других нуклеотидов. По номенклатуре мутацию обозначили как с.192del10/ins8 (p.Fs S65:D129X). Эта мутация была выявлена у пробанда женского пола, 57 лет, с отягощенной наследственностью с повторным ОИМ. Результаты клинико-лабораторного обследования: ОХС - 10,68 ммоль/л, ТГ - 1,19, ЛВП - 1,5 ммоль/л, ЛНП - 8,17 ммоль/л. При осмотре выявлялись ксантомы ахилловых сухожилий и ксантелазмы век. Диагностика этой мутации у здорового родственника (сын) 29 лет с нарушениями липидного обмена (ОХС-8,04, ЛПВП-1,65, ЛПНП-5,67, ТГ-1,57; без ксантом и ксантелазм), относящегося по шкале SCORE к пациентам невысокого риска, позволила проводить более активную первичную профилактику атеросклероза

Заключение:

1. Отсутствие эффекта основателя и низкая частота в Карелии "финских" мутаций при СГХС позволяет предположить своеобразие генетической базы. 2. Информация о наличии генетических мутаций повышает эффективность первичной профилактики атеросклеротического процесса. 3. Охарактеризована новая мутация p.Fs S65:D129X, идентифицированная как сложная перестройка в 5' части 3-его экзона гена, связанная с утратой 10 нуклеотидов нормальной последовательности и вставкой 8 других нуклеотидов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ЛОЗАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мирсайдуллаев М. М.,
Мирсайдуллаев М. М. (млад), Расулов А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение (цели/задачи):

Сравнительная оценка клинической эффективности и переносимости блокатора рецепторов ангиотензина II лозартана и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента эналаприла.

Материал и методы:

Обследованы 60 больных с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии, 2-й степени повышения АД. В 1-ю группу вошли 30 больных в возрасте 32–65 лет (в среднем $43,8 \pm 1,2$ года) и с длительностью течения ГБ ($8,6 \pm 1,5$) года, во 2-ю группу – 30 пациентов в возрасте в среднем $(42,3 \pm 1,3)$ года и с длительностью заболевания ($9,1 \pm 1,4$) года. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, уровню офисного АД. Диагноз устанавливали на основании комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Пациентов с симптоматической АГ в исследование не включали. После семидневного безмедикаментозного периода с целью коррекции АД пациентам 1-й группы назначали лозартан (лориста, «KRKA», Словения) в суточной дозе 50 мг однократно, пациентам 2-й группы эналаприл (энап, «KRKA», Словения) в суточной дозе 10 мг в два приема. Во время лечения учитывали динамику клинических симптомов (головная боль, головокружение, боли в области сердца и за грудиной, сердцебиение, одышка

при ходьбе, утомляемость, нарушение сна) и развитие возможных нежелательных реакций. Для оценки антигипертензивного эффекта препаратов использовали общепринятые критерии

Результаты:

Лозартан и эналаприл оказывали значительный сопоставимый антигипертензивный эффект: офисное САД снизилось на 21,9 мм рт. ст. при лечении лозартаном ($P < 0,01$) и на 20,7 мм рт. ст. при терапии эналаприлом ($P < 0,01$), ДАД – соответственно на 12,5 и 11,5 мм рт. ст. ($P < 0,01$). Эффективно снижая АД, лозартан не оказывал существенного влияния на частоту сокращений сердца (до лечения – $(74,2 \pm 2,6)$, после – $(72,3 \pm 2,7)$ в 1 мин., $P > 0,05$). Положительную динамику клинических проявлений ГБ отметили у 93 % пациентов, получавших лозартан, и у 90 % пациентов, получавших эналаприл. Эналаприл в дозе 10 мг/сут. снижал среднесуточные, среднедневные и средненочные показатели САД и ДАД сопоставимо с эффективностью лозартана (50 мг/сут.). По влиянию на ИВ, вариабельность АД и СИ эналаприл также существенно не отличался от него. Однако эналаприл оказывал менее длительное антигипертензивное действие в течение суток, максимум которого наблюдали через 2 ч с уменьшением его выраженности через 10–12 ч, в связи с чем эналаприл в большинстве случаев необходимо назначать 2 раза в сутки.

Заключение:

Лозартан и эналаприл эффективно снижают систолическое и диастолическое артериальное давление в течение суток, контролируя величину и скорость его нарастания в утренние часы. Лозартан способствует нормализации суточного профиля артериального давления у больных с исходными его нарушениями и не влияет на его нормальный суточный ритм. Лозартан более выражено, чем эналаприл, уменьшает величину утреннего подъема артериального давления в группе больных с исходно повышенными его величинами.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Герасимов Д. Ю., Габриелян А. В.,
Сморжевский В. Й., Онищенко В. Ф.,
Миرونюк О. И., Доманский Т. М., Белейович В. В.
НИХТ им. А.А. Шалимова НАМНУ

Введение (цели/задачи):

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) с атеросклеротическим поражением нижних конечностей (НК) является довольно частой патологией. По данным Golomb BA, Biancari F, (2006) она встречается в – 21 % пациентов. Несмотря на распространенность данной патологии, ряд вопросов относительно тактики лечения до настоящего времени остаются открытыми. В частности определение этапности оперативного вмешательства у данной группы больных при критической ишемией (КИ) НК. Целью обосновать тактику и способ лечения больных с сочетанием ИБС с КИ НК. Задачами данной работы было: 1) провести анализ особенностей периоперационном этапа лечения; 2) обосновать тактику и технику хирургического вмешательства у данной группы больных.

Материал и методы:

В основу работы положен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 59 пациентов с сочетанием ИБС и КИ НК, которые находились в НИХТ НАМН Украины с января 2003 по декабрь 2011 гг. Пациенты были разделены на 2 группы. В I-й группы вошли 36 пациента, которым реваскуляризация миокарда выполнялась на работающем сердце. Во II-ю – 23 пациента, которым коронарное шунтирование (КШ) проводили в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Результаты:

Всем пациентам первым этапом лечения выполнялось КШ. У 27 (75%) пациентов I-й группы (КШ без ИК) в послеоперационном периоде явления ишемии НК не усилились. У 9 (25%) – отмечался боль, снимавшийся приемом ненаркотических анальгетиков. Во II-й группе (после КШ с ИК) у 7 (30, 4%) пациентов в послеоперационном периоде у больных явления ишемии НК усилились, что в 3 случаях (13 %) потребовало проведения реваскуляризации НК в urgentном порядке.

Заключение:

У больных ИБС с КИ НК первым этапом хирургического лечения преимущество следует отдавать выполнению КШ без ИК. Это позволяет снизить риск возникновения осложнений со стороны НК, а так же в более ранние сроки выполнить второй этап лечения – реконструкции артерий НК.

ТОЛЩИНА ИНТИМО-МЕДИАЛЬНОГО СЛОЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОР РИСКА В ОЦЕНКЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Собенин И. А., Кириченко Т. В., Сурнин С. А., Чернова Е. Ю., Орехова В. А., Постнов А. Ю.

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ, г. Москва

Введение (цели/задачи):

Актуальность диагностики предрасположенности к атеросклерозу требует использования методов исследования, позволяющих проводить количественную оценку. Информативным в данном отношении является метод ультразвукового сканирования общих сонных артерий (ОСА), так как толщина интимо-медиального слоя (ТИМС) ОСА является неинвазивным маркером атеросклероза и предиктором его клинических проявлений. Вариабельность ТИМС ОСА в российской популяции мало изучена. Нами было выполнено исследование для определения диапазона значений ТИМС ОСА у лиц без клинических проявлений атеросклероза.

Материал и методы:

Было обследовано 1640 человек, в том числе 353 больных ИБС. Для оценки состояния стенки сонных артерий использовали ультразвуковую диагностику высокого разрешения. ТИМС ОСА определяли с помощью программного пакета M'ATH 3.0 (IMT, Франция).

Результаты:

Был проведен анализ вариабельности ТИМС ОСА в зависимости от пола и возраста, определены межквартильные значения ТИМС ОСА и критерии ультразвуковой оценки предрасположенности к атеросклерозу. Было предложено рассматривать принадлежность к 1-й квартили распределения ТИМС ОСА как признак низкой предрасположенности к атеросклерозу, а принадлежность к 4-й квартили – как признак высокой предрасположенности. Принадлежность к 2-й и 3-й квартилям распределения было предложено рассматривать как соответствие возрастной норме. У лиц с низкой предрасположенностью к атеросклерозу ИБС имела в 12% случаев, при возрастной норме – в 17% случаев, при высокой предрасположенности – в 28% случаев ($F=19,7$; $P<0,001$). Группа лиц с высокой предрасположенностью к развитию атеросклероза достоверно отличалась по вероятности наличия ИБС ($P<0,001$). Площадь под характеристической операторской кривой составила $0,598\pm 0,017$ ($P<0,001$). Если в качестве положительного реального значения использовали не клинические проявления атеросклероза (ИБС), а наличие атеросклеротических бляшек, то площадь под кривой составила $0,805\pm 0,011$ ($P<0,001$). Чувствительность диагностики составила 72,9%, а специфичность – 71,1%.

Заключение:

Использование исключительно ультразвуковых диагностических критериев позволяет объяснить более 80% вариабельности субклинического атеросклероза, что позволяет расценивать показатель ТИМС ОСА как информативный фактор риска предрасположенности к атеросклерозу.

ТРОЙНАЯ АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ

Голощапов-Аксенов Р. С., Лебедев А. В., Левченко А. Е., Терновых М. В.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Мытищинская городская больница

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность тройной антиагрегантной терапии в комплексном лечении больных острым коронарным синдромом, которым выполняют экстренную первичную чрескожную коронарную ангиопластику (ПЧКВ).

Материал и методы:

С января 2008 по апрель 2012 года в Мытищинской городской клинической больнице Московской области первичную чрескожную коронарную ангиопластику в экстренном порядке выполнили 724 больным острым коронарным синдромом. Возраст больных составил от 29 до 94 лет ($58\pm 5,6$ лет). Антикоагулянтную терапию проводили гепарином в дозе 10000 МЕ; антиагрегантную терапию осуществляли аспирином 200 мг - до ПЧКВ и 100 мг/сутки - после ПЧКВ, клопидогрелем 300 или 600 мг - до ПЧКВ и 75 мг/сутки после ПЧКВ; 46 пациентам интраоперационно применяли монофрам в дозе 5 мг/20кг веса, в

2011-2012 годах 64 пациентам интраоперационно применяли интегрилин (2 болюсных введения по 180 мкг/кг и суточная инфузия в дозе 2,0 мкг/кг/мин). В случае использования интегрилина или монофрама дооперационная доза клопидогреля составляла 300 мг. Результаты лечения оценивали по данным ангиографии, клинической эффективности лечения.

Результаты:

Во время ПЧКВ полное восстановление кровотока (TIMI 3) по инфаркт-связанным венечным артериям удалось достигнуть в 98,5% случаев; у 11 больных, которым интраоперационно не применяли монофрам или интегрилин, антеградный кровоток не восстановлен (феномен no-reflow). Осложнение во время рентгенохирургической операции возникло у одного пациента (0,1%) - дислокация неимплантированного стента в просвет коронарной артерии. Эндопротез успешно был удален из артерии. В раннем послеоперационном периоде (до 5 суток) умерли 12 пациентов. Послеоперационная летальность составила 1,6%. Причинами смерти были острый геморрагический инсульт (на фоне проведенного системного тромболитика), кардиогенный шок, разрыв миокарда левого желудочка сердца. Ретромбоз стента в раннем послеоперационном периоде (до 3 суток) возник у 4 пациентов, что потребовало проведения коронарографии и баллонной ангиопластики зоны поражения. Осложнений в группе больных, которым проводили тройную антиагрегантную терапию с использованием интегрилина или монофрама не было. Отсутствие симптомов стенокардии (по данным субъективного обследования и тредмил-теста) в послеоперационном периоде наблюдали только в группе больных, которым провели полную анатомическую реваскуляризацию миокарда, то есть устранили все гемодинамически значимые сужения (15% больных).

Заключение:

Результаты лечения больных острым коронарным синдромом показали высокую эффективность рентгенохирургического метода, а проведение тройной антиагрегантной терапии снижает риск тромботических интраоперационных осложнений.

УРОВЕНЬ МАННОЗО-СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЛЕКТИНА И ФАКТОРОВ АКТИВАЦИИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

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

ФГБУ РКНПК МЗиСР РФ

Введение (цели/задачи):

Роль врожденных факторов иммунитета в развитии ОКС изучена недостаточно. Маннозо-связывающий лектин (MBL) – один из ключевых факторов гуморального врожденного иммунитета. Его физиологическая роль заключается в активации системы комплемента. В настоящее время имеются противоречивые данные о роли MBL в прогрессировании атеросклероза. Другими компонентами врожденного и приобретенного иммунитета являются факторы активации нейтрофилов. Целью данной работы было изучение влияния факторов врожденного иммунитета на развитие ОКС.

Материал и методы:

Уровень MBL и фагоцитарные факторы активации были определены у 45 больных с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST. Контрольную группу составили 20 лиц без ИБС. У всех больных был определен уровень BNP и СРБ.

Результаты:

Уровень MBL оказался выше у больных с ОКС по сравнению с контрольной группой (129,2 нг/мл - 52,7 нг/мл, P=0,07). Различия оказались статистически достоверными у больных с ОКСбпST (164,9 нг/мл - 52,7 нг/мл, P=0,03). Различия уровня MBL между ОКСнST и ОКСбпST выявлено не было. Больные с инфарктом миокарда нижней локализации имели достоверно более высокий уровень MBL, чем больные с инфарктом миокарда передней локализации (188,8 нг/мл - 88,7 нг/мл). У больных с ОКС с сопутствующим сахарным диабетом уровень MBL был достоверно выше, чем у больных без диабета (229 нг/мл - 100 нг/мл, P=0,02, ОШ=2,25). У больных с низкой фракцией выброса (<35%) уровень MBL был ниже (54,3 нг/мл - 130,3 нг/мл, P=0,19). Существенной разницы активности факторов активации нейтрофилов у больных с ОКС и в контроле выявлено не было (фагоцитарная активность нейтрофилов 74,5% и 74,3%, фагоцитарное число 3,34 и 4,36, фагоцитарный резерв 88% и 85,5%). Корреляции между уровнем MBL, фагоцитарными факторами и известными факторами риска ОКС (MBL, СРБ) не обнаружено.

Заключение:

По нашим данным фактор врожденного гуморального иммунитета (MBL) участвует в развитии ОКС, особенно ОКСбпST и у больных с сопутствующим сахарным диабетом. Высокий уровень MBL связан с увеличением риска возникновения ОКС. Мы не получили данных о влиянии факторов активации нейтрофилов в развитии ОКС.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЫСОКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Мирсайдуллаев М. М., Хамидов Т.,
Мирсайдуллаев М.М. (млад.)

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение (цели/задачи):

Выявление факторов, предрасполагающих к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН) III-IV функциональных классов (ФК) по NYHA в отдаленном постинфарктном периоде.

Материал и методы:

В исследование включены 44 больных, по поводу инфаркта миокарда (ИМ) госпитализированных в кардиологический отделение Наманганского филиала РНЦЭМП в 2009-2010гг. и наблюдавшихся амбулаторно после стационарного лечения. По истечении двух лет наблюдения у пациентов оценивалась выраженность симптомов ХСН. У больных с ХСН III- IV ФК по NYHA изучались клиническая характеристика, течение ИМ (1 группа

11 человек) и медикаментозная терапия ИМ на этапах ведения больных (2 группа 10 человек). Группы сравнения составили для больных 1й группы сопоставимые с ними по медикаментозной терапии 13 пациента с ХСН I II ФК по NYHA, для больных 2й группы сопоставимые с ними по полу, возрасту, характеру ИМ и сопутствующей патологии 10 пациентов с ХСН I II ФК по NYHA.

Результаты:

1 группа отличалась от группы сравнения большим количеством женщин (72,7% и 46,1%), повторных (54,5% и 46,1%), рецидивирующих (27,3% и 15,4%) ИМ, осложнений ИМ в виде сердечной астмы и отека легких (45,5% и 15,4%), различных нарушений ритма (45,5% и 7,6%), а также наличием до развития ИМ ХСН (36,4% и 15,4%) и сахарного диабета (36,4% и 15,4% больных соответственно). Больные 2й группы на догоспитальном и госпитальном этапах получали лечение, не отличающееся существенно от лечения больных группы сравнения, на амбулаторном этапе реже регулярно принимали β -адреноблокаторы, чем больные группы сравнения (30,0% и 50,0% больных соответственно).

Заключение:

Факторами, предрасполагающими к развитию ХСН высоких ФК по NYHA в отдаленном постинфарктном периоде, являются: принадлежность к женскому полу, развитие ИМ на фоне постинфарктного кардиосклероза, ХСН и сахарного диабета, рецидивирующее течение ИМ, осложнение ИМ сердечной астмой, отеком легких, различными нарушениями ритма, а также отсутствие регулярной терапии β -адреноблокаторами в постинфарктном периоде.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Макоева М. Х., Автандилов А. Г., Семитко С. П.

ГБУЗ ГКБ № 81, г. Москвы,
кафедра терапии РМАПО

Введение (цели/задачи):

Цель работы - сравнить показатели сократимости и диастолической дисфункции миокарда у больных острым инфарктом миокарда после эндоваскулярного вмешательства и тромболитической терапии.

Материал и методы:

В исследование были включены 38 больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) до 6 часов от начала заболевания. Средний возраст больных составил $48,9 \pm 2$ года. Все больные разделены на 2 группы: в I группу вошли 22 больных с ОИМпST, которым в течение первых 6 часов была выполнена первичная эндоваскулярная процедура (ангиопластики и стентирования); во II группу - 16 больных с ОИМпST, которым выполнена тромболитическая терапия в первые 6 часов от начала инфаркта миокарда с положительным эффектом. Всем больным проводилось эхокардиографическое и доплер-эхокардиографическое исследования на 1 и 7 сутки течения острого инфаркта миокарда.

Результаты:

На 1 сутки течения острого инфаркта миокарда в I и II группе пациентов развивался наиболее благоприятный I тип диастолической дисфункции левого желудочка - замедление релаксации (ЕА I группы $0,9 \pm 0,05$, ЕА II группы $1 \pm 0,05$). Затем на 7 сутки исследования в I группе пациентов регистрируется псевдонормализация диастолического наполнения левого желудочка (ЕА I группы $1,4 \pm 0,08$, ($p < 0,001$)), а во II группе выявлен прогностически неблагоприятный - рестриктивный тип диастолической дисфункции миокарда левого желудочка. (ЕА II группы $1,7 \pm 0,2$, ($p < 0,01$)). Индекс нарушения сегментарной сократимости левого желудочка (ИНССМ) достоверно снижался к 7 суткам инфаркта миокарда в I и II группах больных. (ИНССМ I группы $1,1 \pm 0,03$ ($p = 0,001$), ИНССМ II группы $1,2 \pm 0,04$ ($p < 0,001$)). Однако уже к 1 суткам инфаркта миокарда более выраженное нарушение сегментарной сократимости левого желудочка регистрируется во II группе больных. (ИНССМ I группы $1,2 \pm 0,04$ ($p = 0,001$), ИНССМ II группы $1,6 \pm 0,04$ ($p < 0,001$)).

Заключение:

Больные с эффективной тромболитической терапией, в отличие от пациентов с первичным эндоваскулярным вмешательством, имеют неблагоприятный прогноз в развитии раннего патологического ремоделирования левого желудочка и сердечной недостаточности, что подтверждается высоким индексом нарушения сегментарной сократимости миокарда левого желудочка и формированием рестриктивного типа диастолической дисфункции левого желудочка.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Белозёрова Н. В., Шуркевич Н. П.,
Гапон Л. И., Ветошкин А. С., Губин Д. Г.

Филиал ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН
«Тюменский кардиологический цен,
Тюменский кардиологический центр», МСЧ
ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ, Тюменская
государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Изучить показатели СМАД у больных АГ в условиях заполярной вахты.

Материал и методы:

Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, которые составили группу наблюдения 93 пациента, работающих в условиях заполярной вахты, и группу сравнения - 64 пациента, постоянных жителей средней полосы (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, офисному САД, ДАД. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008 - 2010) гг. Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов. Рассчитывались средние значения САД и ДАД, индексы нагрузки АД, вариабельность АД, суточный индекс, параметры утреннего подъема АД.

Результаты:

Среднесуточные и дневные значения САД и ИВСАД в тюменской группе были значимо выше ($P = 0.0428$ для САД24, $P = 0.0002$ для САДд, $P = 0.0151$ для ИВСАД24, $P = 0.0062$ для ИВСАДд) на фоне значимо более частого ритма и вариабельности ЧСС в группе северных пациентов ($P < 0,00001$). Определялась высокая дневная вариабельность САД ($P = 0.0002$) и ДАД ($P = 0.0292$) в группе наблюдения, но значимо повышенная ВДАД24 у пациентов тюменской группы ($P = 0.0086$). В северной группе пациентов были значимо выше ночные значения САД ($P = 0,0274$), ДАД ($P < 0,00001$) и ИВДАДн ($P = 0,0006$). В группе наблюдения преобладали типы суточного профиля «pop dipper» ($P < 0.00001$) и «night peaker» ($P = 0,0073$), характеризующие недостаточное ночное снижение АД. СИСАД, СИДАД и ЦИ ЧСС были значимо меньше ($p < 0,00001$) в северной группе. В группе сравнения, наоборот, преобладали СП «dipper» ($P = 0,0439$), «over dipper» ($P < 0.00001$), что соответствовало более высоким значениям ВУПСАД, ВУПДАД, СУПСАД и значимо - СУПДАД в группе сравнения.

Заключение:

В условиях Севера преобладала преимущественно ночная систоло - диастолическая гипертензия с более высокой среднесуточной ЧСС и вариабельностью ЧСС, плоским типом суточных ритмов АД и ЧСС, в тюменской группе - преимущественно дневная систолическая АГ.

ХРОНИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ В СМЕШАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А.,
Пушкарев Г. С., Зырянов И. П., Кожурина А. О.

ФГБУ СО РАМН «Тюменский
кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Результаты исследований по изучению связей митральной регургитации (МР) с топикой поражений коронарного русла немногочисленны и касаются в основном острых форм ИБС. Цель: выявить, связана ли с локализацией коронарных стенозов умеренная/выраженная МР у больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы:

Из 15283 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» © с 1991 г. по 2012 г., были отобраны лица с постинфарктным кардиосклерозом: 1167 пациентов без МР и 403 пациента с умеренной или выраженной МР.

Результаты:

Больные с МР чаще демонстрировали более высокие (III-IV) классы недостаточности кровообращения по классификации NYHA (35,5 против 11,2%), при эхокардиографии - большие индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия (23,5±2,9 против 20,3±2,1 мм/м²), боль-

ший размер асинергии левого желудочка (ЛЖ) (32,8±14,9 против 23,6±12,7%). У них чаще выявляли дилатацию ЛЖ (63,3 против 19,9%), снижение его сократительной способности (63,7 против 25,6%, все $p < 0,001$), многососудистое поражение (трех и более коронарных артерий) (27,5 против 18,3%, $p = 0,001$); чаще поражался ствол (7,2 против 1,1%), огибающая ветвь левой коронарной артерии (36,2 против 26,7%) и правая коронарная артерия (57,3 против 44,9, все $p < 0,001$). Однако по результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали: дилатация полости ЛЖ, более высокие классы хронической сердечной недостаточности по NYHA, увеличение левого предсердия и размера асинергии ЛЖ, но не локализация коронарных стенозов.

Заключение:

Хроническая умеренная и выраженная МР в смешанной (мужской/женской) популяции больных с постинфарктным кардиосклерозом ассоциирована с дилатацией полостей левых отделов сердца, более высоким классом хронической сердечной недостаточности по NYHA, большим размером асинергии ЛЖ. У этой категории больных не выявлено связей митральной регургитации с топикой значимых поражений коронарного русла.

ХРОНИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У ЖЕНЩИН С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ?

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А.,
Пушкарев Г. С., Кривоносов Д. В., Зырянов И. П.

ФГБУ НИИ СО РАМН «Тюменский
кардиологический центр»

Введение (цели/задачи):

Выявить, связана ли митральная регургитация (МР) с локализацией коронарных стенозов у женщин с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы:

Из 15283 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» © с 1991 г. по 2012 г., были отобраны женщины с перенесенным Q-инфарктом: 84 без МР и 53 с умеренной или выраженной МР.

Результаты:

Женщины с МР были достоверно старше (57,6±8,5 против 52,2±8,5 года, $p = 0,001$), чаще демонстрировали более высокие (III-IV) классы недостаточности кровообращения по классификации NYHA (46,2 против 18,5%, $p = 0,001$) и повторный инфаркт миокарда в анамнезе (22,6 против 7,1%, $p = 0,010$). При эхокардиографии больные этой группы демонстрировали больший размер асинергии левого желудочка (ЛЖ) (28,7±14,7 против 22,4±12,2%, $p = 0,016$), большие индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе ЛЖ (30,7±3,0 против 27,2±2,7 мм/м²), больший индекс массы миокарда (160,3±28,5 против 134,0±27,9 г/м², оба $p < 0,001$). В группе с МР чаще выявляли дилатацию ЛЖ (43,4 против 9,5%) и сни-

жение его сократительной способности (54,7 против 17,9%, оба $p < 0,001$). Локализация постинфарктного кардиосклероза у больных с МР чаще была сочетанной (33,3 против 17,4%, $p = 0,035$). По данным коронароангиографии стенозы ствола левой коронарной артерии выявляли только у пациенток с МР (9,4 против 0%, $p = 0,008$). По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали увеличение степени сердечной недостаточности по NYHA и индекса размера ЛЖ.

Заключение:

Хроническая умеренная и выраженная МР у женщин среднего возраста с постинфарктным кардиосклерозом ассоциирована с увеличением степени сердечной недостаточности по NYHA и индекса размера ЛЖ. Наши результаты указывают на преобладающую роль глобального ремоделирования ЛЖ в патогенезе МР у этого контингента больных.

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ - ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Хоролец Е. В., Хаишева Л. А., Шлык С. В.

РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Введение (цели/задачи):

Изучить клинические особенности течения, показатели пуринового обмена у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИмпST) в зависимости от частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Материал и методы:

В исследование включен 91 пациент ИмпST, средний возраст $60,86 \pm 1,2$ лет и 30 практически здоровых добровольцев, средний возраст $59,83 \pm 0,79$ лет. Критериями включения: возраст старше 45 лет, ИмпST передней стенки левого желудочка, осложненного острой сердечной недостаточностью (ОСН) по классификации Killip (I–III степени). Критерии исключения: пациенты, которым планировалось стентирование, ОСН Killip IV степени, сахарный диабет, мочекаменная болезнь, хроническая почечная и печеночная недостаточность, онкологические заболевания, патология опорно-двигательного аппарата, требующая назначения нестероидных противовоспалительных препаратов, женщины репродуктивного возраста, больные подагрой или повышение уровня МК в анамнезе. Учитывая ЧСС менее и более 70 уд./мин. все больные ИмпST были разделены на две группы. Оценивали объективные данные и показатели пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантинооксидазы и уровень мочевого кислоты). Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью программы Statistika-6,0.

Результаты:

Среди изучаемых пациентов всего лишь 13% имели ЧСС менее 70 уд./мин, что вероятно обусловлено активностью симпатической нервной системы при инфаркте миокарда. При изучении биохимических параметров пациентов было выявлено увеличение индекса атерогенности (ИА), снижение хо-

лестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) по сравнению со здоровыми добровольцами и у лиц ИмпST с ЧСС < 70 уд./мин., что отражает более выраженное нарушение липидного обмена. При анализе объективных данных пациентов ИмпST в группе пациентов с ЧСС < 70 уд./мин. получено достоверное увеличение частоты дыхательных сокращений (ЧДД), ЧСС по сравнению с контролем. А в группе больных с ЧСС > 70 уд./мин. выявлено достоверное увеличение ЧДД, ЧСС, систолическое и диастолическое АД, пульсового АД (ПАД) ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми добровольцами. Увеличение ЧСС у больных с инфарктом миокарда отражает нарушение гемодинамики, что играет основную роль в провоцировании разрыва атеросклеротической бляшки. На фоне повышения ЧСС увеличивается потребность в АТФ, что приводит к увеличению активности фермента 5-нуклеотидазы. При изучении показателей пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантинооксидазы и уровень мочевого кислоты) у пациентов ИмпST были выше по сравнению с группой контроля. При этом, в зависимости от ЧСС более 70 уд./мин у больных инфарктом миокарда было выявлено увеличение активности 5-нуклеотидазы. Другие изучаемые показатели пуринового обмена в зависимости от ЧСС достоверно не различались.

Заключение:

При повышении ЧСС > 70 уд./мин среди пациентов ИмпST выявлены наиболее выраженные нарушения гемодинамики, изменения липидного обмена, что усугубляет тяжесть течения заболевания. Частота сердечных сокращений является маркером интенсивности метаболизма пуринового обмена и отражает более выраженный дефицит энергии у больных инфарктом миокарда.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Ковинин В. А., Кылбанова Е. С.,

Егорова Н. Е., Павлова С. В.

Отделение неотложной кардиологии. РСЦ РБ№2-ЦЭМП, ИПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова

Введение (цели/задачи):

Цель: оценка основных показателей эндовазкулярного лечения острого коронарного синдрома (ОКС) по данным отделения неотложной кардиологии (ОНК) Регионального сосудистого центра (РСЦ).

Материал и методы:

Объектом исследования явились 133 пациента с ОКС, которым проведена баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий. Средний возраст пациентов составил 58 лет (36 – 91 года); мужчины - 88 чел. (66,2%), женщины - 45 чел. (33,8%). ОКС с подъемом сегмента ST выявлен у 46 пациентов (34,6%), у 8 пациентов (6%) – полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ), у 79 чел. (59,4%) – ОКС без подъема сегмента ST или ПБЛНПГ.

Результаты:

Основной локализацией ИМ оказалась передняя стенка левого желудочка, что составила 61% (у 58 пациентов), нижнезадняя локализация встречалась в 39% случаев (37 пациентов). Основным доступом при проведении ЧКВ явился бедренный (бедренная артерия) – 130 (97,7%), радиальный доступ (лучевая артерия) применялся в 3 (2,3%) случаев. Левый тип кровоснабжения сердца выявлен у 43 пациентов (32,5%), правый – у 67 (50,5%), сбалансированный – у 23 пациентов (17%). По данным коронароангиографии преобладало многососудистое поражение. При первичном инфаркте миокарда (ИМ) среднее количество пораженных сосудов составило 2,07; при повторном ИМ – 2,43. При анализе у пациентов числа пораженных коронарных сосудов в зависимости от этнической принадлежности выявлено, что у якутов чаще встречается поражение 3-х и более сосудов (62%), у европеоидов 2-х и 3-хосудистое и более – встречается практически с одинаковой частотой (36%, 40%, соответственно). Блокаторы рецепторов тромбоцитов GpIIb/IIIa применялись у 43 (32,3%) пациентов. ЧКВ - ассоциированные осложнения наблюдались в 47 (34,7%) случаев, из них основную долю составили гематомы мягких тканей области доступа различной степени выраженности 37 (28%).

Заключение:

По данным коронароангиографии предшествовавшей ТБКА со стентированием преобладало многососудистое поражение: 2 и более сосудов было поражено у 73% пациентов, независимо от этнической принадлежности. Но вместе с тем, у якутов наблюдается более агрессивное поражение коронарных артерий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АТОРВАГЛИЗИНА НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У КРЫС

Стахнёва Е. М., Вавилин В. А.,
Рагино Ю. И., Иванова М. В.

ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН

Введение (цели/задачи):

В терапии гиперхолестеринемии всё большее значение приобретают ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил коензим А редуктазы (статины). Перспективным направлением в науке является разработка новых транспортных форм уже известных лекарственных препаратов в комплексе с глицерризиновой кислотой (ГК). Новое соединение аторваглизин (АГ) было создано путем комплексирования аторвастатина (АС) с ГК. Целью данного эксперимента было изучение эффективности и безопасности АГ на экспериментальной модели гиперхолестеринемии (ГХС) у крыс *in vivo*.

Материал и методы:

Исследование выполнено на 30 самцах крыс Вистар. Для развития ГХС у крыс животные 4 недели получали высокожировую диету, содержащую 3% холестерина. Затем в течение 2 недель животным вводили субстанции *per os*. Группа 1 – контрольная, без вмешательства, 2 – АС 200 мкг/кг/сутки, 3 – АГ 1000 мкг/кг/сутки, 4 – АГ 400 мкг/кг/сутки, 5 – АГ 200 мкг/кг/сутки, 6 – ГК 900 мкг/кг/сутки. В динамике эксперимента забирали кровь из хвостовой вены и определяли содержание общего холестерина (ОХС) и активность фермента креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови с использованием наборов Bioson (Германия).

Результаты:

Содержание крыс на холестеринной диете привело к развитию выраженной ГХС – $206,5 \pm 25,4$ мг/дл. Снижение уровня ОХС в крови через 1 неделю фармакологического воздействия составило в группе контроля – 35%, АС – 51%, АГ 1000 мкг/кг/сутки – 43%, АГ 400 мкг/кг/сутки – 53% и в группе АГ 200 мкг/кг/сутки – 55% ($p < 0,05$) в сравнении с исходными значениями ГХС. При сравнении экспериментальных групп АГ с группой АС обнаружено, что в сыворотке крови крыс, получавших АГ 400 мкг/кг/сутки, уровень ОХС ниже, чем в группе АС на 34 % ($p < 0,05$). Измерение активности КФК показало, что к 5 неделе эксперимента повышение активности фермента составило в контроле – 126 %, АС – 105 %, АГ 1000 мкг/кг/сутки – 67%, АГ 400 мкг/кг/сутки – 63 %, АГ 200 мкг/кг/сутки – 113% ($p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о фармакологическом синергизме АС и ГК в комплексном соединении аторваглизин. Кроме того, данное исследование указывает на возможность существенного снижения суточной дозы аторвастатина с сохранением его эффективности.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		Д		Кочнева М. И.	30
Абрамов А. А.	33	Данилов Н.М.	28	Кошелева Н. А.	8, 20, 24
Авдеева М. В.	23	Дементьева Н. В.	27	Кривчун А. С.	17, 18
Автандилов А. Г.	39	Дикарева Т. В.	15	Криночкин Д. В.	35, 40
Адамова И. Ю.	6	Доманский Т. М.	36	Кузнецова Т. Ю.	35
Акинина С. А.	15	Е		Кузнецов В. А.	9, 12, 35, 40
Акчури Р. С.	6	Егорова Е. И.	30	Куликова Т. Г.	21
Артемова Н. В.	10	Егорова Н. Е.	41	Курбанов Р. Д.	11
Архипкин А. А.	13	Ежов М. В.	6, 10, 15, 23, 32	Кылбанова Е. С.	25, 30, 41
Атанесян Р. В.	23	Енина Т. Н.	9, 12	Л	
Афанасьева М. И.	6	Ж		Лакомкин В. Л.	33
Афанасьева О. И.	23	Жарова Е. А.	17, 22	Ларёва Н. В.	7, 26
Афонин В. Ю.	27	Желанкин А. В.	14	Лебедев А. В.	37
Б		Жигжитова Е. Б.	7, 26	Левченко А. Е.	37
Балахонова Т. В.	10, 15	Жилина А. А.	7, 26	Лосин И. Е.	38
Балыгин М. М.	18	З		Лыков А. В.	16
Барбараш О. Л.	21	Заирова А. Р.	12, 30	Львов Д. С.	22
Барсова Р. М.	22, 31	Зайцев С. В.	19	Лякишев А. А.	10
Барташевич Б. И.	6	Звенцова В. К.	8, 9	Лянг О. В.	13
Баум В. А.	18	Золозова Е. А.	10	М	
Баяндин Н. Л.	29	Зуева А. А.	7, 26	Мазур Н. А.	10
Белейович В. В.	36	Зыков К. А.	38	Майков Е. Б.	24
Белозёрова Н. В.	39	Зырянов И. П.	35, 40	Макоева М. Х.	39
Бернгард Э. Р.	24	И		Максимова Ж. В.	33
Берникова С. В.	5	Ибатов А. Д.	20, 29	Малахов В. В.	32
Беспалова Ж. Д.	33	Иванова К. В.	12	Малышев П. П.	12
Бессонова Н. А.	25	Иванова М. В.	17, 18, 42	Малютина С. К.	17
Бешлиева Д. Д.	16	Ильина Л. Н.	6	Мамонтов О. В.	24
Болотнова Т. В.	13	Ильина О. А.	7, 34	Мандельштам М. Ю.	35
Брыткова Я. В.	26	К		Мартынов М. Ю.	31
Бушуев В. Н.	33	Казакова О. В.	33	Мартынюк Т. В.	28
В		Казначеева Е. И.	17	Масенко В. П.	17, 21, 22
Вавилин В. А.	42	Калашников В. Ю.	16	Матвеева Н. А.	22, 31
Валихов М. П.	21	Каменев В. Ф.	11	Матчин Ю. Г.	23
Васильев В. Б.	35	Капелько В. И.	33	Махмутходжаев С. А.	8, 9
Ветошкин А. С.	39	Карлов А. А.	10	Меднис И. М.	23
Вилиткевич Е. Л.	33	Карлова Н. А.	10	Мельников Н. Н.	9
Власова Э. Е.	6	Карпов Ю. А.	30	Минаев В. В.	29
Г		Карпунин Д. В.	19	Миронов Н. Ю.	24
Габриелян А. В.	36	Каштанова Е. В.	17, 18	Миронюк О. И.	36
Гагаркина Л. С.	16	Кириченко Т. В.	37	Мирсайдуллаев М. М.	5, 28, 36, 38
Гапон Л. И.	27, 39	Клесарева Е. А.	32	Мирсайдуллаев М. М. (млад)	5, 28, 36, 38
Герасимов Д. Ю.	36	Кобаль Е. А.	28	Митрофанов К. Ю.	14
Голицын С. П.	24	Ковалева М. В.	27	Мураталиев Т. М.	8, 9
Головенко Е. Н.	16	Ковинин В. А.	41	Мусихина Н. А.	27
Головина А. С.	35	Кожурина А. О.	40	Мутасим Б. Х.	14
Голощапов-Аксенов Р. С.	37	Козленок А. В.	24	Мухтаренко С. Ю.	8
Гомова И. С.	26	Коломеец Д. Б.	7, 34	Н	
Горбунов В. В.	16	Комарова Т. Ю.	35	Нагай А. В.	34
Грицук С. Ф.	32	Коновалов Г. А.	6, 15, 23, 32	Неклюдова Ю. Н.	8, 9
Груздева О. В.	21	Константинов В. О.	35	Никаноров В. Н.	25, 30
Губин Д. Г.	39	Корнева В. А.	35	Никитин Ю. П.	17
Гусев Е. И.	31	Кочетов А. Г.	13	Никишин А. Г.	31

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Новоженова Ю. В.	13	Руда М. Я.	38	Уткина Е. А.	10, 15
Ноева Е. А.	17, 22	Рычков А. Ю.	9, 12	Ф	
О		С		Фаворов А. В.	22
Оконечникова Н. С.	13	Садовский Е. В.	18	Фаворова О. О.	22, 31
Окунова А. А.	8	Сазонова М. А.	14	Х	
Онищенко В. Ф.	36	Саидова М. А.	28, 32	Хаишева Л. А.	41
Орел В. И.	23	Самко А. Н.	17, 22	Хамидов Т.	38
Орехова В. А.	37	Самойлова И. Г.	23	Хамидуллаева Г. А.	34
Ортиков М. М.	5	Самсонов М. В.	33	Хапчаев А. Ю.	33
Оскола Е. В.	30	Сафарова М. С.	6, 10, 15, 23, 32	Хасанов Н. Р.	14
Ослопов В. Н.	14	Саютина Е. В.	10	Хаустов А. И.	32
Осяева М. К.	17, 22	Семитко С. П.	39	Хоролец Е. В.	41
Ощепкова Е. В.	18	Сидорова М. В.	33	Ц	
П		Сморжевский В. Й.	36	Царенок С. Ю.	16
Павлова С. В.	41	Собенин И. А.	14, 37	Ч	
Пармон Е. В.	24	Соколов С. Ф.	24	Чадин А. В.	21
Петелина Т. И.	27	Солдатова А. М.	9, 12	Чазова И. Е.	28
Погорелова О. А.	15	Сотников А. В.	25	Чазов Е. И.	24
Покровский С. Н.	6, 10, 15, 23, 32	Срождинова Н. З.	11, 34	Чернова Е. Ю.	37
Политидис Р. Р.	13	Стахнёва Е. М.	42	Чигинева В. В.	10
Полонская Я. В.	17, 18	Степанова О. В.	21	Ш	
Постнов А. Ю.	14, 37	Стрюк Р. И.	26	Шахнович Р. М.	22, 38
Потехина А. В.	17, 22	Сурнин С. А.	37	Шебеко П. В.	9, 12
Проваторов С. И.	17, 22	Сухинина Т. С.	22	Ширинский В. П.	33
Пустотина З. М.	7, 26	Т		Шитов В. Н.	32
Пушкарев Г. С.	35, 40	Терехов А. В.	6	Шлык С. В.	41
Р		Терещенко С. Н.	21	Шляхто Е. В.	24
Рагино Ю. И.	17, 18, 42	Терновых М. В.	37	Шубина А. Т.	30
Радужкевич В. Л.	6	Титов Б. В.	22, 31	Шуркевич Н. П.	39
Расулов А.	28, 36	Титов В. Н.	12	Ю	
Ребров А. П.	8, 20, 24	Трипотень М. И.	10	Юричева Ю. А.	24
Рогоза А. Н.	12, 30	Тухтаев А.	11	Я	
Розенштраух Л.В.	24	У		Яковлев В. В.	25
Руда М. Я.	22	Устинова Е. Е.	7, 26	Ярославская Е. И.	35, 40