

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- Чазов Е. И.** академик РАН и РАМН, генеральный директор ФГУ РКНПК
- Скворцова В. И.** член-корр. РАМН, заместитель министра здравоохранения и СР РФ
- Оганов Р. Г.** академик РАМН, директор ФГУ ГНИЦ ПМ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

- Медведева И. В.** член-корр. РАМН, проректор по НИР ГОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии, директор ТО ЮУНЦ РАМН
- Карпов Ю. А.** профессор, директор НИИ кардиологии ФГУ РКНПК
- Чазова И. Е.** президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, профессор, руководитель отдела системных гипертензий ФГУ РК НПК

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

- Наконечников С. Н.** директор Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, ученый секретарь ФГУ РК НПК

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| Бойцов С. А. (Москва) | Перепеч Н. Б. (С.-Петербург) |
| Волкова С. Ю. (Тюмень) | Подзолков В. И. (Москва) |
| Галявич А. С. (Казань) | Поздняков Ю. М. (Жуковский) |
| Довгалецкий П. Я. (Саратов) | Ратова Л. Г. (Москва) |
| Карпов Р. С. (Томск) | Рогоза А. Н. (Москва) |
| Лопатин Ю. М. (Волгоград) | Терещенко С. Н. (Москва) |
| Мартынов А. И. (Москва) | Тюрина Т. В. (С.-Петербург) |
| Мартынюк Т. В. (Москва) | Чихладзе Н. М. (Москва) |
| Медведева И. В. (Тюмень) | Чукаева И. И. (Москва) |
| Мычка В. Б. (Москва) | Шахиджанова С. В. (Москва) |
| Небиеридзе Д. В. (Москва) | Шальнова С. А. (Москва) |
| Недогода С. В. (Волгоград) | Шалаев С. В. (Тюмень) |
| Никитин Ю. П. (Новосибирск) | Шестакова М. В. (Москва) |
| Остроумова О. Д. (Москва) | Шлык С. В. (Ростов-на-Дону) |
| Ощепкова Е. В. (Москва) | |

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

НОВАРТИС



ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

АСТРА ЗЕНЕКА

АКТАВИС

БЕРЛИН-ХЕМИ

ГЕДЕОН РИХТЕР

KRKA

НИКОМЕД

САНОФИ-АВЕНТИС

СЕРВЬЕ

СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

АКТЕЛИОН

БАЙЕР

БЕЛУПО

БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ ФАРМА

Д-Р РЕДДИ'С ЛАБОРАТОРИС ЛТД.

ЗЕНТИВА

ООО "ПЕТР ТЕЛЕГИН"

ПФАЙЗЕР

ЗАО САНДОЗ

ТЕВА

ФИЛИПС

ШТАДА СИАЙЭС

ЭББОТ ПРОДАКТС

ЭГИС

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

МЕДИА - МЕДИКА, ГРУППА КОМПАНИЙ МЕДФОРУМ, ГК РЕМЕДИУМ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ.

СОДЕРЖАНИЕ

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	7
2. АНАЛИЗ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	7
3. АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТИЗЫ И КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СИСТЕМЕ ОМС	7
4. АНТИТЕЛА К ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНАМ КАК МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ..	8
5. ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ	9
6. ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА АКТИВНОСТЬ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	9
7. ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	10
8. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРОВОГО ДЕПО С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	10
9. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ ПРИ МЕНЬШЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	11
10. ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА И НЕБИВАЛОЛА НА АГРЕГАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	11
11. ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	12
12. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	12
13. ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	13
14. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ ИЛИ ФЕНОФИБРАТОМ	13
15. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМЛОДИПИНОМ	14
16. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕСТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	14
17. ЗАВИСИМОСТЬ СУТОЧНЫХ РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ НЕФРОПАТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И НЕДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	15
18. ЗНАЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ АКТИВНОСТИ РЕНИНА И КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	15
19. ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	16
20. ИЗМЕНЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ	16

21. ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	17
22. ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ	17
23. ИЗОЛИРОВАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА .	18
24. КОРРЕКЦИЯ МЕТФОРМИНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	19
25. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	19
26. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ПОЛИМОРФИЗМА GLY460TRP ГЕНА АЛЬФА-АДДУЦИНА	19
27. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	20
28. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	20
29. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОРОДЕ ЯКУТСК: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ	21
30. МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СИСТЕМЕ ОМС	21
31. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА	22
32. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	22
33. НАРУШЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ	22
34. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ	23
35. НОВЫЕ ПОХОДЫ К ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ НА ФОНЕ ТИЛТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	23
36. ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СО СТРУКТУРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	24
37. ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ	24
38. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	25
39. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	25
40. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИХ СКОРУЮ ПОМОЩЬ	26
41. ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ИБС: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	26

42. ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	27
43. ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	27
44. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	28
45. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРЯМЫМ ИНГИБИТОРОМ РЕНИНА АЛИСКИРЕНОМ В КОМБИНАЦИИ С РАЗНЫМИ ДОЗАМИ ГИПОТИАЗИДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	28
46. ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ (НЦД)	29
47. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОВМЕСТНО С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	29
48. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ, СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	30
49. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА 1-21 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	30
50. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ	31
51. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МЕДЛЕННО-ВОЛНОВЫХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	31
52. ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И ЭКГ У ТАБАКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	32
53. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	32
54. ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ	32
55. ПАРАМЕТРЫ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК МАРКЕРЫ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	33
56. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	33
57. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНОТРОПНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ	34
58. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	34
59. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	35
60. ПАРАМЕТРЫ ЭЛАСТИЧНОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1 СТЕПЕНИ, ИЗУЧЕННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ЭХО-ТРЕКИНГА	35
61. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	35
62. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ПРОТРОМБОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	36

63. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	36
64. РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	37
65. СРАВНЕНИЕ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА С ДИУРЕТИКАМИ	37
66. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	38
67. СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО КРОВОТОКА В ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	38
68. СРАВНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГБ И В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ НОЧНОГО АПНОЕ/ГИПОПНОЕ	39
69. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОЗИНОПРИЛОМ	39
70. УРОВЕНЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	39
71. ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	40
72. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	40
73. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОБЛЮДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	41
74. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОЗАРТАНА, КОМБИНАЦИИ ЛОЗАРТАНА И АМЛОДИПИНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	42

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок.

Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

АСКАРОВ А. Р., ШАЛАЕВ С. В.

ГОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Изучить клинические особенности артериальной гипертензии (АГ) у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК).

Материал и методы:

В исследование включены 75 больных ОААНК мужского пола в возрасте 38-70 лет (ср. возраст $57 \pm 7,04$ лет). По клиническому течению преобладала 2Б стадия ОААНК (64,0 %), реже – 3 и 4 стадии (25,0% и 11,0% соответственно); средняя продолжительность ОААНК – $7 \pm 4,6$ лет. У большинства больных ОААНК отмечалась АГ (85,0%). Изучались частота и степень (ст.) АГ у больных ОААНК в зависимости от тяжести заболевания. Для установления диагноза и осложнений ОААНК, АГ использовались клинико-лабораторные, функциональные, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы BIOSTAT (2006).

Результаты:

У большинства больных ОААНК встречалась АГ 3 ст. (59,0%), у 1/3 больных – АГ 2 ст. (31,0 %), значительно реже – АГ 1 ст. (9,0 %). Антигипертензивную терапию получали 73,0 % больных АГ, но достигали целевого уровня артериального давления (АД) ($<140/90$ мм рт.ст.) менее половины больных (44,0 %). Установлено увеличение уровня систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) у больных по мере прогрессирования ОААНК (от 2-й до 3-й и 4 ст.): САД – $137 \pm 9,5$ vs. $143 \pm 15,5$ vs. $152 \pm 24,3$ мм рт.ст. соответственно ($p=0,016$) и ДАД – $84 \pm 4,7$ vs. $86 \pm 8,2$ vs. $91 \pm 7,3$ мм рт.ст. соответственно ($p=0,027$). У больных ОААНК с утяжелением стадии заболевания (от 2-й до 3-4-й) возрастала частота сердечных сокращений (ЧСС): $74 \pm 12,4$ vs. $77 \pm 7,4$ vs. $82 \pm 10,6$ соответственно ($p=0,04$). Прогрессирующее течение АГ и увеличение ЧСС у больных по мере утяжеления ОААНК сопровождалось повышением частоты выявления гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (45,0% vs. 56,0% vs. 75,0%; $p<0,05$) и постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) (35,0% vs. 51,0% vs. 75,0%; $p<0,05$).

Заключение:

У больных ОААНК наблюдается высокая частота АГ (85,0 %), течение которой утяжеляется по мере прогрессирования ОААНК. Повышение уровня АД и ЧСС у больных ОААНК, страдающих АГ, сопровождается увеличением частоты выявления ГЛЖ и ПИКС.

2. АНАЛИЗ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ЗАЙКИНА М. В., БИСТЕРФЕЛЬД О. А.

Рязанский областной клинический кардиологический
диспансер РГУ имени С.А. Есенина

Введение (цели/задачи):

Информационные ресурсы здравоохранения – самый ценный и динамичный вид медико-производственных ресурсов. Одной из областей медицины, в которой активно применяются информационные технологии, является кардиология. Авторами предлагается разработка информационно-аналитической системы для исследования зависимости клинико-инструментальных показателей пациентов от ряда модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития различных нарушений ритма.

Материал и методы:

В базе данных (БД) информационной системы (ИС) должна содержаться следующая информация о пациентах. 1. Паспортные данные: ФИО, пол, дата рождения, контактный телефон и др. 2. Анамнез заболевания: первый эпизод нарушения ритма (фибрилляции предсердия (ФП)), кратность повторений, длительность повторных эпизодов, проводимая терапия. 3. Результаты анализов крови: липидный спектр, глюкоза крови, уровень гормонов щитовидной железы. 4. Результаты ЭХО-КГ. 5. Результаты ХМ-ЭКГ. Кроме того, необходимо проанализировать зависимость вероятности повторных эпизодов ФП от различных этиологических факторов и сопутствующих заболеваний, значимых в генезе данной формы нарушения ритма, (в частности, сахарный диабет, ХОБЛ). Представляет интерес исследование влияния на клинико-инструментальные показатели количества и длительности употребления алкоголя пациентами, входящими в группу «не злоупотребляющих алкоголем».

Результаты:

При создании электронных приложений для здравоохранения возникает проблема хранения и обработки данных со сложной, заранее не определенной структурой. В разрабатываемой ИС хранение информации, не предусмотренной в первоначальном плане исследования, планируется в отдельных схемах БД. Это позволит уменьшить затраты на эксплуатацию ИС за счет исключения необходимости изменений структуры БД.

Заключение:

Предлагаемая информационно-аналитическая система должна способствовать оптимизации диагностики и ведения пациентов с различными формами нарушения ритма сердца.

3. АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТИЗЫ И КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СИСТЕМЕ ОМС

СТАРЧЕНКО А. А., ЗИНЛАНД Д. А., ТРЕТЬЯКОВА Е. Н.,
ЯСНОВ В. Ю., ДРАЧЕВА Л. В., ПОПОВ Е. Г.,
ГОНЧАРОВА Е. Ю., СЕРГЕЕВА Л. А.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
РОСГОССТРАХ-Тюмень-Медицина

Введение (цели/задачи):

Цель: Анализ нормативно-правовых актов и разработка минимальных алгоритмов экспертизы качества помощи больным острым коронарным синдромом. Основной целью экспертизы является повышение качества медицинской помощи в регионе, снижение инвалидизации и смерт-

ности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы и их осложнений. Задачей экспертизы является выявление фактов оказания медицинской помощи ненадлежащего качества и анализ их причин.

Материал и методы:

Нормативные документы МЗ РФ и рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов.

Результаты:

К критериям качества медицинской помощи относят следующие. Этап I. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1. Проведение диспансерного наблюдения трудоспособного населения при риске развития ИМ по нозологиям: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность I-III функционального класса, аневризма сердца, стенокардия напряжения I-II функционального класса, первичная легочная гипертензия, жизнеугрожающие нарушения ритма, пороки сердца и крупных сосудов. Состояние после перенесенного ИМ более 12 месяцев назад, пациенты с имплантированным водителем ритма. 2. Перечень обследований, предусмотренных рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению больных с риском возникновения ИМ. 3. Основные группы препаратов, применяемых при профилактике и лечении состояний с риском развития ИМ. 4. Обязательные медицинские услуги по реабилитации больного, перенесшего острый ИМ. Этап II. Скорая медицинская помощь. 1. Время от вызова бригады скорой медицинской помощи до контакта с пациентом, мин. 2. Время доставки пациентов в стационар в пределах «терапевтического окна» (40-60 мин). 3. Правильность сбора анамнеза и первичная диагностика. 4. Правильность оказания экстренной помощи линейной бригадой. 5. Правильность постановки диагноза бригадой скорой помощи. Этап III. Стационарная помощь. 1. Перечень основных лабораторных и инструментальных исследований и их кратность при обследовании пациентов подозрением на ИМ из расчёта пребывания в стационаре в течение 12 дней. 2. Время от поступления в БИТ до начала инфузионной терапии (системного внутривенного тромболитика) пациентам с ИМ. 3. Проведение программы мультидисциплинарной реабилитации и вторичная профилактика ИМ кровообращения с первых суток заболевания. 4. Выполнение программы обучения: мероприятия по контролю за факторами риска — артериальным давлением, аритмией, рекомендации по соблюдению диеты, прекращение курения, прием антиагрегантов; инструктаж родственников. 5. Отказ в госпитализации пациентам с диагнозом направления - ОКС. 6. Своевременность направления в БИТ (не более 15 мин с момента прибытия в приёмное отделение). 7. Дефекты диагностики пациентов с ИМ: 7.1. Своевременность выполнения первоочередных инструментальных и лабораторных исследований; 7.2. Время начала проведения холтеровского мониторирования ЭКГ с момента поступления в БИТ. 7.3. Проведение ЭХО-КГ. 7.4. Консультация кардиохирурга. 8. Дефекты формулировки диагноза, оценки риска и прогноза у пациентов с ИМ: 8.1. Отсутствие в диагнозе формулировки о подтипе; 8.2. Отсутствие оценки риска дальнейших осложнений и выделение пациента в группу с высоким непосредственным риском смерти или развития инфаркта миокарда по результатам начального наблюдения (8-12 ч). 8.3. Отсутствие оценки прогноза пациента с ИМ ранние сроки. 9. Дефекты наблюдения пациентов с ИМ: 9.1. Отсутствие в истории болезни

информации о суточном наблюдении врача-кардиолога. 9.2. Отсутствие осмотров не менее 4-6 раз в сутки при прогрессирующем течении, нарастании кардиологических расстройств, утяжелении общего состояния. 9.3. Отсутствие в истории болезни информации о непрерывном мониторировании ЭКГ. Основные физиологические параметры должны фиксироваться в истории болезни каждые 90 мин, до стабилизации состояния, и каждые 4-6 часов после стабилизации. 9.4. Отсутствие повторной регистрации стандартной ЭКГ (в первые сутки 3-4 раза в сутки; на 2-е и 3-и сутки не менее 1 раза в сутки). 9.5. Отсутствие в истории болезни информации о динамике состояния больного и мониторинг ЭКГ в зависимости от проводимой терапии. 9.6. Отсутствие в истории болезни информации об эластичной компрессии нижних конечностей. 9.7. Несоблюдение сроков прибытия в БИТ: 9.7.1. Если диагноз инфаркта миокарда не подтверждается, в частности, если через 12 ч после начала приступа содержание сердечных тропонинов в крови нормально, приступы ишемии не повторяются или диагноз ОКС отвергается вообще, больной может быть переведен из БИТ. 9.7.2. Больные, у которых на протяжении последних 12 ч ситуация стабильна, нет осложнений и - особенно - после успешной реваскуляризации могут быть переведены в зону контроля промежуточной интенсивности, а через 24 ч - в обычную палату отделения. Средние сроки пребывания в БИТ больных инфарктом миокарда - 2-3 суток. 10. Дефекты и лечения пациентов с признаками ИМ в БИТ. 10.1. Несоблюдение алгоритма оказания медицинской помощи в диагностике и лечении острого коронарного синдрома без стойкого подъема ST. 10.2. Несоблюдение стандарта «Лабораторный контроль за терапией прямыми антикоагулянтами». 10.3. Несоблюдение стандарта «Лабораторный контроль за терапией непрямими антикоагулянтами». 10.4. Нерациональное назначение медикаментозных препаратов при ИМ. 10.5. Назначение нижеперечисленных групп лекарственных средств при наличии противопоказаний: а) антикоагулянтов непрямого действия; б) ацетилсалициловой кислоты; в) нитратов.

Заключение:

Выявление фактов оказания медицинской помощи ненадлежащего качества и анализ их причин по предлагаемому алгоритму позволит повысить качество медицинской помощи в регионе, будет способствовать снижению инвалидизации и смертности населения от заболеваний сердечно-сосудистой системы и их осложнений.

4. АНТИТЕЛА К ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНАМ КАК МАРКЕРЫ СИСТЕМОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ТАРАСОВ А. А., МАРИНЕНКО А. В., ШАРКАС А. Ш., АББАСОВА Г. Т.

ВолГМУ, КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Введение (цели/задачи):

Гликозаминогликаны (ГАГ) участвуют в транспорте окисленных липопротеидов, при этом липопротеиды оказывают на них повреждающее действие, в результате чего ГАГ приобретают антигенные свойства. Уровень антител к ГАГ

коррелирует с активностью воспаления, лежащего в основе развития и прогрессирования атеросклеротического процесса. Целью исследования явилась сравнительная оценка уровня антител к ГАГ у больных с хроническими формами ИБС и у больных без клинических проявлений ИБС, соответствующих критериям синдрома хронического системного воспаления (СХСВ, имеющих в качестве сопутствующей патологии артериальную гипертензию (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 98 человек (32 больных хроническими формами ИБС, 36 лиц без ИБС, соответствующих критериям СХСВ и 30 человек – контрольная группа больных АГ). Диагностика АГ и основных клинических форм ИБС проводилась в соответствии с рекомендациями ВНОК, диагноз СХСВ ставился в соответствии с критериями Fabbri L. и Rabe K. 2007. Сывороточный уровень антител ГАГ определяли с помощью иммуноферментного метода по оригинальной методике, результаты выражали в единицах оптической плотности. За нормальное значение принимали уровень антител менее 2,0 ед.оп.пл. Полученные данные подвергали в дальнейшем статистической обработке с использованием пакета SPSS 10.0.

Результаты:

В группе больных с ИБС повышенный уровень антител к ГАГ отмечен в 37,5% случаев, в группе больных без ИБС, соответствующих критериям СХСВ, – в 38,9%, в контрольной группе – в 13,3% случаев. Уровни антител к ГАГ в основных группах достоверно между собой не отличались ($t=-0,12$, $p=0,91$, но в то же время достоверно превышали таковой в контрольной группе ($t=2,26$, $p=0,03$ для ИБС, $t=2,43$, $p=0,02$ для СХСВ).

Заключение:

Уровень антител к ХС повышается как при клинически выраженном атеросклерозе у больных, страдающих ИБС, так и у лиц, имеющих дополнительные факторы риска в отсутствие клинических проявлений атеросклероза. Исследование уровня аутоантител к ГАГ при наличии СХСВ может быть полезным в плане ранней диагностики коронарного атеросклероза, а также для оценки прогноза его клинической манифестации у лиц с дополнительными факторами риска, страдающими АГ.

5. ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ

Диш А. Ю., Смирнова И. Н., Барабаш Л. В.

ФГУ Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России

Введение (цели/задачи):

В последние годы одним из перспективных методов лечения психосоматических заболеваний, влияющим на нормализацию гомеостатических процессов, считается транскраниальная электростимуляция (ТЭС).

Материал и методы:

В исследование включено 57 больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии с хроническим психо-эмоциональным напряжением. Основная группа I ($n=35$) на фоне базисной гипотензивной терапии получали ТЭС,

йодобромные ванны и ЛФК; группа сравнения II ($n=22$) получали тот же комплекс без ТЭС. Исследовали показатели свертывающей системы крови, липидного обмена, системы перекисного окисления липидов и гормонального статуса.

Результаты:

В I группе после лечения снижался общий холестерин с $6,43\pm 1,02$ до $5,42\pm 0,98$ ммоль/л ($p<0,01$), липопротеиды низкой плотности с $4,35\pm 0,89$ до $3,56\pm 0,47$ ммоль/л ($p<0,05$); липопротеиды высокой плотности увеличивались с $0,98\pm 0,22$ до $1,11\pm 0,27$ ммоль/л ($p<0,05$); уменьшался церулоплазмин с $385,4\pm 18,3$ до $325,8\pm 16,7$ мг/л ($p<0,01$); малоновый диальдегид снижался с $8,85\pm 0,43$ до $8,13\pm 0,72$ мкмоль/л ($p<0,05$); АЧТВ увеличивалось с $24,4\pm 2,07$ до $33,6\pm 3,86$ сек ($p<0,05$); фибриноген снижался с $4,23\pm 0,43$ до $3,19\pm 0,72$ г/л ($p<0,01$). Таким образом, в группе I улучшались показатели свертывающей системы крови, липидного обмена и системы перекисного окисления липидов. В группе II достоверно улучшался только показатель АЧТВ (с $27,8\pm 0,87$ до $32,2\pm 3,27$ сек, $p<0,05$). В группе I отмечалось уменьшения индекса отношения кортизола и инсулина на 14,5% ($p<0,05$) за счет снижения «гормона стресса» кортизола, а также снижение уровня тироксина на 9% ($p<0,05$). В группе II изменения параметров гормонального статуса не выявлено.

Заключение:

Включение ТЭС повышает эффективность лечения больных ГБ за счет положительного воздействия на свертывающую систему крови, липидный обмен, систему перекисного окисления липидов и гормональный статус пациентов.

6. ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА АКТИВНОСТЬ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Петрова Ю. А., Дизер С. А.

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава

Введение (цели/задачи):

Определить влияние мексидола, в комплексной терапии вторичного хронического пиелонефрита в сочетании с артериальной гипертензией на активность процессов липопероксидации и состояние антиоксидантной защитной функции мембран нейтрофилов и цитомембран нефрона почек.

Материал и методы:

Обследовано 60 пациентов вторичным хроническим пиелонефритом в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) на фоне нефролитиаза и дисметаболической нефропатии в фазе полной клинико-лабораторной ремиссии, в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст $46,8\pm 9,4$ года) из которых, 30 человек получали индапамид 2,5 мг/сут. в сочетании с лизиноприлом 5 мг/сут., и 30 человек получали аналогичные препараты в сочетании с мексидолом – 125 мг 3 раза в сутки, длительность наблюдения составила 12 недель.

Результаты:

При назначении мексидола, в сравнении с группой на стандартной терапии, зарегистрирован более низкий уровень малонового диальдегида ($p<0,05$) и меньший индекс

соотношения холестерина к фосфолипидам в мембране нейтрофилов ($p < 0,05$), на фоне достоверно более высокого содержания фосфолипидов ($p < 0,05$). Также, в группе с дополнительным использованием мексидола отмечено статистически значимое снижение экскреции, относительно исходных значений и группы на стандартной терапии диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, общего холестерина и увеличение содержания метаболитов α -токоферола, что позволяет предположить замедление деструктивных процессов и активацию репарации в почечной ткани на фоне включения в состав антигипертензивной терапии при хроническом пиелонефрите мексидола, по 125 мг 3 раза в сутки.

Заключение:

У больных хроническим пиелонефритом на фоне нефролитиаза и дисметаболической нефропатии в сочетании с артериальной гипертензией использование в комплексной терапии мексидола приводит к достоверному уменьшению активности процессов липопероксидации, повышению антиоксидантного статуса и более полной репарации мембран нейтрофилов и цитомембран нефрона почек.

7. ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кудряшов Е. А., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В., Сиротенко Д. В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – изучить гендерные особенности влияния комбинированной антигипертензивной терапии, основанной на ингибиторе АПФ (иАПФ) или блокаторе рецепторов ангиотензина II (БРА) на ремоделирование миокарда у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы:

Обследовано 152 пациента, рандомизированных на 4 группы: 1 группа ($n=38$) – мужчины, 3 группа ($n=40$) – женщины, получавшие иАПФ спира-прил 6 мг и индапамид-ретард 1,5 мг; 2 группа ($n=36$) – мужчины, 4 группа ($n=38$) – женщины, принимавшие БРА II кандесартан 16 мг и индапамид-ретард 1,5 мг. Через 3 месяца больным, не достигшим целевого АД, назначался амлодипин 5-10 мг. Влияние различных вариантов антигипертензивной терапии на структурно-функциональное состояние сердца оценивалось с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) исходно и через 6 месяцев терапии.

Результаты:

Через 6 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии более выраженные структурные изменения произошли у пациенток группы 4, получавших БРА II, что проявлялось достоверным уменьшением толщины межжелудочковой перегородки (Тмжп) на 8,4% и толщины задней стенки левого желудочка (Тзслж) на 8%, массы миокарда (ММ) на 11,5%, индекса массы миокарда (ИММ) на 10,9% и увеличением фракции выброса (ФВ) на 17,1% ($p < 0,05$). Среди мужчин достоверные изменения показателей ЭхоКГ отмечены у пациентов группы 1, получавших комбинацию диуретика с ингибитором АПФ: Тмжп уменьшилась на

7,9%, ММ ЛЖ на 7,7%, ФВ увеличилась на 18% ($p < 0,05$). У мужчин группы 2 достоверных изменений структурно-функционального состояния сердца не выявлено, а у женщин в группе 3 уменьшилась только ММ левого желудочка (-9,5%, $p < 0,05$).

Заключение:

Таким образом, достоверное улучшение структурно-функционального состояния миокарда у больных СД 2 типа через 6 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии отмечалось у мужчин, получавших ингибитор АПФ (спираприл), а у женщин – принимавших БРА II (кандесартан). В остальных группах – мужчин и женщин, получавших терапию БРА и иАПФ соответственно, показатели также имели положительную динамику, однако не достигшую статистической значимости.

8. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРОВОГО ДЕПО С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Чумакова Г. А., Веселовская Н. Г., Суворова А. А., Козаренко А. А., Гриценко О. В.

Алтайский государственный медицинский университет НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Алтайский кардиоцентр, Барнаул

Введение (цели/задачи):

Основным компонентом метаболического синдрома (МС) является абдоминальное ожирение (АО), коррелирующее со всеми основными метаболическими факторами риска. При ожирении отложение жировой ткани происходит не только подкожно, но и вокруг различных органов, в том числе формируется эпикардиальное жировое депо. Эпикардиальный жир (ЭЖ), является гормонально активным, продуцирующим биологически активные вещества, принимающие участие в атерогенезе. Цель исследования: изучить взаимосвязь эпикардиального жира с основными метаболическими факторами риска.

Материал и методы:

В исследование было включено 96 пациентов со стенокардией, 56 мужчин и 40 женщин с МС по классификации ВНОК, 2010. Средний возраст обследованных составил $56,94 \pm 0,97$ лет у мужчин и $59,36 \pm 0,97$ лет у женщин. Всем пациентам проводились исследование крови натощак с определением глюкозы, пероральный тест толерантности к глюкозе, спектр липопротеидов, С-реактивного белка (СРБ) количественным методом, антропометрические измерения, суточное мониторирование артериального давления (АД). ЭЖ оценивался с помощью эхокардиографии – определялось количество жировой ткани за правым желудочком в области атриовентрикулярной борозды. Проводился корреляционный анализ по методу Спирмена.

Результаты:

Было выявлено, что средние показатели ЭЖ у женщин составили $8,28 \pm 1,1$ мм, у мужчин $9,1 \pm 1,2$ мм. Таким образом, гендерных различий средних показателей ЭЖ, в отличие от объема талии (ОТ) получено не было ($p > 0,05$). ЭЖ коррелировал с ОТ, как у мужчин ($r=0,85$; $p < 0,01$), так и у женщин ($r=0,80$; $p < 0,01$). Не было выявлено взаимосвязи ЭЖ с весом и индексом массы тела ни у мужчин ($r=0,23$; $p > 0,05$), ни у женщин ($r=0,19$; $p > 0,05$). ЭЖ положительно

коррелировал с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности у мужчин ($r=0,70$; $p<0,05$) и женщин ($r=0,73$; $p<0,05$), а также уровнем триглицеридов у мужчин ($r=0,69$; $p<0,05$) и женщин ($r=0,74$; $p<0,05$). ЭЖ коррелировал положительно с уровнем глюкозы крови у пациентов с как у мужчин ($r=0,78$; $p<0,05$), так и у женщин ($r=0,69$; $p<0,05$). Не было получено положительной корреляции ЭЖ с уровнем среднесуточного АД ни у мужчин ($r=0,40$; $p>0,05$), ни у женщин ($r=0,39$; $p>0,05$), возможно данные результаты были связаны с приемом большинством пациентов гипотензивных препаратов, т.к. 85% мужчин и 90% женщин с МС имели артериальную гипертензию. ЭЖ коррелировал с СРБ только у мужчин ($r=0,78$; $p<0,01$), у женщин такой взаимосвязи получено не было ($r=0,45$; $p>0,05$).

Заключение:

Таким образом, ЭЖ показал взаимосвязь с метаболическими нарушениями, являющимися независимыми факторами риска атеросклероза. Поэтому определение ЭЖ у пациентов с МС необходимо для формирования группы высокого риска ИБС с назначением комплекса мероприятий по первичной профилактики.

9. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ ПРИ МЕНЬШЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

МАХАРОВА Н. В., ВОЕВОДА М. И., ЛЮТОВА Ф. Ф.

ЯНЦ КМП СО РАМН ЯНЦ КМП СО РАМН, НИИ ТЕРАПИИ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Сравнительная оценка частоты факторов риска и гипертрофии миокарда у больных с верифицированным атеросклерозом коронарных артерий жителей Якутии.

Материал и методы:

Проведен анализ клинико-инструментальных показателей и факторов риска из Регистра больных с верифицированным атеросклерозом коронарных артерий данных коронароангиографии за период 2004-2008 гг ($n=568$): представители коренного населения, из них мужчин – 266 (средний возраст $54,2\pm 0,5$ лет); женщин – 20 (средний возраст $55,0\pm 1,6$ лет); представители некоренного населения, из них мужчин – 234 (средний возраст $52,6\pm 0,6$ лет); женщин – 48 (средний возраст $55,3\pm 1,1$ лет). К коренным отнесены якуты, эвенки, чукчи и другие малочисленные народы Якутии, к некоренным – русские, украинцы, белорусы и другие национальности, проживающие в Якутии постоянно. Из анализа исключены больные с атеросклерозом коронарных артерий в сочетании пороками сердца. Анализировались данные коронароангиографии, компьютерной томографии, клинической картины, факторов риска, антропометрии, ЭКГ, ЭхоКГ, уровней липидного спектра, глюкозы, фибриногена, тромбоцитов.

Результаты:

Анализ факторов риска у больных с верифицированным атеросклерозом коронарных артерий выявил, что среди коренных при меньшей выраженности атеросклероза коронарных артерий, низких значениях атерогенных липидов, меньшей частоте ожирения (по критерию ИМТ)

выявлена большая распространенность артериальной гипертензии и гипертрофия левых отделов сердца, как по ЭКГ критериям (Соколова_Лойона, Корнельского вольтажного признака, Корнельского произведения, $RAVL > 11$ мм, $RV5(V6) \geq 27$ мм, $RI + RIII > 25$ мм) так и по ЭхоКГ (по критерию ИММЛЖ), большее количество тромбоцитов.

Заключение:

Данный парадокс с одной стороны можно объяснить с низкой приверженностью к лечению коренных жителей, большей распространенностью у них инсулинорезистентности, с другой – артериальная гипертензия является одной из типичных болезней адаптации, особенности течения которой зависят от многих факторов, в том числе генетических, что требует дополнительного изучения.

10. ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА И НЕБИВАЛОЛА НА АГРЕГАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ТРОШИНА И. А., ГОНЧАРОВА М. В., СИДОРОВА Е. А.,
ЕВЛОЧКО Н. В., БАГИРОВ Р. Н., ТРОШИНА И. А.

ТЮМЕНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Введение (цели/задачи):

Сравнительный анализ влияния амлодипина и небиволола на состояние тромбоцитарного звена гемостаза.

Материал и методы:

Наблюдали 56 больных АГ I-II степени, риск (2-3)-26 мужчин и 30 женщин, медиана возраста составила 49 лет. У больных отмечался кластер МС, состоящий из нарушения толерантности к глюкозе, гиперлипидемии IIb типа, АО (ИМТ более 30 кг/м²). Контроль составил 21 здоровый человек. Биохимические исследования венозной крови проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Well Awareness Technology (США), контрольные сыворотки "Humatrol" фирмы Human. Агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбодиметрического метода, с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «BIOLA 230-2» (НПФ «Биола», Россия). Изучалась спонтанная агрегация тромбоцитов и индуцированная агрегация (индуктор агрегации АДФ в концентрации 20 мкМ). Определение параметров агрегации по кривой светопропускания: степень агрегации (%) и скорость агрегации (%/мин) и по кривой среднего размера агрегатов: степень агрегации (отн. ед.) и скорость агрегации (отн. ед./мин).

Результаты:

При назначении амлодипина в терапевтической дозе 10мг/сут во всех случаях достигнут стабильный гипотензивный эффект. Систолическое АД стабилизировалось на уровне $134,6\pm 3,2$ мм рт.ст., диастолическое – на уровне $93,6 \pm 1,9$ мм рт.ст. У пациентов, получавших небиволол, эти показатели составили $133,2 \pm 3,2$ мм рт.ст. и $95,2\pm 2,2$ мм, соответственно. Выявленная у больных гиперлипидемия IIb типа не подверглась достоверной динамике на фоне лечения амлодипином и небивололом. Количество тромбоцитов в крови до и после лечения находилось в пределах нормы. Исходно, до лечения получили достоверное повышение спонтанной агрегации $1,43\pm 0,02$ отн. ед.

($p < 0,05$) и АДФ-индуцированной агрегации по среднему радиусу агрегата: степени агрегации $16,41 \pm 2,19$ отн. ед. и скорости агрегации $39,82 \pm 0,25$ отн. ед./мин и по светопропусканию: степени агрегации $52,57 \pm 0,08$ % и скорости агрегации $63,76 \pm 0,02$ %/мин ($p < 0,050$, относительно группы контроля). На фоне проводимого 12-недельного курса терапии амлодипином, получили достоверное снижение спонтанной агрегации $1,31 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) и АДФ-индуцированной агрегации по среднему радиусу агрегата: степени агрегации $12,41 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) и скорости агрегации $26,82 \pm 0,02$ ($p < 0,05$). Применение небиволола не привело к достоверному снижению спонтанной агрегации и АДФ-индуцированной агрегации.

Заключение:

Амлодипин в большей степени, чем небиволол у пациентов с МС нормализует агрегационную функцию тромбоцитов.

11. ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смирнова И. Н., Алайцева С. В., Диш А. Ю.

ФГУ Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России

Материал и методы:

Обследовано 57 больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии. Основная группа I ($n=35$) на фоне базисной гипотензивной терапии получали транскраниальную электростимуляцию (ТЭС), йодобромные ванны и ЛФК; группа сравнения II ($n=22$) получали тот же комплекс без ТЭС. Состояние электрической активности головного мозга оценивали по данным электроэнцефалографии.

Результаты:

В зависимости от уровня альфа-активности электрической активности головного мозга все пациенты I группы были разделены на две подгруппы: альфа-активность выше (подгруппа 1) и ниже (подгруппа 2) 55 мкВ2. До лечения в подгруппе 1 электрическая активность была повышена с абсолютными значениями мощности (АЗМ) $176,8 [104,8;321,4]$ мкВ2 справа и $153,1 [112,2;328,6]$ мкВ2 слева. Альфа-активность составила 67,6% от всех частотных составляющих. В конце лечения отмечено снижение АЗМ в диапазоне тета и бета в затылочных отведениях, при этом выраженность альфа-активности в не изменились. Можно предположить, что полученная динамика биоэлектрической активности мозга свидетельствует об уменьшении десинхроноза, идущего, из ретикулярной формации ствола мозга. Подгруппу 2 составили пациенты с низкоамплитудной ЭЭГ, у которых альфа-активность была снижена (АЗМ $47,9 [32,2;64,6]$ мкВ2 справа и $39,5 [29,2;42,3]$ мкВ2 слева) и составляла соответственно 31,7 % и 34,1% от АЗМ всех частотных составляющих. В конце лечения в этой подгруппе регистрировалось увеличение АЗМ альфа-активности. Таким образом, и в этой подгруппе лечение с применением ТЭС способствовало улучшению регуляторных взаимоотношений и снижению влияния восходящих активирующих неспецифических структур головного мозга. У больных группы сравнения показатели ЭЭГ достоверно не изменялись.

Заключение:

Применение ТЭС в лечении больных ГБ является обоснованным, поскольку улучшает регуляторные взаимоотношения в центральной нервной системе.

12. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Тарасов А. А., Давыдов С. И., Бабаева А. Р.

ВолГМУ

Введение (цели/задачи):

В последнее время у блокаторов кальциевых каналов третьего поколения описаны эффекты, которые позволяют рассматривать их как средства патогенетического воздействия на атерогенез при ИБС и сахарном диабете (СД) 2 типа. Целью исследования явилась оценка влияния терапии артериальной гипертензии (АГ) амлодипином на показатели системного воспаления как одного из основных патогенетических механизмов повреждения сосудистой стенки у больных ИБС и СД 2 типа.

Материал и методы:

В исследование было включено 60 больных с АГ 2-й и 3-й степени, имеющих ассоциированные клинические состояния в виде ИБС (30 человек) и СД 2 типа (30 человек). Методом случайной выборки больные каждой группы были разделены на следующие подгруппы: первую (основную), в которую были включены 15 больных АГ в сочетании с ИБС и 15 больных с АГ, протекающей на фоне СД. Во вторую (контрольную) группу было также включено по 15 больных с аналогичными заболеваниями. Пациентам первой группы проводилось лечение ингибиторами АПФ, ацетилсалициловой кислотой, статинами, β -адреноблокаторами, нитратами и амлодипином. Пациентам контрольной группы проводилось лечение ИАПФ, ацетилсалициловой кислотой, статинами, β -адреноблокаторами и нитратами. Длительность наблюдения составила от 6 до 8 недель. Оценивали в динамике жалобы больного, уровень артериального давления (АД), измеренный методом Короткова при визитах больного и по данным суточного мониторирования АД, ЭКГ. Для оценки активности системного воспаления у больных в вышеуказанных группах изучали содержание интерлейкина (ИЛ)-1 β , ИЛ-6 и фактора некроза опухоли (ФНО)- α и С-реактивного протеина (СРП) высокочувствительным методом в сыворотках крови методом твердофазного ИФА (диагностические наборы «Цитокин-ИФА-БЕСТ» и «СРБ-ИФА-БЕСТ») на спектрофотометре «Униплан». Назначение амлодипина в составе комбинированной терапии АГ проводилось в соответствии с Национальными рекомендациями по лечению АГ (цель – достижение «целевого» значения АД) в начальной дозе 5 мг в сутки. При неэффективности стартовой терапии доза амлодипина увеличивалась в первую очередь. Увеличение проводилось путем титрования и прекращалось при достижении суточной дозы 10 мг, после чего начиналось титрование доз других антигипертензивных препаратов. В случае, если при повышении дозы других антигипертензивных препаратов целевых цифр АД не достигалось, допускалось повышение суточной дозы амлодипина до 15 мг.

Результаты:

Исследование закончили 12 больных первой группы, стра-

дающих АГ в сочетании с ИБС и 13 больных с АГ, протекающей на фоне СД. В контрольной группе исследование завершило по 10 человек из каждой подгруппы. Через 6-8 недель терапии в группе пациентов, получавших амлодипин, отмечена выраженная тенденция к снижению уровней провоспалительных цитокинов в крови, при этом снижение уровней ИЛ-1 β в группе больных с АГ и СД (с 205,5 пг/мл до 155 пг/мл), уровня ФНО- α в обеих основных группах (с 18 пг/мл до 12,7 пг/мл и с 35,5 пг/мл до 23,5 пг/мл соответственно) и уровня ИЛ-6 в группе АГ и ИБС (с 16,6 до 6,5 пг/мл) носило достоверный характер. Также во всех группах, включая контрольные, в процессе лечения уменьшилось количество больных, имеющих повышенный уровень цитокинов, при этом снижение этого показателя в основной группе больных АГ и СД (с 92,3% до 61,5%), получавших амлодипин, носило достоверный характер. Уровень СРП в процессе лечения препаратом Стамло уменьшился в обеих основных группах, при этом в группе больных АГ в сочетании с СД динамика данного показателя была статистически значимой.

Заключение:

Проведенные нами исследования продемонстрировали положительное влияние амлодипина на показатели активности системного воспаления как одного из основных звеньев патогенеза ангиопатий при СД и ИБС. Амлодипин можно считать препаратом выбора для лечения АГ, сочетающейся с диабетической и атеросклеротической ангиопатиями, у больных СД и ИБС.

13. ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Салахова Е. И., Исакова Д. Н., Юсупова Е. Ю., Дороднева Е. Ф.

ГОУ ВПО Тюменская Государственная
Медицинская Академия, г. Тюмень

Введение (цели/задачи):

Цель работы: оценить роль гиперурикемии в формировании высокого сердечно-сосудистого риска у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Под наблюдением находилась группа пациентов с МС в количестве 57 человек, средний возраст 39,3 \pm 15,4 лет. Из них 19 мужчин и 38 женщин. Для верификации МС использовались критерии Международной Федерации Диабета (IDF 2005). Все пациенты имели избыток массы тела или ожирение, дислипидемию и гиперурикемию. АГ страдали 40 пациентов, средний уровень САД 155 \pm 10 мм рт ст, ДАД 85 \pm 5 мм рт ст. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых лиц, сопоставимых основной группе по полу и возрасту. Оценивались антропометрические параметры, уровень АД, биохимические показатели: липидограмма, ингибитор активатора плазминогена (PAI-1). При анализе статистических данных использовали пакет Statistica 6,0, непараметрический корреляционный анализ Спирмена.

Результаты:

У 22 обследованных обнаружен повышенный уровень PAI-1 (более 43 нг/мл), средние значения 134,2 \pm 75,4. Обнаружены статистически значимые положительными кор-

реляционные зависимости с ОТ [r= 0,55; p=0,0005], ИМТ [r= 0,41, p=0,0037], САД [r= 0,36; p=0,0014], PAI-1 [r= 0,59, p=0,002], ХС ЛПНП [r= 0,55; p=0,003].

Заключение:

Гиперурикемия у больных с МС ассоциируется с выраженным абдоминальным ожирением, АГ, нарушениями липидного обмена и снижением фибринолитической активности крови, что сопряжено с повышением сердечно-сосудистого риска у данной категории больных.

14. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ ИЛИ ФЕНОФИБРАТОМ

Сокаева З. Т., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.

МУЗ КГКБ СМП КГМА

Введение (цели/задачи):

Оценить изменение основных показателей диастолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и толщины комплекса «интима - медиа» (ТКИМ) сонных артерий у пациентов с метаболическим синдромом (МС) на фоне лечения симвастатином или фенофибратом.

Материал и методы:

В исследование включены 46 больных с МС, средний возраст - 56,2 \pm 3,6 года. Критерии включения: наличие абдоминального ожирения в сочетании с дислипидемией и артериальной гипертонией. Все больные получали сопоставимую антигипертензивную терапию. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: 1 группа (n=24) получала симвастатин (Зокор, MSD) 20 мг/сутки, 2 группа (n=22) - фенофибрат (Трайкор, Solvay Pharma) 145 мг/сутки. Всем больным до начала исследования и через 6 месяцев наблюдения проводилось общеклиническое обследование, определение антропометрических показателей (окружность талии, индекс массы тела), ЭКГ, эхокардиография с оценкой основных показателей диастолической функции ЛЖ, цветное дуплексное сканирование экстракраниального отдела сонных артерий для определения ТКИМ.

Результаты:

На фоне терапии симвастатином отмечалось увеличение скорости пика Е на 10% (с 0,54 до 0,60 см/сек; p < 0,05), Е/А - на 13 % (с 0,60 до 0,69; p<0,05), а также уменьшение скорости пика А на 8,5 % (с 0,70 до 0,64 см/сек; p <0,05), ВИР - на 10,8 % (с 74 до 66 мсек; p<0,05). У пациентов 2-й группы отмечалось недостоверное увеличение скорости пика Е с 0,56 до 0,59 см/сек, Е/А с 0,62 до 0,65, уменьшением пика А с 0,71 до 0,69 см/сек и ВИР с 76 до 71 мсек (p>0,05). Через 6 месяцев терапии симвастатином наблюдалось уменьшение ТКИМ с 1,14 \pm 0,02 мм до 1,08 \pm 0,03мм (p < 0,05), на фоне применения фенофибрата ТКИМ уменьшилась с 1,13 \pm 0,03 мм до 1,09 \pm 0,02 мм (p < 0,05).

Заключение:

1. Применение симвастатина сопровождалось достоверным улучшением диастолической функции ЛЖ. В группе пациентов, получающих фенофибрат, значимого улучшения показателей диастолической функции ЛЖ не отмечено. 2. На фоне терапии симвастатином и фенофибратом у пациентов с МС наблюдалось достоверное уменьшение ТКИМ.

15. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АМЛОДИПИНОМ

ТАРАСОВ А. А., ДАВЫДОВ С. И.

ВолГМУ

Введение (цели/задачи):

В проведенных ранее исследованиях показана способность антагонистов кальция влиять на выработку тромбоксана, простаглицлина, эндотелина и других активных молекул клетками сосудистого эндотелия. Целью исследования явилась оценка влияния терапии артериальной гипертензии (АГ) амлодипином на инструментальные показатели, характеризующие эндотелиальную функцию (ЭФ), нарушение которой рассматривается в настоящее время как одно из основных патогенетических звеньев повреждений сосудистой стенки у больных ИБС и СД 2 типа.

Материал и методы:

В исследование было включено 60 больных с АГ 2-й и 3-й степени, имеющих ассоциированные клинические состояния в виде ИБС (30 человек) и СД 2 типа (30 человек). Методом случайной выборки больные каждой группы были разделены на следующие подгруппы: первую (основную), в которую были включены 15 больных АГ в сочетании с ИБС и 15 больных с АГ, протекающей на фоне СД. Во вторую (контрольную) группу было также включено по 15 больных с аналогичными заболеваниями. Пациентам первой группы проводилось лечение ингибиторами АПФ, ацетилсалициловой кислотой, статинами, β -адреноблокаторами, короткодействующими нитратами по требованию и амлодипином. Пациентам контрольной группы проводилось лечение ИАПФ, ацетилсалициловой кислотой, статинами, β -адреноблокаторами и короткодействующими нитратами по требованию. Длительность наблюдения составила от 6 до 8 недель. Оценивали в динамике жалобы больного, уровень артериального давления (АД), измеренный методом Короткова при визитах больного и по данным суточного мониторирования АД, ЭКГ. ЭФ изучали при помощи пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация) по методике Лебедева П.А. (2004 год) с применением фотоплетизмометрического датчика. Для оценки ЭФ использовали интегральный показатель функции эндотелия (ПФЭ), индекс жесткости (ИЖ) и времени отражения пульсовой волны (ВОПВ), а также их динамику. Статистический анализ проводили с использованием пакета SPSS 16.0. Назначение амлодипина в составе комбинированной терапии АГ проводилось в соответствии с Национальными рекомендациями по лечению АГ (цель – достижение «целевого» значения АД) в начальной дозе 5 мг в сутки. При неэффективности стартовой терапии доза амлодипина увеличивалась в первую очередь. Увеличение проводилось путем титрования и прекращалось при достижении суточной дозы 10 мг, после чего начиналось титрование доз других антигипертензивных препаратов. В случае, если при повышении дозы других антигипертензивных препаратов целевых цифр АД не достигалось, допускалось повышение суточной дозы амлодипина до 15 мг.

Результаты:

Исследование закончили 12 больных первой группы, страдающих АГ в сочетании с ИБС и 13 больных с АГ, протекающей на фоне СД. В контрольной группе исследование завершило по 10 человек из каждой подгруппы. Через 6-8 недель терапии в группе пациентов с ИБС, получавших амлодипин, отмечена достоверная положительная динамика таких показателей как ПФЭ (достоверный прирост в среднем на 14%), а в группе больных СД, получавших амлодипин, ПФЭ (в среднем на 12%) и ВОПВ (в среднем на 8%). В контрольных группах достоверных различий изучаемых показателей в ходе лечения не выявлено.

Заключение:

Проведенные нами исследования продемонстрировали положительное влияние амлодипина на показатели эндотелиальной функции как одного из основных звеньев патогенеза ангиопатий при СД и ИБС. Поэтому амлодипин используется нами как препарат выбора для лечения АГ, сочетающейся с диабетической и атеросклеротической ангиопатиями у больных СД и ИБС.

16. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РЕСТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

КОЗАРЕНКО А. А., ЧУМАКОВА Г. А., ВЕСЕЛОВСКАЯ Н. Г., МИРОНОВА Н. Г., БОКСЛЕР М. И.

НИИ КПССЗ СО РАМН, г. КЕМЕРОВО,
МЕДУНИВЕРСИТЕТ, г. БАРНАУЛ

Введение (цели/задачи):

Известно, что около 20% пациентов со стенокардией, подвергающихся реваскуляризации миокарда, имеют метаболический синдром (МС). Рестеноз в зоне стента встречается в 10-40% случаев. Доказано, что наличие МС является фактором риска развития рестеноза. У пациентов с МС и абдоминальным ожирением (АО) происходит повышение концентрации адипокинов белой жировой ткани (БЖТ) в сыворотке крови, которые принимают участие в регуляции сосудистого тонуса, эндотелиальной функции, провоспалительном и протромботическом состоянии – основными компонентами атерогенеза. Цель исследования: Изучить влияние гормонов БЖТ на развитие рестеноза коронарных артерий после стентирования у пациентов с МС в течение 1 года наблюдения.

Материал и методы:

В исследование было включено 56 мужчин с МС, средний возраст составил $56,94 \pm 0,97$ лет. Все пациенты имели стенокардию напряжения II-III ф кл, подтвержденную нагрузочными пробами. Всем пациентам по показаниям в плановом порядке было проведено стентирование 1 или 2 коронарных артерий стентами без лекарственного покрытия. До проведения стентирования помимо общеклинического обследования (антропометрия, оценка нарушений углеводного, липидного обмена) изучалась гормональная активность БЖТ с определением уровня основных адипокинов плазмы (лептина, адипонектина, резистина) методом иммуноферментного анализа с помощью наборов Human Leptin ELISA, Human Adiponektin ELISA, Human Resistin ELISA. Через 9-12 мес проводилась контрольная коронароангиография (КАГ). Пациенты были сопоставимы

по проводимой антиагрегантной и гиполипидемической терапии. Критерием исключения были пациенты с СД 2 типа. Обработка результатов осуществлялась с помощью программы STATISTICA.

Результаты:

Было выявлено, что у пациентов с МС и стенокардией гиперлептинемия встречалась в 70% случаев ($n=39$), средние показатели лептина составили $24,92 \pm 2,76$ нг/мл. При оценке уровня адипонектина было выявлено - гипоадипонектинемия встречалась у 20% пациентов с МС ($n=11$), средние показатели адипонектина составили $15,5 \pm 1,4$ нг/мл. Гиперрезистинемия определялась в 50% случаев ($n=28$), средние показатели резистина составили $17,5 \pm 1,2$ нг/мл, что было выше референтных значений. В результате обследования у 27% пациентов с МС ($n=15$) определялись повышенные показатели лептина и резистина, а также снижение концентрации адипонектина плазмы. И среди этой группы пациентов с МС и стенокардией ($n=15$) в 53% случаев через 9-12 мес после стентирования диагностированы рестенозы коронарных артерий с потерей просвета стента от 40 до 70% и возобновлением клиники стенокардии у 80% мужчин ($n=6$). У группы пациентов с МС и нормальными значениями лептина, адипонектина и резистина ($n=13$), рестенозы коронарных артерий были получены в 10% случаев (у 2 пациентов), что было статистически значимо меньше, чем в группе с повышенными показателями адипокинов ($p < 0,01$).

Заключение:

Таким образом, у пациентов с МС существуют дополнительные факторы риска неблагоприятного прогноза при проведении стентирования коронарных артерий, такие как гиперлептинемия, гиперрезистинемия и гипоадипонектинемия. Для снижения риска ранних осложнений после реваскуляризации миокарда необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий, направленных на коррекцию данных изменений: снижение веса, соблюдение диеты и других.

17. ЗАВИСИМОСТЬ СУТОЧНЫХ РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ НЕФРОПАТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И НЕДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Абдуллаев Ш. С.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Известно, что течение сердечно-сосудистых заболеваний в сочетании с СД 2-го типа имеет свои клинические особенности. Так, артериальная гипертензия (АГ) при сахарном диабете 2-го типа проявляется умеренным повышением артериального давления (АД) с отсутствием адекватного снижения его в ночные часы. Типы суточной кривой АД «non-dipper» и «night-peaker» ассоциированы с более высоким риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в отличие от типа «dipper». Кроме того, у больных СД в патологический процесс часто вовлекаются почки, поэтому наряду с контролем уровня АД надо обязательно учитывать состояние почечной функции, особенно в тех случаях, когда имеются первые признаки ее нарушения – микроальбуминурия и снижение скорости клубочковой фильтрации. Цель исследования. Оценить в сравнительном аспекте взаимосвязь между суточным ритмом АД, с

одной стороны, и показателями почечной функции, с другой у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) III стадии диабетической и недиабетической этиологии.

Материал и методы:

В исследование включены 32 пациента с ХБП III стадии (по классификации NKF K/DOQI, 2002) в исходе нефропатий различного генеза: 17 больных с диабетической нефропатией и 15 больных ХБП недиабетической этиологии (9 пациентов с хроническим гломерулонефритом, 6 пациентов с хроническим пиелонефритом). Средний возраст больных составил $44,6 \pm 5$ лет. Суточное мониторирование АД выполняли на аппарате «Кардиотехника-4000АД» осциллометрическим методом в течение 24 ч с интервалом измерения 15/30 мин день/ночь. Функциональное состояние почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации по уравнению MDRD, а также по выраженности альбуминурии.

Результаты:

В результате исследования в группе больных с диабетической нефропатией, было выявлено достоверное преобладание пациентов с типами суточного ритма «non-dipper» (10 больных) и «night-peaker» (4 больных) по сравнению с группой пациентов без диабетической нефропатии (7 и 1 соответственно). В этой же группе уровень альбуминурии был достоверно выше, чем в группе больных недиабетической нефропатией ($215,1 \pm 26,2$ мг/сут и $184,8 \pm 23,6$ мг/сут), подобная закономерность выявлена и для значений скорости клубочковой фильтрации ($37,4 \pm 11,2$ мл/мин/1,73 м² и $46,4 \pm 12,5$ мл/мин/1,73 м²).

Заключение:

Выявлена взаимосвязь между суточным ритмом АД и почечной функцией у пациентов с диабетической нефропатией. Выраженность факторов, прогрессирующих ренальной дисфункции, значительно выше у пациентов с АГ, ассоциированной с диабетической нефропатией, по сравнению с пациентами без диабетической нефропатии.

18. ЗНАЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ АКТИВНОСТИ РЕНИНА И КОНЦЕНТРАЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

ЗАВАРИН В. В., РАДЬКОВ О. В.

ТВЕРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Адаптация гемодинамики к нормальной беременности тесно связана с ренин-ангиотензин-альдостероновой системой (РААС). Известно влияние циркулирующего отдела РААС на формирование артериальной гипертензии у беременных, в частности преэклампсии, однако значение соотношения активности ренина и концентрации альдостерона при преэклампсии мало изучено. Изучение соотношения факторов циркулирующей РААС (ренин, альдостерон) у беременных с преэклампсией актуально.

Материал и методы:

Обследовано 196 беременных в сроке 28-38 недель: 124 с преэклампсией и 72 здоровых. Проведено суточное мониторирование АД. Исследована концентрация альдостерона плазмы (КАП), активность ренина плазмы (АРП) (по приросту ангиотензина I) и соотношение КАП/АРП. Количественные признаки представлены в виде $M \pm SD$ и $Me (Q1-Q3)$.

Результаты:

Средний возраст 29,3±6,7 и 26,4±4,5 года ($p=0,36$). Срок родов у больных с преэклампсией был меньше (34,2±3,8 против 39,4±1,2 недель при нормальной беременности, $p=0,03$). Среднесуточное систолическое АД при преэклампсии составило 122 (118-138) и 109 (98-115) мм рт. ст. у здоровых беременных ($p=0,03$), а среднесуточное диастолическое АД 78 (74-90) и 65 (62-74) мм рт. ст. в контроле ($p=0,015$). Суточный ритм АД нарушен у 19 (26,3%) здоровых беременных и у 79 (63,7%) с гипертензией ($p=0,04$). Значения КАП и АРП у здоровых беременных составили 483,7 (389,2-533,4) пг/мл и 4,4 (2,9-5,6) нг/мл/ч, оба значения превышали таковые в группе беременных с преэклампсией, где КАП 332,4 (281,9-482,5) пг/мл ($p=0,06$); АРП 1,9 (0,8-2,2) ($p=0,03$) нг/мл/ч соответственно. КАП во всех группах беременных зависела от АРП, т. к. установлена положительная корреляция между этими показателями. Так коэффициент корреляции Спирмена (r) для группы контроля составил 0,36 ($p=0,04$), при преэклампсии ($r=0,54$, $p=0,015$). Соотношение КАП/АРП (косвенный показатель чувствительности надпочечников к стимуляции ангиотензином II) у здоровых беременных составило 178,5±42,6, а при преэклампсии значительно возрастало и составило 312,6±29,7 ($p=0,03$).

Заключение:

Несмотря на депрессию РААС при преэклампсии, чувствительность надпочечников к стимуляции ангиотензином II увеличивается, на что указывают рост зависимости между ее факторами и соотношения КАП/АРП.

19. ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рипп Т. М., Мордовин В. Ф.

У НИИ Кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Изучение состояния цереброваскулярного резерва (ЦВР) с использованием методов гиперкапнии и гипероксии и МРТ признаков поражения головного мозга (ГМ) у молодых пациентов с АГ.

Материал и методы:

Исследования проводились у 20 здоровых добровольцев и 32 пациентов с повышением АД, без клинических проявлений неврологического дефицита в возрасте 18-25 лет. Оценивались изменения показателей СМАД, УЗИ сонной артерии (СА) и транскраниальная доплерография (ТКДГ) средней мозговой артерии (СМА) на фоне гиперкапнии (СО₂-4% смесь с воздухом) и гипероксии (100% кислородом), коэффициенты и индексы ЦВР СМА, скорость (С) кровотока СА, данные МРТ ГМ с определением размеров субарахноидальных пространств (РСП), расширения периваскулярных пространств (РВП), нарушение циркуляции ликвора (НЦЛ).

Результаты:

У пациентов с АГ отмечались более высокие показатели ЛСК по СА и СМА (ТАМХ 35,4±3,6 и 70,2±12,6 см/с), чем в контрольной гр. (31,5±2,9 см/с $p<0,05$ и 59,4±9,6 см/с $p<0,01$). Пациенты 1 гр. ($n=21$) имели устойчивое повышение АД (ср.сут. 136±8/86±12, оф.АД 154±13/94±6 мм

рт.ст.); 2 гр. ($n=11$) - нормальные значения СМАД (ср.сут. 124±7,7/72,2±6,4) и повышенные оф.АД (132±12/76±8 мм рт.ст.). Выявлено, что в группах 1 и 2 наблюдалось значимое нарушение: ЦВР – в 1 гр. были снижены большинство индексов изменения (ИИ) СК: ИИСО₂-0,16±0,04*, ИИССО₂-0,04±0,06* и диаметра (Д): ИИДО₂-0,12±0,24*, ИИДСО₂-0,31±0,04*; во 2 гр. не изменялись коэффициенты, отражавшие дилаторный или констрикторный эффекты СМА, но были снижены коэффициент ИС-1,32±0,16* и нормализованный ауторегуляторный ответ- 6,22±1,42* в условиях гиперкапнии (* - $p<0,05$). Наблюдалось увеличение РСП-45%, РВП-64%, НЦЛ-50%.

Заключение:

У пациентов молодого возраста с АГ без неврологического дефицита имеются признаки нарушения ЦВР и структуры головного мозга. Это свидетельствует о том, что молодые люди даже с периодическими офисными повышенными значениями АД, становятся уязвимыми, при нарастании концентрации углекислого газа, требуют внимания и нуждаются в особых рекомендациях при определении или выборе условий жизнедеятельности и труда.

20. ИЗМЕНЕНИЯ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ

Бродская А. А., Афанасьева Н. Л., Мордовин В. Ф.

НИИ Кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

В последние годы существенное значение придается показателям вариабельности ритма сердца в качестве одного из маркеров тяжести течения сердечно-сосудистых заболеваний и фактором, обладающим предикторным значением повышенной вероятности коронарных осложнений. Целью нашего исследования явилось изучение вариабельности ритма сердца у больных с ишемической болезнью сердца и ГБ после аортокоронарного шунтирования (АКШ) на фоне лечения бета-адреноблокаторами.

Материал и методы:

Включено 48 больных с ишемической болезнью сердца и с эссенциальной артериальной гипертензией, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ) (40 мужчин, 8 женщин, средний возраст 52,2±9,2 лет). Все пациенты в течение 3 месяцев принимали метопролола сукцинат (Беталок-зок, Astrazeneka, Швеция) в индивидуально подобранной дозе 50-150 мг. Исходно и через 3 месяца лечения проводились общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД и холтеровское мониторирование ЭКГ с определением спектральной мощности ритма сердца и его вариабельности (ВРС).

Результаты:

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили больные (22 пациента) с тяжелым течением заболевания, перенесшими до АКШ инфаркт миокарда, 2 группу (16 пациентов) - не перенесшие до операции коронарных осложнений. Обнаружено, что у больных, перенесших до АКШ инфаркт миокарда, отмечалось более глубокое угнетение показателей общей ВРС по сравнению с пациентами 2 группы (SDNN 98,08±13,2 ms и 138,02±30,7 ms

соответственно; $p=0,001$; $pNN50$ $3,49\pm 3,4$ % и $4,45\pm 3,7$ % соответственно; $p=0,05$). В 1 группе пациентов с ПИКК на фоне лечения метопрололом сукцинатом отмечалось увеличение показателей, характеризующих общую ВРС, увеличение показателей, характеризующих парасимпатические влияния, и уменьшение показателей, характеризующих симпатический тонус: $SDNN$ $98,08\pm 13,2$ и $105,57\pm 39,2$ ms соответственно; $p=0,003$; $pNN50$ $3,49\pm 3,4$ и $3,61\pm 4,0$ % соответственно; $p=0,02$, $rMSSD$ $20,71\pm 7,3$ и $25,5\pm 8,1$ ms соответственно; $p=0,05$; HF $69,14\pm 50,8$ и $76,26\pm 46,0$ ms² соответственно; $p=0,04$; LF/HF $3,6\pm 2,06$ и $3,0\pm 1,5$ соответственно; $p=0,01$). Во 2 группе пациентов через 3 месяца терапии отмечалась также положительная динамика: $SDANN$ $155,35\pm 64,2$ и $178,56\pm 29,2$ ms соответственно; $p=0,02$; $rMSSD$ $22,65\pm 7,7$ и $25,14\pm 4,4$ ms соответственно; $p=0,03$; VLF $713,77\pm 379,13$ и $980,91\pm 812,37$ ms² соответственно; $p=0,005$; HF $81,01\pm 56,5$ и $98,01\pm 29,5$ ms² соответственно; $p=0,005$; LF/HF $4,1\pm 1,6$ и $3,3\pm 1,5$ соответственно; $p=0,01$). У пациентов без ПИКК отмечалась статистически значимо более выраженная положительная динамика показателей ВРС и спектральной мощности по сравнению с пациентами, перенесшими инфаркт миокарда (динамика $SDNN$ 16 и 7 ms соответственно, $p=0,001$; $SDANN$ 23 и 11 ms соответственно, $p=0,000$; VLF 200 и 15 соответственно, $p=0,000$; LF 110 и 8 соответственно, $p=0,000$; HF 17 и 7 соответственно, $p=0,001$).

Заключение:

Обнаружено, что у пациентов ИБС и ГБ, перенесших до операции АКШ инфаркт миокарда, отмечается угнетение общей вариабельности ритма сердца и снижение показателей, характеризующих парасимпатический тонус. На фоне контролируемой гипотензивной терапии с использованием метопролола при достижении целевого уровня АД у пациентов, перенесших АКШ, отмечается увеличение общей вариабельности ритма сердца, увеличение парасимпатической активности и угнетение избыточного симпатического тонуса, что более значимо наблюдается в группе пациентов без инфаркта миокарда.

21. ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Полтавцева О. В., Нестеров Ю. И.

ГОУ ВПО «КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

Введение (цели/задачи):

В последние годы появились данные о том, что состояние инсулинорезистентности (ИР) ассоциируется с повышением уровня некоторых цитокинов. Активация системы цитокинов играет важную роль в патогенезе метаболического синдрома (МС), является маркером тяжести и предиктором прогрессирования данного заболевания. Таким образом, целью данной работы явилось определение ИР и цитокинового статуса у пациентов с МС и цереброваскулярными осложнениями.

Материал и методы:

Обследовано 82 пациента с МС, 39% мужчин и 61% женщин, в среднем возрасте $58,2\pm 1,2$ года. Из них 52 пациента (63,4%) перенесли острое нарушение мозго-

вого кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, 30 (36,6%) - транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Всем больным проводилось определение уровня инсулина, интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-10 (ИЛ-10) и фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) в сыворотке крови. Для определения ИР использовали индекс НОМА, который рассчитывали по формуле: Инсулин натощак (мЕД/мл) \times Глюкоза натощак (ммоль/л) / 22,5. При индексе НОМА больше 2,77 пациентов считали инсулинорезистентными.

Результаты:

ИР установлена у 89,3% больных с МС, индекс НОМА составил в среднем $5,2\pm 0,32$. Среди пациентов с ОНМК ИР определялась в 92,4% случаев, с ТИА - в 85,7%. Индекс НОМА у больных с ОНМК и ТИА составил в среднем $5,6\pm 0,42$ и $4,54\pm 0,3$, соответственно ($p<0,05$). У пациентов с ОНМК выявлена прямая корреляционная зависимость между ИР и уровнем провоспалительных цитокинов: ИЛ-6 ($r=0,2887$; $p<0,05$) и ФНО- α ($r=0,2478$; $p<0,05$). Кроме того, у пациентов с ТИА установлена обратная корреляционная зависимость между ИР и концентрацией противовоспалительного цитокина ИЛ-10: $r= -0,5191$; $p<0,05$.

Заключение:

ИР выявлена у 89,3% пациентов с МС. Среди больных с ОНМК установлена достоверная прямая корреляционная зависимость между ИР и концентрацией ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови. У пациентов с ТИА выявлена обратная корреляционная зависимость между ИР и уровнем ИЛ-10 ($p<0,05$).

22. ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ

Хамидуллаева Г. А., Курбанова Д. Р., Абдуллаева Г. Ж., Турсунова Н. Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз

Введение (цели/задачи):

Изучение взаимосвязи генов, компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) с эссенциальной гипертонией (ЭГ) и сердечно-сосудистым ремоделированием у мужчин узбеков, страдающих ЭГ.

Материал и методы:

В исследование было включено 174 больных ЭГ I-III ст. АГ (ВОЗ/МОГ 2003), мужского пола узбекской национальности в среднем возрасте $46,84\pm 9,55$ лет и 60 здоровых мужчин узбеков, сопоставимых по возрасту. Проведена оценка эндотелиальной функции с помощью «манжеточной пробы» в тесте с реактивной гиперемией. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ультразвуковой системы «SONOLINE VERSA PRO» («SIEMENS», Германия) в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии в M- и В-режимах. Выделение геномной ДНК из венозной крови обследуемых проводили методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование генов компонентов РААС – I/D полиморфного маркера гена ACE, M235T полиморфного маркера гена AGT, A1166C полиморфного маркера гена AT1R, C344T по-

лиморфного маркера гена CYP11B2 проводили методом полимеразно-цепной реакции.

Результаты:

Изучение распространенности частот аллелей и генотипов изученных генов показало, что соотношение носительства D-аллеля и ID-генотипа I/D полиморфного маркера гена ACE, а также T-аллеля и TT-генотипа C344T полиморфного маркера гена CYP11B2 у больных ЭГ было выше по сравнению с группой контроля: D-аллеля: OR 2.42 (95% CI: 1.56-3.76), I/D- и DD- генотипов гена ACE: OR 2.99 (95% CI: 1.53-5.84) и OR 1.64 (95% CI: 0.80-3.34) соответственно; T-аллеля: OR 1.53 (95% CI: 1.01-2.33) и TT-генотипа гена CYP11B2: OR 1.82 (95% CI: 0.94-3.53). Распределение частот аллелей и генотипов остальных генов PAAC характеризовалось одинаковой частотой среди больных ЭГ и здоровых лиц узбекской национальности. Риск развития ГЛЖ ассоциировался с носительством M235T полиморфного маркера гена AGT, в частности TT-генотипа: OR 12.1 (95% CI: 0.71-204.74), также была обнаружена ассоциация T-аллеля и MT-, TT-генотипов данного гена с повышенным риском развития вазорегуляторной ДЭ: OR 3.18 (95% CI: 1.80-5.63); OR 2.24 (95% CI: 1.08-4.66); OR 15.94 (95% CI: 0.95-268.79) соответственно.

Заключение:

Результаты проведенных исследований выявили высокую частоту носительства D-аллеля гена ACE и T-аллеля гена CYP11B2 у больных ЭГ узбекской национальности, достоверно превышающую таковую в группе контроля, что свидетельствует об ассоциации данных генов с ЭГ у лиц узбекской национальности. Риск развития гипертрофии левого желудочка и вазорегуляторной дисфункции эндотелия у больных ЭГ мужчин узбекской национальности ассоциируется с носительством T-аллеля и TT-генотипа M235T полиморфного маркера гена AGT.

23. ИЗОЛИРОВАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ковалев Д. В., Скибицкий В. В., Курзанов А. Н.

ФГУЗ «МСЧ ГУВД по Краснодарскому краю»

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертония (АГ) является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, разработке принципов лечения и профилактики которой в настоящее время уделяется много внимания. Как одну из форм стресс-индуцированной АГ можно рассматривать так называемую изолированную клиническую артериальную гипертонию (ИКАГ) или гипертонию “белого халата”. Диагностика ИКАГ стала возможной лишь после вхождения суточного мониторирования артериального давления (СМАД) в рутинную клиническую практику. Но прогностическое значение ИКАГ, функциональные особенности пациентов с АГ “белого халата” изучены не в полной мере. Цель исследования: сравнить показатели СМАД и биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ) у пациентов с ИКАГ и лиц с нормальным артериальным давлением (АД).

Материал и методы:

Обследовано 40 человек с ИКАГ (I группа, средний возраст $29,7 \pm 3,4$ лет, 22 женщины). Контрольную (II) группу составили 28 человек с нормальным АД, достоверных отличий по возрастно-половому составу между группами не было. Всем обследуемым выполняли СМАД с использованием системы МДП-НС-02 (Россия) в режиме обычного рабочего дня и ЭЭГ на электроэнцефалографе-анализаторе “Энцефалан-131-03” (Россия) в состоянии расслабленного бодрствования с закрытыми глазами с наложением электродов по системе “10-20” и отдельными ипсилатеральными ушными референтами.

Результаты:

По данным СМАД средние величины систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД за сутки, день и ночь, показатели нагрузки давлением в обеих группах были в пределах нормы. Однако значения среднесуточного САД и ДАД в I группе были достоверно выше, чем в контрольной ($p < 0,05$, t-критерий, двусторонний вариант). Кроме того, в I группе была выявлена более высокая ($p < 0,05$, t-критерий, двусторонний вариант) вариабельность САД в активный период. Полученные данные согласуются с представлениями об ИКАГ как одной из разновидностей стресс-индуцированной АГ. Действительно, в активный период, когда имеет место воздействие на пациентов различных стрессогенных факторов, регистрируются более высокие цифры САД и ДАД и более высокая вариабельность САД, так как именно систолическое АД, по-видимому, в большей степени отражает физическую (а не тоническую) составляющую тонуса артериол. При анализе электроэнцефалограмм было отмечено, что в I группе преобладали типы кривых с доминированием активирующих влияний со стороны неспецифических срединных структур головного мозга на кору больших полушарий. Это выражалось в преобладании десинхронизации, снижении индекса и амплитуды альфа-активности, смещении верхней границы частоты навязанного ритма световых мельканий в сторону увеличения последней. При проведении когерентного анализа было выявлено снижение показателей когерентности в альфа-диапазоне как между некоторыми различными областями одного полушария, так и между гомологичными отделами разных гемисфер.

Заключение:

Полученные результаты функционального исследования пациентов с ИКАГ характерны в целом для лиц с более возбудимым психотипом. По-видимому, эта особенность и является у данного контингента одной из причин повышенного реагирования АД на разного рода стрессогенные факторы (в частности, пребывание в лечебном учреждении и осмотр врачом). Выявленное снижение показателей внутри- и межполушарной когерентности в альфа-диапазоне требует дальнейшего изучения с целью поиска возможностей прогнозирования трансформации ИКАГ в стойкую АГ.

24. КОРРЕКЦИЯ МЕТФОРМИНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Трошина И. А., Гончарова М. В., Сидорова Е. А., Багиров Р. Н., Евлочко Н. В.

Тюменская медицинская академия,
Областная клиническая больница

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние метформина на метаболические параметры, индекс инсулинорезистентности, артериальное давление, активность трансаминаз у больных с метаболическим синдромом при отсутствии нарушений углеводного обмена.

Материал и методы:

Обследовали 60 больных с метаболическим синдромом (критерии IDF, 2005г), средний возраст 36 [27;44], 18 мужчин и 42 женщины, без нарушений углеводного обмена, с наличием НЖБП (стадия стеатоза по данным УЗИ), артериальной гипертензией (АГ) I стадии, индекс инсулинорезистентности (НОМА) >2,77. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 30 человек. Основная группа получала метформин (Багомет 1700мг) в течение 6 месяцев в сочетании с изменением образа жизни (гипокалорийное питание и ежедневная дозированная физическая нагрузка). Контрольной группе проводилось немедикаментозная терапия.

Результаты:

На фоне комбинированного лечения – диетотерапия, физическая нагрузка в сочетании с Багометом достигли целевого уровня снижения массы тела 58% пациентов, с достоверным снижением индекса НОМА с 5,84 [4,74;8,56] до 3,42 [2,22;4,39] $P<0,001$, снижением уровня холестерина ($P=0,005$), ХСЛПНП ($P=0,005$), триглицеридов ($P<0,001$), повышением уровня ХСЛПВП ($P=0,004$). САД снизилось на $5,52\pm 17,26$ мм.рт.ст. ($P=0,005$), ДАД на $4,94\pm 9,03$ мм.рт.ст. ($P=0,0170$). На фоне немедикаментозной терапии достижение целевого уровня снижения массы тела получили у 20%, остальные пациенты не были привержены к стойкому соблюдению рекомендаций, у них не получили достоверных изменений параметров липидов, снижения индекса инсулинорезистентности, снижения артериального давления. На фоне применения Багомета в основной группе отметили статистически значимое снижение уровня трансаминаз и уменьшение размеров правой доли печени. В группе сравнения достоверных изменений данных параметров не было получено. На фоне применения Багомета у 4 пациентов в начале терапии (в первую неделю) возникли легкие диспепсические расстройства, которые купировались самостоятельно без отмены препарата.

Заключение:

1. Применение Багомета по 850мг 2 раза в день в сочетании с гипокалорийным питанием у пациентов с МС и НЖБП приводит к значимому снижению инсулинорезистентности, улучшением показателей липидного спектра и артериального давления. 2. На фоне терапии Багометом большинство пациентов (58%) с МС и НЖБП достигли клинически значимого снижения массы тела. 3. Применение Багомета повышает эффективность изменения образа жизни у больных с ожирением с НЖБП и метаболическими нарушениями.

25. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Гусаковская Л. И., Елисеева И. В., Матросова И. Б., Томашевская Ю. А.

Пензенский государственный университет
Медицинский институт

Введение (цели/задачи):

Сравнительная оценка показателей ригидности магистральных артерий у больных метаболическим синдромом (МС) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени и практически здоровых лиц.

Материал и методы:

Обследован 41 человек в возрасте от 39 до 63 лет. Первую группу составил 21 пациент с тремя и более признаками МС (ВНОК 2009), средний возраст $53,2\pm 6,4$ лет. Обязательным условием было наличие АГ 1-2 степени. Во вторую группу вошли 20 человек с нормальным уровнем АД, средний возраст $51,8\pm 6,3$ лет. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий оценивали методом бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные значения времени распространения пульсовой волны (ВРПВ) в аорте (РТТ2) и плечевой артерии (РТТ), индекса аугментации (Aix), индекса ригидности артерий (ASI). Результаты представлены в виде $M\pm SD$ при нормальном распределении, при ассиметричном в виде Me (Q 25%; Q 75%).

Результаты:

В группе МС значения ВРПВ были достоверно ниже как в аорте – РТТ2 в группе 1 – $90,3\pm 8,1$ мс, в группе 2 – $102,8\pm 14,2$ мс ($p<0,01$), так и в плечевой артерии – РТТ в группе 1 – $127,3\pm 11,9$ мс, в группе 2 – $138,2\pm 8,5$ мс ($p<0,01$). Показатель Aix у здоровых лиц имел максимально отрицательное значение ($-25,2\%$ ($-33,2$; $-22,4$)); при МС он был меньше ($-15,5\pm 17,6\%$, $p=0,02$). Индекс ригидности артерий ASI был достоверно выше в группе больных МС ($182,5\pm 32,6$ мм рт.ст.) по сравнению с нормотензивными лицами ($118,6$ (113 ; $133,7$) мм рт.ст.) ($p<0,0001$).

Заключение:

По показателям суточного мониторирования сосудистой ригидности больные МС в сочетании с гипертонией достоверно отличались от здоровых лиц выявлены по сравниваемым параметрам, что свидетельствует о повреждающем действии инсулинорезистентности и повышенного АД на артериальное русло.

26. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ПОЛИМОРФИЗМА GLY460TRP ГЕНА АЛЬФА-АДДУЦИНА

Радьков О. В., Заварин В. В.

Тверская государственная медицинская академия

Введение (цели/задачи):

Мутантный вариант гена альфа-аддуцина (ADD1) связан с увеличением реабсорбции натрия в почках, однако влияние полиморфизма Gly460Trp гена ADD1 на показатели артериального давления (АД) при артериальной гипертонии у беременных, в частности преэклампсии, не изучено.

Материал и методы:

Обследовано 196 беременных: 124 с преэклампсией и 72 здоровых. Средний возраст 26,7±4,2 и 29,3±6,7 года соответственно ($p=0,5$). Типирование однонуклеотидного полиморфизма Gly460Trp гена ADD1 (rs4961) выполнено с помощью полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Проведено суточное мониторирование АД. Количественные показатели анализировали в виде $M\pm SD$ и Me (Q1-Q3).

Результаты:

Распределение генотипов полиморфизма Gly460Trp гена ADD1 находилось в равновесии Харди-Вайнберга (в контроле $\chi^2=0,05$, $p=0,82$, при преэклампсии $\chi^2=2,19$, $p=0,14$). Генотип Gly/Trp отмечен у 9 (12,5%) здоровых беременных и 28 (22,6%) с преэклампсией, генотип Gly/Gly у 63 (87,5%) и 96 (77,4%) ($\chi^2=3,02$, $p=0,22$). Генотип Trp/Trp не встречался. Частота аллеля Trp - 0,062 и 0,113, аллеля Gly - 0,938 и 0,887 ($\chi^2=2,71$, $p=0,1$). Среднесуточное систолическое АД (ССАД) и диастолическое (СДАД) (указаны только медианы) у здоровых беременных и с преэклампсией: 107,3/65,5 и 124,1/79,8 мм рт ст. ($p=0,002$). Значения ССАД/СДАД у здоровых и больных с генотипом Gly/Gly: 105,2/62,8 и 122,3/72,6 мм рт ст. ($p=0,001$), с генотипом Gly/Trp: 107,7/63,1 и 132,1/84,4 мм рт ст. ($p=0,043$). Различия между подгруппами генотипов недостоверны. Суточный индекс систолического АД (СИСАД) и диастолического АД (СИДАД) составил 14,2±1,9 и 16,1±3,1% у здоровых, при гипертензии 11,2±0,9 и 11,6±2,2% ($p=0,032$). В подгруппах с генотипом Gly/Gly: 15,6±3,1 и 16,8±2,3%; 11,8±2,1 и 12,4±0,8% ($p=0,027$), с генотипом Gly/Trp: 14,1±0,5 и 15,4±1,3%; 9,2±1,1 и 10,3±0,6% ($p=0,036$). Аллель Trp ассоциирован с нарушением суточного ритма АД при преэклампсии, т. к. значения СИСАД у беременных с генотипом Gly/Trp и артериальной гипертензией наименьшие ($p=0,046$).

Заключение:

Таким образом, особенности фенотипов суточного профиля АД при преэклампсии зависят от полиморфизма Gly460Trp гена ADD1, что указывает на возможное участие сольчувствительности в патогенезе артериальной гипертензии у беременных.

27. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Олейников В. Э., Галимская В. А., Фадеева С. С., Борисова Н. А.

Пензенский государственный университет

Введение (цели/задачи):

Изучение у лиц старше 60 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ) антигипертензивного эффекта и кардиопротекторного действия антагониста кальция с медленным высвобождением нифедипина кордафлекса РД и диуретика индапамида МВ.

Материал и методы:

46 пациентов с ИСАГ в возрасте 66,2 ± 4,8 года разделены на 2 группы: 1-я (n=26) получала кордафлекс РД 40 мг/сут, а 2-я (n=20) - индапамид МВ 1,5 мг/сут. Суточное мо-

нитирование АД (СМАД) проводили до лечения и спустя 24 недели монитором МнСДП-3 («Петр Телегин», Россия). Определяли общепринятые параметры СМАД. Одно- и двумерное сканирование с применением доплерографии проводили на эхокардиографе MyLab 90 («Esate», Италия) с определением индекса массы миокарда (ИММЛЖ) и показателей диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ).

Результаты:

В 1-й группе суточные САД и ДАД уменьшались, соответственно на 12,8 и 10,8 % ($p<0,05$), во 2-й группе - на 11,6 и 4,6 % ($p<0,05$). Дневное и ночное САД: в 1-й группе снижалось на 13 и 9,5 %, а во 2-й - на 13,2 и 9 %, соответственно. ИММЛЖ уменьшался у лиц с гипертрофией ЛЖ в 1-й группе на 10% ($p<0,05$), во 2-й - на 9 % ($p<0,05$). Показатели ДФ ЛЖ у лиц с ее нарушением по I типу имели достоверную динамику у лиц, принимавших кордафлекс: Е/А увеличилось на 14,7 % ($p=0,01$). Во 2-й группе имелась тенденция перераспределения трансмитрального кровотока в пользу раннего наполнения ЛЖ.

Заключение:

Оба препарата оказывают выраженное антигипертензивное действие у больных с ИСАГ. При приеме кордафлекса РД снижалось САД и ДАД, в то время как индапамид больше влиял на САД, чем ДАД. Кардиопротекторное действие заключалось в регрессе гипертрофии миокарда ЛЖ. ДФ ЛЖ достоверно улучшал только кордафлекс РД.

28. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Дизер С. А., Петрова Ю. А.

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Росздрава

Введение (цели/задачи):

Определить эффективность мексидола в комплексной терапии вторичного хронического пиелонефрита в сочетании с артериальной гипертензией на клинические проявления заболевания и качество жизни пациентов.

Материал и методы:

Обследовано 60 пациентов вторичным хроническим пиелонефритом в сочетании с артериальной гипертензией в фазе полной клинико-лабораторной ремиссии, в возрасте от 18 до 59 лет (46,8±9,4 лет), женщин - 73,34% (44) и мужчин - 26,66% (16), из которых, после рандомизации, 30 человек получали - индапамид 2,5 мг/сут. в сочетании с лизиноприлом 5 мг/сут. и 30 человек получали аналогичные антигипертензивные препараты в сочетании с мексидолом 125 мг 3 раза в сутки, длительность наблюдения составила 12 недель.

Результаты:

У пациентов на стандартной терапии частота регистрации астеновегетативного синдрома снизилась с 63,3% до 36,6%, тогда как включение мексидола привело к снижению частоты данного параметра с 76,7% до 13,3%, что значительно ниже как исходных значений, так и группы на стандартной терапии. По частоте регистрации других жалоб значимой динамики получено не было, на фоне снижения частоты дискомфорта в поясничной области с 26,6% до 13,3% в группе с назначением мексидола. При

оценке динамики качества жизни установлено, что в группе с использованием мексидола отмечено значимое повышение оценки общего состояния здоровья, и росту по таким шкалам как: эмоциональное функционирование и психическое здоровье. «Физический компонент» не подвергся значимой динамике ни в одной из групп наблюдения, в группе с назначением мексидола «психический компонент» на 16,1% выше исходных параметров.

Заключение:

У больных хроническим пиелонефритом на фоне нефролитиаза и дисметаболической нефропатии в сочетании с артериальной гипертензией использование в комплексной терапии мексидола приводит к достоверному снижению частоты дискомфорта в поясничной области и астеновегетативного синдрома, сопровождается увеличением психического компонента качества жизни, преимущественно за счет увеличения эмоционального функционирования и психического здоровья.

29. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОРОДЕ ЯКУТСК: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Морозов С. Н., Морозова Е. А.

МУ ССМП МУ ЯГКБ

Введение (цели/задачи):

По опыту работы скорой медицинской помощи (СМП) г. Якутск гипертонический криз (ГК) у пациентов АГ представляет определенные сложности. Трудности при лечении ГК при повышении систолического артериального давления (АДс) от 180 мм.рт.ст. возникают у групп пациентов у которых ГК сопровождается тахикардией, пациенток во время беременности или у больных с непереносимостью или интактностью к ингибиторам АПФ (эналаприлат). В таких случаях мы используем с 2010г, как препарат выбора эбрантил. Эбрантил (урапидил) — блокатор α -адрено рецепторов с активацией центральных серотониновых рецепторов. Период полувыведения после болюсного введения составляет около 3 часов, длительность действия до 8-12 часов.

Материал и методы:

Ретроспективный анализ 31 карты вызова СМП с поводом ГК для купирования которого применяли эбрантил в дозе 25-50 мг внутривенно, болюсно.

Результаты:

Препарат удобен для использования в условиях скорой медицинской помощи: снижение АД наблюдается на первых минутах от момента введения, время «игла – гипотензивный эффект» составляет 1-2 минуты. Препарат отличается относительно небольшой стоимостью, легок в применении, хорошо переносится и не требует специального мониторинга жизненных функций. Эбрантил вводимый в начальной дозе 25 мг в первые 5 минут снижал АДс на 20,7 мм. рт. ст., диастолическое АД (АДд) на 8,9мм. рт. ст., уже через 10 минут желаемое АД удалось достичь у 56% пациентов. Отмечались нежелательные явления, из них: головная боль 6,4%, головокружение 3,2%, слабость и гипотония 6,4%. Урапидил способен вызывать вазодилатацию без тахикардии, поэтому гипотония у пациентов сопровождалась нормокардией и брадикардией. При использовании в дозе 50 мг через следующие 5 минут АДс

снижалось на 32,6 мм.рт.ст., АД диастолическое на 9,6мм. рт.ст., при этом нежелательных явлений не наблюдалось.

Заключение:

Эбрантил характеризуется быстрым началом гипотензивного действия при минимальных побочных эффектах, расширяет возможности лечения ГК на СМП при различных клинических ситуациях.

30. МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А. А., Зинланд Д. А., Третьякова Е. Н., Яснов В. Ю., Драчева Л. В., Попов Е. Г., Гончарова Е. Ю., Сергеева Л. А.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,
Росгосстрах-Тюмень-Медицина

Введение (цели/задачи):

Неуклонный рост числа обращений пациентов в страховые медицинские компании с жалобами на качество медицинской помощи, оказанной по поводу артериальной гипертензии, требует единого подхода к экспертизе качества медицинской помощи. Цель: анализ нормативно-правовых актов и разработка минимальных алгоритмов экспертизы качества помощи больным артериальной гипертензией.

Материал и методы:

Нормативные документы МЗ РФ и рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов.

Результаты:

Качество медицинской помощи признается ненадлежащим в случаях: 1. Отсутствия или нарушения заполнения карты динамического наблюдения за больным с артериальной гипертензией (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4). 2. Отсутствия совместного динамического наблюдения и лечения участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-кардиологом и врачом-неврологом подлежат больные с: - тяжелой степенью артериальной гипертензии и гипертонической энцефалопатией II-III степени; - артериальной гипертензией любой степени и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака); - высоким риском развития кардиоэмболического инсульта; - артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца III-IV функционального класса и окклюзирующим поражением магистральных и внутримозговых артерий (п. 5. Порядка выявления и динамического наблюдения за больным с артериальной гипертензией, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4). 3. Отсутствия в медицинской карте стационарного (амбулаторного) больного результатов наблюдений и исследований, предусмотренных Рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4): - измерение роста и веса с вычислением индекса массы тела (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах); - общий анализ крови и мочи; уровни калия, глюкозы натощак, креатинина, холестерина, триглицеридов крови; - ЭКГ; рентгенографии грудной клетки; осмотра глазного дна; ультразвукового исследования почек. 4. Отсутствия в диагнозе указания на степень (стадию) артериальной гипертензии. 5. Отсутствия в меди-

цинской карте определения группы риска (Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).
6. Наличие нерациональных комбинаций лекарственных препаратов: - бета-адреноблокатор и недигидропиридиновый антагонист кальция; - ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и калийсберегающий диуретик; - бета-адреноблокатор и препарат центрального действия; - сочетание разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов.

Заключение:

Использование критериев ненадлежащего качества и стандартного алгоритма экспертизы создаст единую ее методологию и позволит повысить качество медицинской помощи в кардиологии.

31. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Комарова М. Г., Попонина Т. М.

УРАМН НИИ кардиологии СО РАМН ГОУ ВПО СибГМУ

Материал и методы:

По материалам амбулаторных карт пациентов с документированным диагнозом артериальной гипертензии (АГ) в 2006г. были изучены особенности фармакотерапии АГ на уровне поликлинического звена здравоохранения. Анализу было подвергнуто 798 амбулаторных карт. Целевым считался уровень АД менее 140/90 мм рт.ст.

Результаты:

Регулярно гипотензивную терапию принимали 88% пациентов, среди них – 89,5% женщин и 82,8% мужчин. Целевых значений артериального давления (АД) достигли 22,8% пациентов мужского пола и 24% - женского пола, получавших лечение по поводу АГ. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фактора (ИАПФ) были назначены 34,4% пациентов, диуретики – 25,8%, бета-адреноблокаторы (БАБ) – 16,1%, антагонисты кальциевых каналов (АК) – 14,7%, прочие – 8,7%, блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) - 0,2%. Группа «прочие» в основном представлена фиксированной комбинацией ИАПФ+диуретик. В качестве гипотензивной терапии продолжают применяться комбинированные нерезерпин- и резерпинсодержащие препараты (17% и 20,8% соответственно). Комбинированную терапию получали 58,3% пациентов. Комбинацию из двух препаратов получали 38,6% пациентов, 17,1% - из трех препаратов, 2,2% - из четырех, 0,4% - из пяти. По данным анализа амбулаторных карт были назначены 4 вида комбинаций из двух препаратов. Наиболее часто встречалось сочетание ИАПФ с диуретиком (40%), затем БАБ с диуретиком - 22,7%, ИАПФ с АК - 19,5%, АК с диуретиком - 17,8%. Среди комбинаций из трех препаратов основу назначений составили: ИАПФ+БАБ+диуретик (7,4%), ИАПФ+АК+диуретик (4,4%), АК+БАБ+диуретик (1,6%).

Заключение:

Большинство амбулаторных пациентов с АГ регулярно принимали гипотензивную терапию. Однако целевые значения АД были достигнуты лишь у четверти пациентов. Врачи недостаточно часто применяют комбинированную терапию. Низок процент назначения фиксированных комбинаций, которые, доказано, повышают приверженность пациентов к лечению.

32. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гамзатова З. А., Васильева И. Н., Петров И. М.

ГОУ ВПО Тюменская государственная академия РосЗдрава

Введение (цели/задачи):

Дать сравнительную характеристику влияния антигипертензивной терапии с использованием лизиноприла в сочетании с диуретиком и ирбесартана с диуретиком на метаболические параметры у жителей Крайнего Севера с артериальной гипертензией (АГ), имеющих высокий добавочный риск.

Материал и методы:

Группу медикаментозной коррекции составили 80 больных АГ, имеющих высокий добавочный риск, из которых после рандомизации 40 человек получали индапамид 2,5 мг/сут. в сочетании с лизиноприлом в 5 мг/сут., 40 человек получали индапамид 2,5 мг/сут. в сочетании с ирбесартаном 150 мг/сут. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Специальные методы исследования включали: определение концентрации С-реактивного белка (СРБ-hs), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α), ингибитора активатора плазминогена-1 (и-ТАП-1), Д-димера, оценку параметров углеводного обмена (инсулин с расчетом индекса НОМА).

Результаты:

В группе с назначением ирбесартана, статистически значимо уменьшилось содержание холестерина ($p < 0,01$) и ЛПНП ($p < 0,05$), что привело к достоверному уменьшению коэффициента атерогенности ($p < 0,05$), относительно исходных данных и группы, получавшей лизиноприл ($p1-2 < 0,05$). У данной категории пациентов отмечено достоверное уменьшение концентрации инсулина, как относительно исходных данных ($p < 0,05$), так и относительно группы сравнения ($p1-2 < 0,05$), что привело к снижению индекса НОМА на 24,7% ($p < 0,05$). Обнаружено, что у пациентов, получавших в составе антигипертензивной терапии ирбесартан, отмечено достоверное уменьшение концентрации СРБ-hs и ФНО-α, как относительно исходных данных ($p < 0,05$), так и относительно группы сравнения ($p1-2 < 0,05$).

Заключение:

Комбинированная терапия ирбесартаном 150 мг/сут. и индапамидом в дозе 2,5 мг/сут. у больных АГ, проживающих в условиях Крайнего Севера, в течение 3 месяцев, помимо достижения целевых цифр артериального давления, сопровождается достоверным снижением содержания общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, СРБ, ФНО-α и значимым снижением индекса НОМА на 24,7%.

33. НАРУШЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Рипп Т. М., Мордовин В. Ф.

У НИИ Кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Сохранность процессов ауторегуляции мозгового кровообращения (АМК) и нормального диапазона церебровас-

скулярного резерва (ЦВР)- это вероятность сохранения и восстановления компенсаторных возможностей ЦНС, потенциальные возможности обратного развития процессов хронической мозговой недостаточности на фоне ГБ и следовательно, медикаментозного предотвращения развития инсультов, когнитивных расстройств и деменции. Определение типов и степени нарушения ЦВР, определение безопасности и эффективности лечения эпросартаном на состояние АМК и когнитивных расстройств у больных с ГБ без органических поражений головного мозга было целью данного исследования.

Материал и методы:

Обследовано 40 здоровых добровольцев и 66 пациентов с ГБ 2ст., 1-2 степени, ранее не получавших терапию, без признаков неврологического дефицита в возрасте 18-56 лет и лечение 28 больных в течение 12 недель эпросартаном 600мг/сут. Проводился мониторинг: суточного мониторирования АД, изменения скоростей по СМА на фоне создания условий гиперкапнии (CO₂-4%) и гипероксии (100%-O₂), результатов психологического тестирования - тесты Бурдона, Айзенка, Лурия.

Результаты:

Выявлено 3 типа нарушений ответных реакций у пациентов с ГБ: 1. снижение гиперкапнической (динамика линейной скорости кровотока (Д ЛСК CO₂) 15,3±2,8%, здоровые 51,2±4,3% p=0,001, 2. снижение Д ЛСК O₂ -10,4±2,6% p=0,04 или 3. извращение Д ЛСК O₂ 4,9±2,3% p=0,00 гипоканической реакций по сравнению со здоровыми -18,6±1,9%. На фоне терапии установлено умеренное снижение САДсут/ДАДсут=7,2/6,2% и достоверное изменение показателей реактивности при гиперкапнии в сторону нормализации (Д ЛСК 0,48±1,6% p=0,00), реакция на гипероксический раздражитель не достигла нормальных значений, но приобрела однонаправленный естественный характер -10,2±2,3% p=0,02). Исходно сниженные расчетные коэффициенты и индексы ЦВР достоверно стремились к нормальным значениям после лечения. Улучшение показателей по тестам: функции мышления у 52%, памяти у 68%, концентрации и переключения внимания у 62% от общего числа.

Заключение:

У пациентов с ГБ 1-2 стадии, 1-2 степени определяется замедление ауторегуляторных реакций и снижение адекватности ответа артериального кровообращения мозга и как следствие снижение показателей, отражающих когнитивные процессы, лечение эпросартаном было эффективным и безопасным.

34. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ

СМИРНОВА И. Н., ДИШ А. Ю.

ФГУ Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России

Материал и методы:

Обследовано 57 больных гипертонической болезнью (ГБ) с хроническим эколого-производственным психо-эмоциональным напряжением. Средний возраст –

54,88±2,77 лет. Основная группа I на фоне базисной гипотензивной терапии (35 пациентов) получали комплексное лечение, включающее транскраниальную электростимуляцию (ТЭС), йодобромные ванны и ЛФК; группа сравнения II группа (22 больных) получали комплекс без ТЭС. До и после курса лечения проводили оценку психологического статуса пациентов по шкалам HADS, MFI-20 и качества жизни по опроснику SF-36.

Результаты:

Психологический статус по шкале HADS после лечения в I группе значительно улучшался: снижался уровень тревоги (в баллах) с 6,83±2,86 до 5,46±2,27 (p<0,01), депрессии с 7,37±3,22 до 5,00±2,81 (p<0,001). Во II группе изменения психологического статуса до и после лечения не выявлено. Применение ТЭС способствовало регрессу астенического синдрома по шкале MFI-20 (в баллах): выраженность общей астении в I группе уменьшалась с 12,3±2,95 до 9,07±2,71 (p<0,001), физической астении с 11,54±2,77 до 10,0±2,97 (p<0,05), пониженной активности с 11,36±2,68 до 9,96±2,89 (p<0,05), психической астении с 10,11±3,80 до 9,02±3,55 (p<0,05). Во II группе уменьшалась общая астения с 14,00±2,11 до 11,75±2,58 (p<0,05) и физическая астения с 12,4±2,35 до 9,38±2,31 (p<0,01). Качество жизни в I группе улучшилось по всем шкалам, кроме личностной тревожности. У пациентов II группы снизилась только психо-эмоциональная напряженность и ситуативная тревожность.

Заключение:

Применение ТЭС в комплексе с йодобромными ваннами повышает эффективность восстановительного лечения больных ГБ с хроническим психо-эмоциональным напряжением за счет усиления лечебного воздействия на психо-эмоциональный статус и качество жизни.

35. НОВЫЕ ПОХОДЫ К ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ НА ФОНЕ ТИЛТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КУКЛИН С. Г., ПРОТАСОВ К. В., БОРОНОВА В. Б., ДЗИЗИНСКИЙ А. А.

ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрави, г. Иркутск

Введение (цели/задачи):

Особенности сдвигов гемодинамики и механизмы регуляции АД и ритма сердца при длительном ортостазе у больных АГ практически не исследованы. Цель: у больных АГ изучить реакцию регуляторных систем АД и ритма сердца в условиях тилт-теста (ТТ).

Материал и методы:

Обследован 31 пациент с АГ в возрасте от 28 до 68 лет без указаний на синкопы в анамнезе. Проводили ТТ по Вестминстерскому протоколу. В ходе теста каждые 2 мин. измеряли АД и ЧСС, непрерывно регистрировали ЭКГ. Оценивали динамику АД и ЧСС при переходе в ортостаз, изучали индивидуальные корреляции между систолическим (САД), диастолическим (ДАД) АД и ЧСС. С помощью непрерывного вейвлет-анализа (ВА) выявляли осцилляторы сердечного ритма и динамику их частоты и амплитуды в HF (0,15-0,4), LF (0,04-0,15) и VLF (0,003-0,04 Гц) диапазонах.

Результаты:

Ни у одного из пациентов не отмечено клиники синкопаль-

ного состояния. САД в ходе ТТ снизилось в среднем на 3,2(-7,2+2,3) мм рт. ст., в то время как ДАД и ЧСС возросли на 5,6(+0,8+9,0) мм рт. ст. и 9,7(+5,7+16,8) в мин, соответственно. Тилт-индуцированная ортостатическая гипотензия (падение САД более чем на 35 мм рт. ст. от исходного в клиностазе) наблюдалась у одного человека. В то же время парадоксальное повышение САД $>+20$ мм рт. ст. выявлено у 3 обследованных (9,7%). Недостаточный прирост ЧСС ($<+10$ в мин в возрасте до 35 и $<+3$ в возрасте 35-70 лет) также отмечен у 3 больных. Анализ корреляций Спирмена показал, что у 5 пациентов (16,1%) колебания САД, ДАД и ЧСС в ходе ТТ имели синхронный однонаправленный характер (все коэффициенты корреляции r между САД, ДАД и ЧСС $>+0,35$). Непрерывный ВА сердечного ритма в ортостазе проведен у 8 человек. Выявлено 3 осциллятора с устойчивой колебательной активностью в диапазонах 0,03-0,06, 0,014-0,022 и 0,04-0,15 Гц. Признаков активации осциллятора в HF диапазоне не зарегистрировано.

Заключение:

Выявлены особенности тилт-индуцированного гемодинамического ответа при АГ: редкое развитие ортостатической гипотензии, парадоксальное увеличение САД и неадекватно низкий прирост ЧСС. Выделены пациенты с выраженной синхронизацией инотропной, хронотропной и вазомоторной функций сердечно-сосудистой системы, что может указывать на большую степень напряжения регуляторных систем. С помощью ВА обнаружено три осциллятора в структуре сердечного ритма, отражающие хронотропный регуляторный ответ на длительный пассивный ортостаз.

36. ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СО СТРУКТУРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Афанасьева Н. Л., Мордовин В. Ф., Семке Г. В.

НИИ кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Изучение особенностей вариабельности ритма сердца у пациентов гипертонической болезнью со структурными признаками гипертензивной энцефалопатии и умеренными когнитивными расстройствами.

Материал и методы:

Было обследовано 49 пациентов в возрасте от 26 до 57 лет, с исключением тяжелой сопутствующей патологии. Всем пациентам были проведены общеклиническое обследование, МРТ головного мозга, когнитивное тестирование и холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24 часов. Изучались спектральные характеристики вариабельности сердечного ритма (BPC).

Результаты:

У пациентов с признаками лейкоараиоза (ЛА) отмечено значимое снижение общей BPC (SDNN 128,9 и 170,5 мс соответственно; $p=0,025$), уменьшение rMSSD (22,6 и 39,5 мс соответственно; $p=0,000$), pNN50 (3,8 и 13,3% соответственно; $p=0,000$), вклада %HF в общую мощность спектра (7% и 21% соответственно; $p=0,000$), что отражает уменьшение активности парасимпатического отдела. Об-

наружена положительная корреляционная связь между показателями, характеризующими симпатическую активацию (LF- $R=0,906$, $p=0,005$; LF/HF- $R=0,790$, $p=0,034$), и глубиной ЛА. Выявлена отрицательная корреляционная связь между SDNN и количеством ошибок в корректурной пробе Аматыни ($R=-0,521$, $p=0,013$), и положительная корреляционная связь между SDNN и количеством слов в пробе на запоминание 10 слов ($R=0,592$, $p=0,004$). Выявлена положительная корреляционная связь между pNN50 и количеством запомненных слов в пробе на запоминание 10 слов ($R=0,472$, $p=0,031$), pNN50 и количеством запомненных графических элементов сразу после зрительного восприятия ($R=0,449$, $p=0,031$) и через 30 минут ($R=0,590$, $p=0,005$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между HRVti и количеством ошибок в корректурных пробах Аматыни ($R=-0,691$, $p=0,001$) и Бурдона ($R=-0,481$, $p=0,032$), и положительная корреляционная связь между HRVti и количеством запомненных слов в пробе на запоминание 10 слов ($R=0,468$, $p=0,037$).

Заключение:

У пациентов со структурными признаками гипертензивной энцефалопатии и умеренными когнитивными нарушениями обнаружено снижение общей BPC и активности парасимпатического отдела, отмечается повышение активности симпатического тонуса.

37. ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Опойцева М. Ю.

ГОУ ВПО Тюменская государственная
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Актуальность: многочисленные исследования подтверждают наличие прямой связи между эмоциональным состоянием человека и его здоровьем. Если эмоции, мысли и душевные переживания человека подвержены негативным состояниям таким, как тревога, депрессия, гнев, страх, стресс, апатия, то реакция организма на подобные переживания рано или поздно проявится в виде какой-либо болезни. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается ведущей причиной смерти и инвалидизации, в связи с чем, изучение факторов, влияющих на возникновение и течение заболевания, является актуальной задачей. Целью настоящего исследования явилось изучение психического состояния пациентов, перенесших инфаркта миокарда (ИМ), и его влияния на течение ИБС.

Материал и методы:

Нами было обследовано 40 пациентов, перенесших ИМ. Средний возраст обследованных составил $50,5 \pm 6,5$ лет. Обследование включало: осмотр, анализ анамнестических данных, данных эхокардиографии, оценку психологических проявлений депрессии и тревоги с помощью шкалы HARD. Обследование больных проводилось перед их выпиской из стационара и через 6 месяцев, после перенесенного ИМ (причем 2/3 больных после выписки из стационара проходила реабилитационный курс в ФГУ «Центра санаторной реабилитации Тараскуль»).

Результаты:

У 18 обследованных (45%) выявлена клинически выраженная тревога, у 12 пациентов (30%) – субклинически

выраженная тревога, у 5 (12,5%) – субклинически выраженная депрессия, у 2 (5%) – клинически выраженная депрессия. При повторном скрининге через 6 месяцев клинически выраженная депрессия встречается лишь у 10 пациентов (25%), субклинически выраженная депрессия у 14 обследованных (35%), субклинически выраженная депрессия – у 4 (10%), клинически выраженной депрессии не было выявлено ни у одного пациента. Причем, клинически выраженная тревога, депрессия среди пациентов, прошедших реабилитацию ФГУ «Центра санаторной реабилитации Тараскуль», встречается реже, в сравнении с пациентами не прошедшими таковую (15% и 30% соответственно). Повторный ИМ был зарегистрирован у 2 пациентов, имеющих субклинически выраженную депрессию и не прошедших реабилитацию в ФГУ «Центра санаторной реабилитации Тараскуль».

Заключение:

Таким образом, различные психические факторы – депрессия, тревога связаны с повышением риска ИМ и неблагоприятным прогнозом течения заболевания. Санаторная реабилитация больных, перенесших ИМ, способствует улучшению психического статуса данной категории больных.

38. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

АФАНАСЬЕВА Н. Л., МОРДОВИН В. Ф.

НИИ кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

В патогенезе хронической ишемии головного мозга у больных ГБ существенную роль играют как недостаточность притока крови к тканям мозга, так и затруднение церебрального венозного оттока. Роль расстройств венозного мозгового кровообращения в происхождении, течении и клиническом определении сосудистых заболеваний головного мозга длительное время недооценивалась. Поэтому целью нашей работы явилось изучение особенностей церебрального венозного кровообращения у больных ГБ.

Материал и методы:

Обследовано 72 пациента ГБ II стадии в возрасте от 28 до 60 лет. Всем больным были проведены клиническое обследование, МРТ головного мозга и МР-венография брахиоцефальных вен на низкопольном МР-томографе, суточное мониторирование АД. По степени выраженности асимметрии венозных синусов пациенты разделялись на группы следующим образом: легкая степень – менее 15%, явная степень – от 15 до 30%, выраженная степень – от 30 до 80%, тяжелая степень – более 80%.

Результаты:

Пациенты с выраженной асимметрией венозных синусов головного мозга значимо отличались повышенным уровнем ночного ДАД ($86 \pm 13,0$ и $78 \pm 12,0$ мм рт.ст; $p=0,020$), повышенной нагрузкой ночного ДАД ($61 \pm 31,6$ и $43 \pm 34,4\%$; $p=0,036$), снижением степени ночного снижения АД (7 и 11,1%; $p=0,03$). У пациентов со степенью асимметрии венозных синусов более 30% достоверно чаще выявлялись структурные признаки гипертонической ангиоэнцефалопатии. У 82% пациентов с выраженной и тяжелой асим-

метрией венозных синусов (более 30%) отмечалось расширение линейных размеров латеральных желудочков головного мозга ($p=0,0678$), у 59% пациентов отмечалось расширение субарахноидальных пространств (у пациентов со степенью асимметрии менее 30% – у 39%; $p=0,0001$). У пациентов с асимметрией более 30% лейкоараиоз выявлялся достоверно чаще (в 42%, 21% – при асимметрии менее 30%, $p=0,0048$). У пациентов с асимметрией более 30% достоверно чаще встречался лейкоараиоз 2 и 3 степени, чем лейкоараиоз 0 и 1 степени ($p=0,0014$). При асимметрии более 30% достоверно чаще выявлялись ишемические очаги белого вещества головного мозга (47%), чем при асимметрии менее 30 (18%), ($p=0,0067$). У этой группы пациентов достоверно чаще выявлялись лакунарные инфаркты ($p=0,0382$), которые выявлялись чаще в области базальных ганглиев ($p=0,0056$).

Заключение:

У пациентов с выраженной асимметрией венозных коллекторов отмечается повышенное ночное АД, по МРТ головного мозга определяются расширение латеральных желудочков мозга, лейкоараиоз высокой степени и ишемические очаги в белом веществе головного мозга.

39. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

ВАСИЛЬКОВА Т. Н., МАТАЕВ С. И.

ФГУ НЦ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ТЮМНЦ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Изучить особенности артериальной гипертонии (АГ) у больных метаболическим синдромом (МС), проживающих на Крайнем Севере.

Материал и методы:

Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование 709 человек с МС, проживающих в Ямало-Ненецком автономном округе. С целью определения гендерных и этнических особенностей больные разделены на 3 группы – мужчины и женщины коренной (ненецкой) национальности: 1 группа – кочующие и 2 группа – проживающие в поселках, 3 группа – пришлое население. Средний возраст обследованных $52 \pm 1,56$ лет.

Результаты:

Установлено, что среди женщин-аборигенок, сохранивших традиционный образ жизни, чаще, чем у мужчин (25,6% против 14,5%, $p<0,05$) встречался вариант МС без АГ, тогда как у женщин-аборигенок, проживающих в поселках и ведущих оседлый образ жизни МС без АГ (сочетание абдоминального ожирения, нарушения липидного и углеводного обмена) встречался значительно реже (7,9%), чем у кочевого населения. У мужчин-аборигенок, проживающих в поселках, МС без АГ выявлен крайне редко (3,9%, $p<0,05$). Обследование популяции пришлого населения, проживающего в поселках ЯНАО, выявило, что вариант МС без АГ выявлен в этой группе в 3,8% случаев, причем в женской популяции данный вариант отмечен достоверно чаще, чем в мужской (7,9% против 0,6%, $p<0,001$). Наряду с этим установлено, что смена уклада жизни способствовала формированию более тяжелого течения АГ у оседлых

аборигенов и пришлого населения, о чем свидетельствует увеличение распространенности тяжелых степеней АГ, преобладающих среди пришлого населения. Это соотносилось и со средними показателями АД в группах, нарастающих от популяции кочующего к популяции пришлого населения.

Заключение:

Вариант МС без АГ встречался в меньшей степени у коренного кочующего населения. Сочетание абдоминального ожирения, АГ и нарушение липидного обмена было самым частым вариантом МС во всех обследованных группах населения.

40. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИХ СКОРУЮ ПОМОЩЬ

Морозов С. Н., Морозова Е. А.

МУ ССМП МУ ЯГКБ

Введение (цели/задачи):

Настоящее время на скорой медицинской помощи (СМП) г.Якутска сложилась ситуация, как и на многих станциях СМП РФ, когда выездными бригадами оказывается не только скорая, но и неотложная помощь (согласно правил вызова скорой помощи принятых городской думой г.Якутска от 18.02.2009г.). По данным А.А.Некрасова, число повторных вызовов СМП к больным артериальной гипертонией (АГ) является наибольшим. С 2005года на СМП г.Якутска функционирует АСУ «Скорая помощь», которая позволяет отслеживать часто вызывающих больных, их диагнозы, проведенное лечение и др. Мы выбрали категорию часто вызывающих больных с АГ (тех, кто вызывает более 3 раз в месяц СМП), у которых за 2005-2009год выставлен диагноз острый коронарный синдром (ОКС) на догоспитальном этапе. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выявить особенности течения ОКС у часто вызывающих больных.

Материал и методы:

Ретроспективный анализ 209 карт вызова СМП г. Якутска с диагнозом ОКС, разделенные на 2 группы: первая больные, чьи вызовы на СМП были единичны за исследуемый период -114(больные наблюдались по месту жительства у терапевтов и/или кардиологов) и часто вызывающие больные- 95 .

Результаты:

В первой группе было 71(62,2%) мужчин, и 43 (37,8%) женщин, во второй группе 28 (29,5%)мужчин и 67(70,5%) женщин. Средний возраст в первой группе пациентов 54,5лет, во второй 68,2 лет. Больные регулярно наблюдающиеся по месту жительства и принимающие регулярное лечение преобладали в первой группе (100%; 12,6% и 16,6%;9,4% соответственно). Часто вызывающие больные имели более стертую клиническую картину (ангинозные боли у 53,6%, усиление одышки у 22,1%,), при обращении к фельдшеру-диспетчеру не проявляли настороженность состоянием. В первой группе напротив пациенты были обоснованно обеспокоены состоянием, описывали усиление стенокардитических симптомов в 81%. Цифры артериального давления при этом были сопоставимы. При осмотре врачом СМП, только у 24,5% больных первой группы были выявлены противопоказания для тромболитической терапии (ТЛТ) (активная язвенная болезнь 2,6%,

АД сист. более 180мм.рт.ст. 10,5%, активное кровотечение 0,8%, длительная (более 10мин) СЛР 8,7%), и у 41% из второй группы (длительная СЛР 21%, АД сист. более 180мм.рт.ст. 16,8%, ишемический инсульт до 3мес 1%, деменция 2,1%). Эффективность ТЛТ в первой группе (по изменению сегмента ST на 50%) составила 65,1% , а во второй группе 37,5%. При оценке ближайших клинических исходов (4-6нед) летальность в первой группе составила 12,2%, во второй 17,8%, инсульт во второй группе 1%, инфаркт миокарда (в том числе повторный) у пациентов первой группы 18,4%, во второй группе 26,3%, кровотечение у 7% и 11,5% соответственно. Таким образом, у часто вызывающих больных, как правило, женщин за 65лет, обращение за СМП является рутинным, отношение к самоконтролю и регулярному медикаментозному лечению пассивным, что ведет к прогрессированию заболевания и утяжелению прогноза.

Заключение:

Усилить средства медицинского обеспечения активного наблюдения за часто вызывающими больными. Полученные данные диктуют необходимость дальнейшего углубленного изучения генеза явления предпочтения обращений на СМП, как лечения от случая к случаю, для принятия мер его устранения, повышения мотивации пациентов к регулярному лечению и как следствие увеличение экономической и социальной составляющей лечебного процесса.

41. ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ИБС: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Мамедов М. Н., Дидигова Р. Т., Угурчиева З. О., ИНАРОКОВА А. М.

ГНИЦ ПМ Ингушский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ,
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

За последние 10 лет в Северном Кавказе отмечается увеличение число пациентов с ИБС и его осложнений. Одним из ее причин является несвоевременная диагностика и адекватная коррекция основных факторов риска. Цель исследования. Определение частоты АГ и оценка адекватности ее коррекции среди мужчин и женщин с ИБС в Ингушской республике.

Материал и методы:

Материалы и методы. В исследование включены 300 мужчин в среднем возрасте 54±0,4 лет и 230 женщин в среднем возрасте 55,7±0,5 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжение ФК 2-3 ст из центральных медицинских учреждений 3 районов Ингушской Республики. Все пациенты были опрошены по стандартному вопроснику для оценки социально-демографических показателей, поведенческих факторов риска и учета принимаемых лекарственных препаратов. АД измеряли дважды в положении сидя с 5 минутным интервалом. Для оценки гипертрофии левого желудочка проводили ЭКГ в покое и использовали критерия Соколова-Лайона.

Результаты:

АГ оказалась вторым после гиперХС (в среднем 88%)

среди пациентов с ИБС. Так, среди мужчин АГ выявлен в 81,3% (n=244) случаев, а среди женщин в 86,9% (n=200) случаев. Средняя продолжительность АГ среди мужчин составил 5,4±0,3, а среди женщин 6,1±0,3 лет. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка у 51% (n=125 мужчин с АГ) и у 44% женщин (44% среди женщин с АГ). Антигипертензивную терапию принимает 77% мужчин и 84% женщин. Из них постоянно получают терапию 27% мужчин и 21% женщин, от случая до случая 62% и 56%, и курсовое лечение проводят 5,7% и 19%, соответственно. Наиболее часто используется ингибиторы АПФ (в среднем 81%), антагонисты кальция (73%) и бета адреноблокаторы (42%). Большинство пациентов принимают два антигипертензивного препарата (в среднем 46%), три препарата 22% пациентов и четыре препарата 19% пациентов. 7% мужчин и 15 женщин не принимают антигипертензивную терапию. На момент обследования целевые уровни АД были достигнуты у 48% мужчин и 61,5% женщин.

Заключение:

Таким образом, АГ является вторым по частоте фактором риска у пациентов с ИБС в Ингушской Республики. У каждого второго пациента с АГ и ИБС определяется гипертрофия левого желудочка. Постоянную терапию (в основном 2 препарата) получают до 30% пациентов. На момент осмотра у 54% АД находилась в пределах целевого уровня.

42. ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Майскова Е. А.

ГОУ ВПО «САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/задачи):

Выявить клинические особенности сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от наличия фибрилляции предсердий.

Материал и методы:

Проведен анализ историй болезни (и/б) пациентов, получавших лечение в отделении терапии Клинической больницы им. С.П. Миротворцева г. Саратова по поводу артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), сопровождавшихся у части пациентов развитием фибрилляции предсердий (ФП). И/б отбирались в случайном порядке. Всего изучено 220 и/б, которые разделены на 2 группы (по 110) в зависимости от наличия ФП (основная группа) или ее отсутствия (контрольная группа). Критерии включения: возраст пациентов не менее 50 лет, совместное наличие АГ, ИБС и хронической недостаточности кровообращения. Критерии исключения: любые заболевания ревматической природы, упоминания на перенесенный инфекционный миокардит. Также в контрольную группу не включались и/б пациентов, имеющих случаи частой, групповой или политопной экстрасистолии любой локализации.

Результаты:

При сравнении частоты встречаемости различных форм ИБС в группах достоверных различий получено не было. Средняя длительность течения кардиологических заболеваний у пациентов с ФП и без нее отличалась незначительно. Но в процессе исследования выявлено повышение

уровня «комфортного» систолического артериального давления (САД) у больных ФП, причем выше были как границы диапазона комфортных цифр, так и его средний уровень (основная группа – 145 мм. рт. ст., контрольная – 135 мм. рт. ст.). При этом максимальные цифры артериального давления между пациентами разных групп практически не отличались.

Заключение:

У больных ИБС и АГ, осложненных ФП, выявлен более высокий уровень «комфортного» САД, что может быть фактором, способствующим появлению ФП за счет скрытого повреждения органов-мишеней, в том числе сердца (особенно у пациентов, не принимающих антигипертензивные средства регулярно).

43. ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мельчинская Е. Н., Громнацкий Н. И., Булычев Г. И.

ГОУ ВПО КГМУ, г.Курск

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: выявить особенности нарушения липидного спектра крови у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом.

Материал и методы:

Обследовано 80 больных (14 муж/66 жен.) с АГ и метаболическим синдромом в возрасте 41-65 лет. В среднем ИМТ составил 32,08±0,82 кг/м², окружность талии – 104,78±2,92 см у муж. и 101,53±2,71 см у жен., соответственно. У всех пациентов была АГ II степени и сахарный диабет (СД) 2 типа. Показатели липидограммы: общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ) определяли на анализаторе Flexor E. Контрольная группа представлена 18 здоровыми лицами.

Результаты:

Уровень ОХС составил 5,76±0,17 ммоль/л в группе больных и 4,94±0,18 ммоль/л в контроле, p<0,01. Согласно критериям риска развития микро- и макрососудистых осложнений при СД 2 типа низкий риск, т.е. содержание ОХС менее 4,8 ммоль/л имели 7 (8,8%) пациентов, умеренный риск макроангиопатий (в пределах 4,8-6,0 ммоль/л) – 36 (45,0%) и высокий риск (выше 6,0 ммоль/л) – 37 (46,2%) чел. Содержание фракции ХС ЛПНП было равно 3,57±0,14 ммоль/л у больных и 2,81±0,16 ммоль/л у здоровых лиц, p<0,001. Уровень ХС ЛПНП ниже 3,0 ммоль/л, т.е. низкий риск, зарегистрирован у 18 (22,5%) больных, в диапазоне 3,0-4,0 ммоль/л, а именно, умеренный риск – у 30 (37,6%) чел. и выше 4,0 ммоль/л, что говорит о высоком риске ангиопатии – в 32 (45,0%) случаях. В сопоставляемых группах концентрация ХС ЛПНП равнялась 1,17±0,04 ммоль/л у больных и 1,50±0,07 ммоль/л у здоровых, p<0,001. Число больных с низким риском, т.е. уровнем ХС ЛПВП выше 1,2 ммоль/л составило 38 (47,5%), умеренным риском (в интервале 1,0-1,2 ммоль/л) – 27 (33,7%) и высоким риском ангиопатии – ниже 1,0 ммоль/л 15 (18,8%) пациентов. Содержание ТГ 2,04±1,10 ммоль/л и 1,40±0,10 ммоль/л выявлено в основной и контрольной группах, соответственно, p<0,01. Уровень ТГ ниже 1,7 ммоль/л (низкий риск) наблюдался у 27 (33,7%) пациентов, от 1,7 до 2,2 ммоль/л (уме-

ренный риск ангиопатии) – 20 (25,0) и выше 2,2 ммоль/л (высокий риск) – у 33 (41,3%) чел. Атерогенная ДЛП отмечена в 45 (56,2%) случаях. Структурный анализ ДЛП показал, что ГЛП II типа имела место у 27 (33,7%) больных, из них у 3 чел – II А типа и 24 пациентов – II Б типа, т.е. 3,7% и 30,0% из общего количества, соответственно. ГЛП IV типа выявлена у 21 (26,3%) больного. В 9 (11,3%) случаях тип ДЛП установить не удалось. Нормальные значения липидограммы зарегистрированы у 23 (28,7%) чел.

Заключение:

У больных АГ с метаболическим синдромом состояние липидного спектра крови характеризуется атерогенной направленностью с наибольшей частотой умеренного (по уровню ХС ЛПВП) и особо высокого риска (по содержанию ОХС, ХС ЛПНП, ТГ) ангиопатий. Превалирование в структуре ДЛП ГЛП II Б и IV типов прогнозируемо, т.к. является характерным проявлением ДЛП больных СД 2 типа. Полученные результаты следует учитывать в немедикаментозном и медикаментозном лечении больных АГ с метаболическим синдромом.

44. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Запевина В. В., Олейник Н. И., Пащенко Л. С.

ГОУ ВПО Кубанский государственный
медицинский университет Росздрава

Введение (цели/задачи):

Сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с гипертонической болезнью (ГБ) создает немалые трудности в подборе гипотензивной терапии. Многие из антигипертензивных препаратов способны усилить бронхообструкцию, нарушить мукоцилиарный клиренс. Цель исследования: изучить эффективность и безопасность валсартана у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ.

Материал и методы:

Обследованы 28 больных (25 мужчин и 3 женщины) ХОБЛ II-III стадии в фазе обострения на фоне ГБ, средний возраст - 52,7 года. Диагноз основного и конкурентного заболеваний подтверждался комплексом необходимых клинико-функциональных исследований. По поводу ХОБЛ больные получали антибактериальную терапию, беродуал - с помощью небулайзера, для коррекции АД назначался валсартан (Диован, Novartis) в дозе 80 мг.

Результаты:

Полученные данные свидетельствовали о наличии у больных частично обратимой бронхиальной обструкции и о смешанном обструктивно-рестриктивном варианте дыхательной недостаточности I-II степени с объемом форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) до 72,4±8,4% и пиковой скоростью выдоха (ПСВ)-61,2±8,9%. Контроль липидного обмена выявил повышение общего холестерина (ОХС) до 5,44±0,71 ммоль/л наряду с увеличением коэффициента атерогенности (КА) до 5,8±1,6 усл. ед. Показатели АД исходно составляли 162±1,3/97,6±0,8 мм. рт. ст. Через 2-3 недели наблюдения указанные показатели достоверно снизились и составили 130,2±0,7/80,2±0,6 мм.рт.ст., причем у 20 пациентов (71%) АД достигло целевого уровня. Кроме того, в результате лечения зарегистрировано улуч-

шение показателей липидного обмена, что проявилось достоверным снижением уровня ОХС до 4,86±0,42 ммоль/л (P<0,05) и уменьшением КА до 3,75±0,34 усл. ед. Показатели функции внешнего дыхания сохранились стабильными. Ни у одного из пациентов не зарегистрировано побочного действия препаратов.

Заключение:

У больных ХОБЛ в сочетании с ГБ валсартан позволяет эффективно контролировать показатели АД, улучшать липидный обмен, не ухудшая при этом легочную вентиляцию и не вызывая побочных эффектов.

45. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРЯМЫМ ИНГИБИТОРОМ РЕНИНА АЛИСКИРЕНОМ В КОМБИНАЦИИ С РАЗНЫМИ ДОЗАМИ ГИПОТИАЗИДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

САМЕРХАНОВА Л. Н., ЛУКЬЯНОВ М. М., МАСЕНКО В. П.,
БОЙЦОВ С. А.

ИНСТИТУТ КАРДИОЛОГИИ ИМ. А. Л. МЯСНИКОВА

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить эффективность комбинированной терапии алискиреном 300 мг в сочетании с гипотиазидом 12,5 мг и 25 мг/сут у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 30 больных АГ 1-2 степени, возраст 58,7±9,7лет. В течение 2 недель проводилась терапия алискиреном в дозе 300 мг/сут, далее рандомизация в группы комбинированной терапии алискиреном и гипотиазидом в дозах 12,5мг/сут и 25 мг/сут (группы 1 и 2). Исходно, через 2 и 8 недель исследования проводились суточное мониторирование артериального давления, определение концентрации калия и натрия в крови и моче, активность ренина, уровень альдостерона в плазме крови.

Результаты:

После 2 недель терапии алискиреном систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) достоверно снизилось с 164±10,0 мм рт.ст. до 142,6±9 мм рт.ст., с 91,5±13 мм до 85,9± 10,3 мм рт.ст. (p<0,01), соответственно. Концентрации в крови ренина и альдостерона достоверно снизились через 2 недели терапии алискиреном соответственно с 1±0,92 нг/мл до 0,1±0,01 нг/мл (p<0,01) и с 64,0±33,3 пг/мл до 39,1 ± 27,3пг/мл (p<0,01), также отмечено достоверное уменьшение микроальбуминурии с 10,41±6,14мг/л до 2,8±0,81мг/л. При комбинированной терапии с гипотиазидом 12,5 мг/сут и 25мг/сут достоверной динамики уровня калия и натрия в моче не отмечено. В группе 1 через 8 недель отмечалось достоверное снижение САД с 141.6±8.2 мм рт. ст. до 131±8,0 мм рт.ст. (p<0,01) и ДАД с 89±13 до 78±6мм рт.ст. (p<0,01). В группе 2 отмечалось снижение САД с 142.9±9.2 мм рт. ст. до 128± 9 мм рт.ст. (p<0,01) и ДАД с 90.5±12 мм рт.ст. до 74±8мм рт.ст. (p<0,01). Терапия комбинацией алискирена и гипотиазида в течение 8 недель привела к достижению целевого уровня АД у 75 % больных группы 1 и 85,7 % больных группы 2. Достоверной динамики уровня калия и натрия крови на фоне комбинированной терапии с гипотиазидом 12,5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут не отмечено.

Заключение:

Терапия алискиреном в дозе 300мг/сут в течение 2 недель у больных АГ приводила к достоверному снижению уровня САД и ДАД. Дополнительное назначение гипотиозида в дозе 12,5мг/сут либо 25мг/сут в сутки приводило к дополнительному достоверному снижению АД.

46. ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ (НЦД)

Скрипкина Н. В., Василькова Т. Н.

ГОУ ВПО ТюмГМА РосЗдрава, г. Тюмень

Введение (цели/задачи):

Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы распространены среди лиц молодого возраста, когда в большей мере имеют значение различные факторы риска: переутомление, отрицательные эмоции, стрессы, нарушение сна, приводящие к психической астенизации, длительная гипокинезия, нерациональный режим работы и питания на фоне наследственной предрасположенности. Учитывая вышеперечисленное, наиболее актуальна эта проблема у студентов ВУЗов.

Материал и методы:

Обследовано 800 студентов медицинской академии лечебного факультета начальных (1 и 2 курсы) и старших курсов (5 и 6 курсы). Средний возраст обследованных $20,5 \pm 1,1$ лет. Всем проведено анкетирование, клинико-лабораторное обследование с осмотром кардиолога, записью ЭКГ.

Результаты:

Установлено, что проявления НЦД по гипертоническому типу достоверно чаще выявлялись у студентов старших курсов ($68 \pm 1,8\%$ против $45 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$), тогда как НЦД по гипотоническому типу выявлялись у студентов старших и младших курсов в меньшей степени ($32 \pm 1,5\%$ против $19 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$). Необходимо отметить, что независимо от курса, признаки НЦД по гипертоническому типу у девушек выявлялись достоверно чаще, чем у юношей ($46 \pm 1,4\%$ против $22 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$). Наряду с этим установлена наибольшая частота встречаемости и распространенности у студентов старших курсов, по сравнению с младшими курсами, таких факторов риска НЦД как курение ($41 \pm 2,4\%$ против $18 \pm 1,1\%$, $p < 0,001$); неправильное питание ($43 \pm 1,8\%$ против $28 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$); употребление алкоголя ($41 \pm 2,2\%$ против $17 \pm 1,1\%$, $p < 0,001$); работа в ночное время ($43 \pm 1,8\%$ против $12 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$). Самым распространенным синдромом среди старших курсов был кардиальный ($72 \pm 1,8\%$), тогда как у студентов младших курсов он встречался в $56 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). Результаты ЭКГ показали, как юношей так и у девушек изменения реполяризации желудочков в 82% случаев, расстройства ритма и проводимости в виде блокады ножек пучка Гиса 23%, предсердных экстрасистолий 7%.

Заключение:

Проведенное исследование показало высокую распространенность синдрома артериальной гипертензии у студентов ВУЗов с НЦД, особенно среди старших курсов, где выявлена наиболее высокая частота факторов риска.

47. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОВМЕСТНО С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Опойцева М. Ю.

ГОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

Введение (цели/задачи):

Актуальность: болезни системы кровообращения составляют наиболее распространенную группу в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Ежегодно от них умирает больше половины больных (59,2%), среди которых 10-12% - трудоспособного возраста. По данным ВОЗ, к 2020 году ожидается гибель до 25 млн. людей от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Исходя из этого, разработка методов лечения, а также мер первичной и вторичной профилактики ИБС имеет несомненное практическое значение. Под кардиологической реабилитацией понимают комплекс мероприятий, проводимых под медицинским контролем, направленных на помощь пациенту, который перенес инфаркт миокарда, для более качественного и быстрого восстановления физических параметров до максимально возможного уровня активности. К модифицируемым факторам риска ССЗ относят гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию, курение, низкую физическую активность, ожирение, сахарный диабет. В многочисленных эпидемиологических исследованиях показана четкая корреляция уровня коронарной смертности с уровнями ОХС и ХС-ЛНП. Цель работы: изучить влияние медикаментозной терапии и реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, на состояние клинико-метаболических показателей.

Материал и методы:

Осмотр пациентов, оценка анамнестических данных, измерение уровня артериального давления, анализ липидного спектра крови. Нами обследовано 50 пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Средний возраст их составил 55 ± 5 лет. Исходно были оценены следующие параметры: липидограмма крови и показатели артериального давления. Аналогичные параметры были изучены через 6 месяцев после выписки из стационара (причем 32 пациента, после выписки из стационара, прошли реабилитационный курс в ФГУ "Центра санаторной реабилитации Тараскуль"). Все пациенты получали медикаментозную терапию, включающую дезагреганты, В-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины.

Результаты:

По данным, полученным в результате проведенного исследования, среди больных, перенесших инфаркта миокарда целевые значения липидов, с содержанием общего холестерина (ОХС) менее 4,5 ммоль/л и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) менее 2,0 ммоль/л были лишь у 4% пациентов. Вместе с тем, артериальная гипертензия была зафиксирована в 88% случаев. При биохимическом исследовании крови через 6 месяцев, нормализация липидограммы с достижением целевых уровней ОХС и ХС-ЛНП выявлена у 60% пациентов, 54% из них прошли реабилитационный курс в ФГУ "Центра санаторной реабилитации Тараскуль". У большинства больных отмечена тенденция к снижению значений наиболее атерогенных фракций липидов. Стабилизации цифр

артериального давления в пределах ниже 160/110 мм.рт.ст. удалось достичь у 86% пациентов (60% из них прошли реабилитационный курс). Все эти больные в течение 6 месяцев придерживались рекомендаций по медикаментозной терапии.

Заключение:

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что соблюдение медикаментозной терапии совместно с кардиологической реабилитацией позволяет достичь снижения содержания в крови общего холестерина и липопротеидов низкой плотности, снизить цифры артериального давления, тем самым снизить риск повторных сердечно-сосудистых катастроф.

48. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ, СТРАТИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Чернова И. М., Сердюк С. Е., Лукьянов М. М., Бойцов С. А.

Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова

Введение (цели/задачи):

Оценить особенности гемодинамики, параметров жесткости артерий, стратификации сердечно-сосудистого риска (ССР) у больных артериальной гипертензией (АГ) молодого возраста (18-35 лет).

Материал и методы:

Обследовано 38 человек (27 мужчин, 11 женщин, средний возраст 25,3±4,4 лет). Из них 19 человек контрольная группа, средний возраст 25,1±4,2 лет (группа I) и 19 больных с АГ, средний возраст 25,3±4,7 лет (группа II). Уровень АД оценивался при офисном измерении и суточном мониторинге АД (СМАД). Жесткость артерий (скорость распространения пульсовой волны, СРВП) и центральное давление в аорте оценивали методом аппланационной тонометрии (SphygmoCor).

Результаты:

Систолическое АД (САД) в группах I и II составило соответственно 111,6±14,0 мм рт.ст. и 140,2±12,5 мм рт.ст. ($p=0,0001$); диастолическое АД (ДАД) - 69,6±8,9 мм рт.ст. и 80,8±11,0 мм рт.ст. ($p=0,0014$). По данным СМАД в группах I и II среднесуточное САД составило 122,9±5,8 мм рт.ст. и 138,9±6,0 мм рт.ст. ($p<0,001$), среднесуточное ДАД - 73,2±3,1 мм рт.ст. и 79,7±7,8 мм рт.ст. ($p<0,006$). Среднедневное САД было соответственно 125,4±3,9 мм рт.ст. и 143,1±6,9 мм рт.ст. ($p<0,0001$), среднедневное ДАД - 76,3±3,2 мм рт.ст. и 83,4±7 мм рт.ст. ($p<0,0025$). Центральное давление в аорте в группах было соответственно: САД 94,9±11,7 мм рт.ст. и 116,2±10,6 мм рт.ст. ($p=0,0002$), ДАД 65,5±9,0 мм рт.ст. и 82,1±11,1 мм рт.ст. ($p=0,0008$). СРВП у больных АГ была достоверно выше, чем у лиц без АГ: 8,9±1,3 м/с и 7,8±0,9 м/с ($p=0,03$). У больных АГ молодого возраста при оценке общего ССР в соответствии с рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению АГ был выявлен высокий риск у 47% пациентов, а средний и низкий риск соответственно в 22% и 31% случаев. Однако при оценке ССР по критериям NCEP ATP III у больных данной группы был выявлен низкий риск в 100% случаев.

Заключение:

У больных АГ молодого возраста, по сравнению с контрольной группой, были достоверно выше не только уровень АД, но и СРВП. Центральное давление в аорте у больных АГ молодого возраста было достоверно ниже, чем в плечевой артерии и соответствовал нормотензии, что указывает на необходимость дальнейшего изучения вопроса о показаниях к антигипертензивной терапии у данной категории пациентов. Необходимо дальнейшее изучение вопроса стратификации ССР у больных АГ молодого возраста.

49. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА 1-21 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Исакова Д. Н., Салахова Е. И., Евлочко Н. В., Бастракова С. Б., Дороднева Е. Ф.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, ГЛПУ ТО «ОКБ №2»

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить уровень эндотелина 1-21 (ЕТ 1-21) и его взаимосвязь с некоторыми метаболическими и клиническими параметрами у больных сахарным диабетом 2 типа (СД-2) с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Объектом исследования стали 80 больных СД-2 (21 мужчина и 59 женщин), средний возраст которых составил 56,4±6,2 года. Все пациенты имели декомпенсацию показателей углеводного обмена - уровень гликированного гемоглобина (HbA1C) $\geq 7\%$, среднее значение которого соответствовало 8,9%. Средний стаж заболевания в общей группе составил 12,6±8,4 года. Все пациенты имели в анамнезе АГ. У 71,25% пациентов (1-я группа) уровень артериального давления (АД) не достигал целевых значений, и лишь у 28,75% пациентов (2-я группа) на фоне адекватной терапии отмечались показатели, соответствующие целевым уровням АД (для систолического АД (САД) ≤ 130 мм рт.ст., для диастолического АД (ДАД) ≤ 80 мм рт.ст.). Всем пациентам осуществляли определение уровня ЕТ 1-21 в сыворотке методом иммуноферментного анализа, параметров углеводного обмена, уровня липидов крови. Результаты исследования статистически обработаны с применением непараметрического корреляционного анализа Спирмена и критерия Манна-Уитни.

Результаты:

При исследовании уровня ЕТ 1-21 у данной категории пациентов среднее его значение составило 6,01±2,6 фмоль/мл. Установлено, что в 1-й группе пациентов, не достигших целевого уровня АД, средний уровень ЕТ 1-21 составил 7,23±2,5 фмоль/мл, что статистически значимо выше аналогичного показателя у больных с нормальными цифрами АД ($p<0,05$). При анализе полученных данных также установлено, что уровень ЕТ 1-21 взаимосвязан положительными корреляционными зависимостями со стажем диабета ($r=0,44$, $p<0,05$), ИМТ ($r=0,32$, $p<0,05$), уровнем САД ($r=0,22$, $p<0,05$), постпрандиальной гликемией ($r=0,31$, $p<0,05$), а также с таким показателем липидного спектра как ХС ЛПНП ($r=0,23$, $p<0,05$).

Заключение:

Пациенты с СД-2 с декомпенсацией углеводного обмена и АГ имеют значимое повышение уровня ЕТ 1-21 и корреляционную зависимость данного показателя с факторами, повышающими риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Это позволяет обозначить исследуемый показатель как маркер эндотелиальной дисфункции, отражающий степень нарушения функции эндотелия у данной категории пациентов и риск развития кардиоваскулярных заболеваний.

50. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ХАНТЫ-МАНСЬСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ

Милованова Е. В., Кудрявцева О. В., Грицык А. В.

Окружной кардиологический диспансер

Введение (цели/задачи):

Болезни системы кровообращения (БСК) в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югре) остаются основной причиной смертности (42,0% от общего числа смертей), а в структуре заболеваемости первое место прочно заняла артериальная гипертензия (АГ) – 54,0%. Поэтому в числе приоритетных остаются мероприятия по реализации национальной Программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» и региональной Подпрограммы «Профилактика и лечение АГ в ХМАО-Югре». Оценка результатов реализации проводится в Аналитическом центре по мониторингу БСК на базе Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (г.Сургут). Цель. Оценить эффективность национальных и региональных программ профилактики и лечения АГ в ХМАО-Югре.

Материал и методы:

Оценка проведена по данным годовых отчетов, амбулаторным картам, материалам кабинетов диспансеризации, сборнику статистических материалов департамента здравоохранения ХМАО-Югры «Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и деятельность учреждений здравоохранения».

Результаты:

Ежегодно в округе впервые выявляется 9-10 тысяч новых случаев АГ. Так, в 2009 г. среди всех зарегистрированных больных с АГ (92110 чел.), впервые заболевание выявлено у 9023 чел. (9,8%). По сравнению с 2008 г. количество больных, состоящих на диспансерном учете, увеличилось на 10,7%. Число больных диспансерной группы, которым проведены лечебно-оздоровительные мероприятия, увеличилось более чем в 2 раза по сравнению с 2008 г. и составило в 2009 г. 27867 чел. (30,3% от числа лиц с АГ, состоящих на диспансерном учете). Число больных с АГ, пролеченных в стационарах в 2009 г. увеличилось на 20,0% (7610 в 2009 г. и 6328 в 2008 г.) и составило 8,3% от общего числа больных, состоящих на диспансерном учете. Ежегодно обучаются в «Школе здоровья» около 7 тыс. пациентов. Так, в 2009 г. обучение прошли 7 415 чел. (на 5,8% больше, чем в 2008 г.). Проводимый в округе объем профилактики и лечения АГ позволил снизить заболеваемость с 13,2 на 1 000 населения в 2007 г. до 6,1 в 2009 г.

Заключение:

Реализация мероприятий национальной и региональной

Программ по профилактике и лечению АГ на территории ХМАО-Югры позволила снизить заболеваемость АГ за три года почти в 2 раза.

51. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МЕДЛЕННО-ВОЛНОВЫХ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Наумова В. В., Земцова Е. С.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрави, г.Новокузнецк

Введение (цели/задачи):

Цель работы: разработать медленно-волновые критерии диагностики наличия АГ на основе анализа вариабельности показателей системы кровообращения у здоровых и больных АГ зрелого возраста.

Материал и методы:

Обследованы больные эссенциальной АГ (I и II степени) – 87 мужчин (39,1±7,2 лет) и 87 женщин (41,2±4,4 лет) и практически здоровые лица – 99 мужчин (38,0±5,8 лет) и 99 женщин (38,3±6,3 лет). При исследовании использовался прибор MAPG 10-01, (ООО «Микролюкс»), подключенный к ноутбуку с программным обеспечением «Кентавр». Регистрировались одновременно ритм сердца (РС, уд./мин.), фракция выброса левого желудочка (ФВ, %), ударный объем (УО, мл), амплитуда пульсации аорты (АПА, мОм), амплитуда пульсации периферических сосудов I пальца стопы (АППС, отн. ед.) и систолическое артериальное давление (САД, мм рт. ст.) в режиме «от удара к удару» в течение 5-10 мин. (всего 500 ударов) в положении лежа в покое. САД рассчитывалось по скорости распространения пульсовой волны между зубцом R электрокардиограммы и пиком первой производной пульсовой волны микрососудов пальца. После окончания записи автоматически рассчитывалось среднее значение (М) изучаемых параметров в ряду из 500 значений; проводился спектральный анализ вариабельности показателей кровообращения по методике быстрого преобразования Фурье; оценивались общая мощность спектра (ТР, баллы), абсолютные (баллы) и относительные (% от ТР) значения мощности в четырех частотных диапазонах спектра: ультранизкочастотном – границы 0,003-0,025 Гц (ULF, %ULF), очень низкочастотном – 0,025-0,075 Гц (VLF, %VLF), низкочастотном – 0,075-0,15 Гц (LF, %LF) и высокочастотном – 0,15-0,5 Гц (HF, %HF). При статистической обработке данных использовались тест Колмогорова-Смирнова, критерий Манна-Уитни.

Результаты:

При оценке показателей системы кровообращения и их вариабельности у здоровых и больных АГ выявлены статистически значимые отличия по следующим признакам. При АГ определены более высокие значения М(РС), М(САД) и более низкие значения М(УО) и М(АПА). Определены отличия по абсолютным спектральным характеристикам: у больных АГ чаще встречались более высокие значения ТР(РС) и четырех ее составляющих (ULF(РС), VLF(РС), LF(РС) и HF(РС)), ТР(ФВ) и четырех ее компонент (ULF(ФВ), VLF(ФВ), LF(ФВ), HF(ФВ)), а также HF(САД); наряду с этим при АГ отмечены более низкие значения ТР(АППС). Выявлены различия по относительным спектральным характеристикам: у больных АГ чаще встречались более высокие значения %HF(УО), %VLF(ФВ) и %HF(САД) и более низкие показатели %LF(САД). На основе данных исследования разработаны диагностические критерии наличия АГ и про-

ведено их ранжирование с учетом прогностической ценности: $M(\text{САД}) > 140$ мм рт. ст. (прогностическая ценность – 94%); $M(\text{АПА}) < 109$ мОм (74%); $\text{HF}(\text{ФВ}) > 73$ баллов (70%); $M(\text{УО}) < 21$ мл (68%); $\text{TR}(\text{ФВ}) > 196$ баллов (67%); $M(\text{РС}) > 82$ уд./мин. (65%); $\text{TR}(\text{РС}) > 167$ баллов (59%); $\% \text{HF}(\text{САД}) > 13\%$ (56%); $\% \text{HF}(\text{УО}) > 63\%$ (51%); $\text{TR}(\text{АППС}) < 7$ баллов (50%); $\% \text{LF}(\text{САД}) < 43\%$ (46%); $\% \text{VLF}(\text{ФВ}) > 9\%$ (45%).

Заключение:

Оценка вариабельности показателей системы кровообращения на основе разработанных критериев, позволит увеличить точность и скорость диагностики наличия артериальной гипертензии.

52. ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И ЭКГ У ТАБАКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Олейников В. Э., Гусаковская Л. И., Елисеева И. В., Матросова И. Б.

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Курение является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, приводит к прогрессированию атеросклероза, увеличению артериальной ригидности. В свою очередь, развивающаяся при метаболическом синдроме (МС) инсулинорезистентность усугубляет развитие сосудистого ремоделирования.

Материал и методы:

Обследовано 35 больных с тремя и более признаками МС (ВНОК, 2009). Обязательным условием было наличие артериальной гипертензии (АГ) 1-2 степени. Группу НК составили 17 некурящих пациентов, средний возраст $49,2 \pm 7,5$ лет. В группу Т вошли 18 табакозависимых больных, средний возраст $48,6 \pm 8,3$ лет. Пациенты обеих групп были рандомизированы по возрасту, полу, антропометрическим показателям, офисным значениям систолического и диастолического АД. Жесткость артерий оценивали методом бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ прибором VpLab («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные значения времени распространения пульсовой волны в плечевой артерии (РТТ), максимальной скорости нарастания АД ($(dP/dT)_{\max}$); индекса аугментации (Aix), индекса ригидности артерий (ASI). Результаты представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты:

Пациенты групп НК и Т не имели достоверных отличий по среднесуточным значениям РТТ – в группе НК – $132,1 \pm 10,0$ мс, в группе Т – $130,3 \pm 9,9$ мс (нд); по показателю $(dP/dT)_{\max}$ – $610,9 \pm 104,1$ мм рт.ст./с и $638,0 \pm 125,0$ мм рт.ст./с соответственно (нд). Показатель Aix имел более отрицательное значение в группе НК – $-27,2 \pm 20,0\%$, по сравнению с группой Т – $-18,8 \pm 12,8\%$ ($p=0,04$). Индекс ригидности артерий ASI был статистически значимо выше в группе табакозависимых больных ($168,1 \pm 27,7$ мм рт.ст.) по сравнению с некурящими ($149,4 \pm 16,3$ мм рт.ст.) ($p=0,02$).

Заключение:

Выявленные различия по показателям суточного мониторирования артериальной жесткости у табакозависимых и некурящих больных МС в сочетании с АГ свидетельствуют о повреждающем действии курения на артериальное русло.

53. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г. Ф., Коняхина И. П., Лерман О. В., Деев А. Д., Горбунов В. М.

ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Введение (цели/задачи):

Оценить взаимосвязь эффективности антигипертензивной терапии и особенностей психологического статуса больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

Была проанализирована база исследований, протоколы которых были сходны и включала результаты суточных мониторирования артериального давления (СМАД) 252 больных с АГ. Для проведения СМАД использовались аппараты фирмы SpaceLabs 90207. После периода отмены препаратов больным дважды проводилось СМАД, затем в течение 2-3 месяцев проводился курс терапии антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозах (амлодипином, дилтиаземом, метопрололом, бетаксололом, эналаприлом, моксонидином, лизиноприлом). До начала лечения больные заполняли психологический опросник СМОЛ (сокращенная версия «Minnesota Multiphase Personality Inventory»). В конце курса антигипертензивной терапии вновь проводилось СМАД и заполнялся опросник СМОЛ. Эффективность терапии количественно оценивалась как разность между показателями СМАД до и после лечения. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

Результаты:

Исходное среднее дневное систолическое АД (САД) больных, принимавших участие в исследовании составило $141,1 \pm 11,5$, диастолическое АД (ДАД) – $89,2 \pm 9,8$ (мм рт.ст.). Найдены следующие достоверные корреляционные связи (r) между величиной антигипертензивного эффекта и показателями, характеризующими психологический статус больных ($p < 0,05$): 1) отрицательные – с уровнем агрессивности, стремления к лидерству (показатели шкалы 6 – СМОЛ) (для суточного и ночного САД соответственно); 2) положительные – с уровнем оптимизма, жизненной активности (9 шкала СМОЛ) (для ночного ДАД). Таким образом, эффективность антигипертензивной терапии была взаимосвязана с показателями шкал 6 и 9 опросника СМОЛ (уровень агрессивности и уровень оптимизма, энергичности соответственно).

Заключение:

Исходя из сказанного выше, высокий уровень оптимизма, энергичности, жизнерадостности повышают вероятность того, что антигипертензивная терапия может стать эффективной, напротив высокие показатели, характеризующие уровень агрессивности уменьшают такую вероятность.

54. ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.

ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Изменение параметров жесткости сосудистой стенки нередко предшествует клинической манифестации АГ и является одной из причин острого инфаркта миокарда и инсульта. Цель: оценить влияние факторов риска (курение, ожирение, отягощенная наследственность, гиперхолестеринемия, ГХС) на показатели ригидности сосудистой стенки у нормотензивных пациентов.

Материал и методы:

Обследовано 48 нормотензивных пациентов (40 мужчин и 8 женщин) в возрасте 28-49 лет (средний возраст-33,1). Всем пациентам проводилось ЭХО-КС, оценка показателей липидного спектра, уровня глюкозы, суточное мониторирование АД (прибором ВРlab «МнСДП-3», ООО «Петр Телегин»). Оценивались следующие показатели: РТТ- Pulse Transit Time, dp/dt max- максимальная скорость нарастания АД, Arterial Stiffness Index (ASI), Augmentation index (Alx)

Результаты:

У курящих пациентов (n=28) по сравнению с некурящими (n=20) были достоверно выше показатели РТТ, составившие соответственно $154,1 \pm 0,3$ и $127,6 \pm 0,2$. Остальные показатели имели тенденцию к ухудшению в группе куривших, однако различия не достоверны ($p > 0,05$). В подгруппе пациентов с ожирением (ИМТ > 30) достоверно отличались показатели Alx, составившие $-53,6 \pm 0,2\%$ по сравнению с $69,7 \pm 0,3\%$ у пациентов без абдоминального ожирения. РТТ был выше у пациентов с ожирением $163,6 \pm 0,3$, чем у пациентов без ожирения $154,2 \pm 0,3$ (однако $p > 0,05$). Достоверных различий в оцениваемых показателях ригидности сосудистой стенки у пациентов с умеренной ГХС (средний ОХС $6,3 \pm 0,2$) и пациентов с отягощенной наследственностью по сравнению с пациентами без этих факторов риска выявлено не было.

Заключение:

У нормотензивных пациентов молодого и среднего возраста на показатели сосудистой жесткости оказывают влияние курение и абдоминальное ожирение. Отягощенная наследственность, умеренная гиперхолестеринемия достоверного влияния не оказывают.

55. ПАРАМЕТРЫ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК МАРКЕРЫ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Семке Г. В., Мордовин В. Ф., Афанасьева Н. Л.

НИИ кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Цель работы: изучить взаимосвязь биоэлектрической активности и структурных изменений головного мозга для определения возможных маркеров ранних признаков гипертонической энцефалопатии.

Материал и методы:

Обследовано 162 больных ГБ II стадии в возрасте от 28 до 56 лет. Магнитно-резонансная томография выполнялась на магнитно-резонансном томографе «Magnetom-OPEN» («Siemens AG», Германия). Топоселективное картирование мозга проводилось с использованием 16-канального электроэнцефалографа «Орион» (Венгрия) с последующей компьютерной обработкой данных. Анализировалась величина дельта, тета, альфа-ритмов (в микровольтах/Гц/1/2) С помощью кластерного анализа (K-means) определяли типы картограмм.

Результаты:

Была установлена связь между изменением спектральной мощности ритмов ЭЭГ и увеличением выраженности нарушений ликвородинамики и лейкоараиоза: снижение индекса альфа-ритма ($F=4,1$, $p=0,019$ и $F=2,7$; $p=0,048$) и повышение индекса медленной активности ($F=3,4$, $p=0,038$; $F=3,9$, $p=0,01$). Наибольшие изменения ритмов ЭЭГ по локализации совпадали с регионами мозга, в которых регистрировались более выраженные структурные изменения.

Заключение:

Изменения биоэлектрической активности значительной степени обусловлены наличием структурных изменений мозга и отражают стадийность морфологических проявлений гипертонической энцефалопатии. Увеличение индекса медленной активности и снижение индекса альфа-ритма у больных с артериальной гипертонией можно рассматривать в качестве маркеров нарушения ликвородинамики и перивентрикулярного лейкоареоза.

56. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Веселовская Н. Г., Чумакова Г. А., Козаренко А. А., Гриценко О. В.

НИИ КПССЗ СО РАМН МЕДУНИВЕРСИТЕТ, г. БАРНАУЛ,
НИИ КПССЗ СО РАМН, г. КЕМЕРОВО

Введение (цели/задачи):

Пациенты с метаболическим синдромом (МС) относятся к группе повышенного риска развития рестеноза в ранние сроки после стентирования. Основными факторами риска рестеноза у пациентов с МС являются инсулинорезистентность, нейрогуморальная активность белой жировой ткани (БЖТ), окислительный стресс и как следствие повышение активности провоспалительных цитокинов и протромботических цитокинов, индуцирующих атерогенез. Цель исследования: оценить роль провоспалительных цитокинов плазмы у пациентов с МС перед стентированием коронарных артерий как факторов риска развития рестенозов коронарных артерий.

Материал и методы:

В исследование было включено 56 мужчин с МС, средний возраст составил $56,94 \pm 0,97$ лет. Все пациенты имели стенокардию напряжения II-III ф кл, подтвержденную нагрузочными пробами. Всем пациентам по показаниям в плановом порядке было проведено стентирование 1 или 2 коронарных артерий стентами без лекарственного покрытия. До проведения стентирования помимо общеклинического обследования (антропометрия, оценка нарушений углеводного, липидного обмена), изучения гормональной активности БЖТ с определением уровня основных адипокинов плазмы (лептина, адипонектина, резистина), проводилось определение концентрации провоспалительных цитокинов плазмы (ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-6 методом иммуноферментного анализа). Через 9-12 мес проводилась контрольная коронароангиография (КАГ).

Результаты:

В результате исследования было выявлено, что повыше-

ние концентрации провоспалительных цитокинов ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-6 определялась у 33% мужчин с МС и ИБС (n=18). Средние показатели ФНО α в этой группе составили 42,36 \pm 6,71 пг/мл, средние показатели ИЛ-1 20,3 \pm 1,7 пг/мл, средние значения ИЛ-6 11,51 \pm 1,52 пг/мл. В течение 1 года наблюдения в данной группе пациентов с МС и высокой провоспалительной активностью плазмы крови (n=18) возобновление клиники стенокардии наблюдалось у 64% пациентов (n=11). При проведении контрольной КАГ рестеноз коронарных артерий в зоне стентирования был выявлен у 48% пациентов (n=8), у 3 пациентов возобновление клиники стенокардии было обусловлено стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий другой локализации. У 28% пациентов (n=15) с МС и референтными значениями всех трех изучаемых провоспалительных цитокинов плазмы на КАГ через 1 год потеря просвета стента была выявлена у 20% пациентов (n=3), что было достоверно меньше, чем в группе МС с высокой провоспалительной активностью плазмы (p<0,05).

Заключение:

Таким образом, повышение активности провоспалительных маркеров плазмы крови является дополнительным фактором риска рестеноза коронарных артерий у пациентов с МС. Перед плановым оперативным вмешательством на коронарных артериях необходимо формирование группы повышенного риска развития ранних осложнений с проведением комплекса мероприятий направленных на коррекцию данных факторов риска.

57. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНОТРОПНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Кулюцин А. В., Лукьянова М. В., Олейников В. Э.

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Изучить клиническое значение показателя хронотропной нагрузки (ХН) сердца у больных артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени.

Материал и методы:

Обследовали 97 больных АГ 1-2 степени (57 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 37 до 62 лет (средний возраст 49,8 \pm 3,6 лет). В исследование не включались пациенты с симптоматической гипертонией, застойной сердечной недостаточностью, острыми формами ИБС, нарушениями проводимости и автоматизма. АГ 1 степени диагностирована у 49 (51%), 2 степени - у 48 (49%) больных. После 10-дневного отмывочного периода выполняли суточное мониторирование ЭКГ с оценкой частотных характеристик ритма с помощью системы «Астрокард» (Россия), дополнительная опция которой позволяет рассчитать ХН - процент сердечных сокращений, превышающих вводимые пороговые значения в указанном временном интервале. Через 5 лет определяли частоту развития первичных конечных точек. Относительный риск (ОР) развития осложнений АГ рассчитан с использованием таблиц сопряженности и представлен в виде значения и границ 95% доверительного интервала (ДИ). Значения ХН (%) в виде медианы (Ме) и интерквартильного интервала (Q25%;Q75%).

Результаты:

Исходный уровень ХН у больных АГ 1 степени составил

66% (59; 71), 2 степени - 57% (51; 69), p=0,009. Значение ХН \geq 62% ассоциировано со статистически значимым увеличением частоты комбинированной конечной точки (гипертонический криз + госпитализация): ОР 2,7, 95% ДИ (2,3-3,2). По твердым конечным точкам (смерть, инфаркт миокарда, инсульт, развитие сердечной недостаточности) достоверного увеличения ОР не выявлено.

Заключение:

Больные АГ 1-2 степени отличаются по уровню ХН. Значение ХН \geq 62% ассоциировано с существенным увеличением риска развития гипертонических кризов, требующих госпитализации (ОР 2,7).

58. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Курбаков Н. Н., Прибылов С. А., Севрюкова А. В.

ГМУ Курская областная клиническая больница, Региональный сосудистый центр, ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Материал и методы:

Клинический случай: Больная Х. 83 лет поступила в блок интенсивной терапии отделения неотложной кардиологии РСЦ в 04:40 22.08.10, через 3 часа после развития болевого ангинозного приступа. Из анамнеза: артериальная гипертензия в течение 15 лет. В 2000 году выявлен сахарный диабет. На момент осмотра болевой синдром сохранялся, клиническая картина острой левожелудочковой недостаточности. На ЭКГ выявлена элевация сегмента ST в отведениях V1-V4. Клинический диагноз: ИБС: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка от 22.08.10. Killip III. Артериальная гипертензия 3 стадия, степень риска 4, гипертрофия миокарда левого желудочка. Сахарный диабет тяжелое течение, стадия субкомпенсации. В 5:15 проведена тромболитическая терапия препаратом метализе в суммарной дозе 8000 ЕД., с положительным электрокардиографическим эффектом, сопровождавшаяся развитием неустойчивой желудочковой тахикардии, без нарушений гемодинамики. В дальнейшем болевой ангинозный синдром не рецидивировал, однако нарастала левожелудочковая недостаточность, прогрессировал отек легких, при ЭхоКГ фракция выброса по Симсону 33%. Проводилась терапия: лазикс, морфин, верошпирон, плавикс, аспирин, инфузия гепарина, нитроглицерина. 23.08.10 отрицательная динамика в виде нарастания отека легких, развития кардиогенного шока, в связи, с чем в 10:00 начата инфузия левосимендана по схеме: 1,2 мкг/кг в течение 10 минут, затем 0,1 мкг/кг/мин в течение суток, на фоне введения дофамина в дозе 5 мкг/кг/мин., гепаринотерапии. В 14:00 гемодинамика стабилизировалось, прекращена вазопрессорная поддержка, положительная динамика отека легких. В дальнейшем отек легких не рецидивировал, гемодинамика стабильная, на момент выписки у пациентки хроническая сердечная недостаточность на уровне IIA(III ФК).

Заключение:

Применение левосимендана в комплексной терапии при

отеке легких на фоне острого инфаркта миокарда у пациентов пожилого возраста благоприятно влияет на течение и исход острой левожелудочковой недостаточности.

59. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Срождинова Н. З., Курбанов Р. Д., Нагай А. В.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ РСЦК, г. ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/задачи):

Изучить распространенность полиморфных маркеров генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (I/D полиморфизм гена ACE, A1166C полиморфизм гена AT1R, G1675A полиморфизм гена AT2R, C-344T полиморфизм гена CYP11B2) у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) узбекской национальности.

Материал и методы:

В исследование были включены 60 больных мужчин узбеков АГ с МС. МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2005. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom TM DNA Prep 200 (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak TM PCR Core (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). Для проведения ПЦР амплификации использовали GeneAmp® ПЦР система 9700 с золотым 96-ячеечным блоком (Applied Biosystems).

Результаты:

Распределение генотипов и аллелей изучаемых полиморфных маркеров исследуемых генов РААС характеризовалось следующим: Ген ACE: II генотип –29%, I/D генотип – 48,4%, DD генотип – 22,6 %, ($\chi^2 = 10,06; df=2; p=0,007$); I-аллель выявлен в 53,2%, D-аллель в 46,8% случаев ($\chi^2 = 0,5; df=1; p=0,48$). Ген AT1R: AA генотип –73,3%, AC генотип –25%, CC генотип – 1,7%, ($\chi^2 = 72,15; df=2; p=0,000$); A-аллель выявлен в 85,8%, C-аллель в 14,2% случаев ($\chi^2 = 100,8; df=1; p=0,000$). Ген AT2R (X-сцепленный): A-аллель выявлен в 55,6% случаев, G - в 44,4% случаев, ($\chi^2 = 0,92; df=1; p=0,33$). Ген CYP11B2: CC генотип - 19%, CT генотип – 49,2%, TT генотип –31,7% ($\chi^2 = 13,0; df=2; p=0,002$); C- аллель выявлен в 43,7%, T-аллель – 56,3% ($\chi^2 = 2,42; df=1; p=0,12$).

Заключение:

Распределение полиморфных маркеров генов РААС (ACE, AT1R, AT2R, CYP11B2) у мужчин АГ с МС узбекской национальности отличается значительным накоплением I/D-генотипа I/D полиморфного маркера гена ACE при отсутствии различий по частоте I и D аллелей; значительным накоплением AA-генотипа и A-аллеля A1166C полиморфного маркера гена AT1R; статистически незначимой тенденцией к увеличению распространенности A-аллеля по сравнению с G-аллелем G1675A полиморфного маркера гена AT2R; преобладанием CT-генотипа и T-аллеля C344T полиморфного маркера гена CYP11B2.

60. ПАРАМЕТРЫ ЭЛАСТИЧНОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1 СТЕПЕНИ, ИЗУЧЕННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ЭХО-ТРЕКИНГА

ЗАИРОВА А. Р., РОГОЗА А. Н., ОЩЕПКОВА Е. В.

ФГУ РКНПК Минздравсоцразвития

Введение (цели/задачи):

Изучить с применением технологии эхо-трекинга параметры эластичности общей сонной артерии (ОСА) и их взаимосвязь с уровнем артериального давления (АД) у молодых мужчин с артериальной гипертонией (АГ) 1 степени.

Материал и методы:

Обследовано 30 мужчин 20-40 лет, средний возраст $29,5 \pm 6,5$ лет, с АГ 1 степени (САД/ДАД = $144,5 \pm 15,4 / 85,4 \pm 8,8$ мм рт.ст.), с продолжительностью заболевания от 1 года до 20 лет, в среднем $6,1 \pm 4,9$ лет. Параметры эластичности (β - индекс жёсткости, Ер- модуль упругости, АС-растяжимость) изучались в дистальном отделе ОСА на расстоянии 2 см. от бифуркации с применением технологии эхо-трекинга на ультразвуковом аппарате «Aloka ProSound $\alpha 7$ ». Проводилось последовательно по 3 измерения правой и левой ОСА и рассчитывались средние показатели 10-12 циклов в каждом измерении. Статистический анализ проведён с использованием программы Statistica 6. Данные приведены в виде $M \pm SD$.

Результаты:

Получены следующие среднegrupповые значения: правая ОСА - $\beta = 6,3 \pm 2,8$; Ер = $95,9 \pm 38$ кПа; АС = $1,0 \pm 0,4$ мм²/кПа; левая ОСА - $\beta = 6,5 \pm 2,7$; Ер = $97,0 \pm 33$ кПа; АС = $0,97 \pm 0,2$ мм²/кПа. Не выявлено статистически достоверных отличий показателей правой и левой ОСА ($p > 0,3$). Среди показателей эластичности наиболее тесная взаимосвязь наблюдалась между β и Ер: $r = 0,94, p < 0,0001$. Все показатели высоко коррелировали с возрастом: для β $r = 0,65, p = 0,0001$; Ер $r = 0,59, p = 0,0007$; АС $r = -0,62, p = 0,0007$. С уровнем АД наиболее тесная взаимосвязь выявлена у показателя Ер: для САД ($r = 0,51, p = 0,004$), ДАД ($r = 0,64, p = 0,0001$). Этот же показатель лучше всех коррелировал с ЧСС ($r = 0,42, p = 0,02$) и диастолическим диаметром ОСА ($r = 0,57, p = 0,001$).

Заключение:

У молодых мужчин с АГ 1 степени не выявлено достоверных отличий показателей эластичности правой и левой общей сонной артерии. Показатели эластичности общей сонной артерии в большей степени взаимосвязаны с возрастом, чем с уровнем АД и ЧСС.

61. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

КУШНЕРЧУК О. В., МАТАЕВ С. И., ВАСИЛЬКОВА Т. Н.

Научный центр ПилП ТюмНЦ СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Сахарный диабет (СД) 2 типа в связи с большой распространенностью и неуклонной тенденцией к ее росту представляет собой серьезную медико-социальную проблему. В 60% случаев причиной смерти больных СД типа 2 являются кардиоваскулярные и в 10% цереброваскулярные расстройства. В связи с высоким риском развития

сердечно-сосудистых осложнений, приводящих к ранней инвалидизации и преждевременной смертности, СД типа 2 в недалеком будущем может стать главной проблемой здравоохранения во всех странах мира. Главными причинами смерти и преждевременной инвалидизации больных СД 2-го типа являются сердечно-сосудистые осложнения, что переводит проблему СД из разряда эндокринологической в кардиологическую. Цель: изучить распространенность факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом.

Материал и методы:

Ретроспективно было проанализировано 54 амбулаторные карты больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (23 мужчин и 31 женщины, средний возраст которых составил $57,3 \pm 1,3^*$ и $61,6 \pm 1,8$ лет соответственно).

Результаты:

При ретроспективном анализе амбулаторных карт выявлено, что у больных на момент дебюта сахарного диабета артериальная гипертензия встречалась у 22 женщин (70,9%) и у 19 мужчин (82,6%), ИБС у 5 женщин (16,1%) и у 3 мужчин (13,0%), ОНМК у одной пациентки (3,2%), уровень общего холестерина у женщин составил в среднем $6,0$ ммоль/л, в то время как у мужчин – $6,61$ ммоль/л с максимальными значениями $7,8$ и $8,2$ ммоль/л соответственно, что, безусловно, отягощало течение эндокринного заболевания. При этом уровень систолического артериального давления у женщин составил $146,8 \pm 9,8$ мм рт ст и $157,1 \pm 8,5$ мм рт ст, в то время как уровень диастолического артериального давления – $88,5 \pm 6,4$ мм рт ст и $99,2 \pm 7,1$ мм рт ст соответственно. Все пациенты имели ожирение, при чем средний вес женщин составил $89,6 \pm 3,7$ кг, у мужчин – $98,4 \pm 4,2$ кг.

Заключение:

Таким образом, анализируя представленные данные следует выделить следующие наиболее распространенные факторы сердечно-сосудистого риска среди больных СД: гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и избыточный вес, с более выраженными отклонениями от нормативных значений среди мужчин.

62. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ПРОТРОМБОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Козаренко А. А., Чумакова Г. А., Веселовская Н. Г.

НИИ КПССЗ СО РАМН АЛТАЙСКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ

Введение (цели/задачи):

Цель исследования - изучение распространенности протромбогенных аллельных полиморфизмов при коронарной болезни сердца (КБС).

Материал и методы:

В исследование было включено 115 пациентов (94 мужчин и 21 женщин) в возрасте от 33 до 70 лет со стенокардией напряжения III-IV функционального класса. Также обследовано 572 здоровых подростка. У всех больных было изучено носительство полиморфизмов ингибитора тканевого активатора плазминогена I типа- SERPINE1(-675 4G/5G), NCBI SNP- rs1799889; протромбина- F2 (20210G/A), NCBI SNP- rs1799963; фактора V Leiden- F5 (Arg506Gln), NCBI SNP- rs6025, и полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы-MTHFR (Ala222Val), NCBI SNP- rs1801133

Результаты:

Общая встречаемость данных полиморфизмов в группе больных с тяжелой стенокардией составила 87%, а в группе условно здоровых лиц – 28,8% (ОШ= 16,54; ДИ= 8,01-34,19), а сочетание 3 и более полиморфизмов встречалось у 13,9% больных и у 0% здоровых лиц. Наиболее часто у больных встречалось сочетание полиморфизмов MTHFR и SERPINE1. При сочетании трех изученных полиморфизмов клинический дебют КБС наступал в среднем на 7 лет раньше, чем у пациентов без этих полиморфизмов ($48,2 \pm 1,0$ против $55,2 \pm 1,2$ лет, $p=0,007$). Клиническая картина стенокардии у курящих мужчин с тремя протромбогенными полиморфизмами появлялись раньше в среднем на 9,4 лет, чем у мужчин без этих полиморфизмов ($56 \pm 1,1$ против $46,6 \pm 1,2$ лет, $p<0,000$). У больных с КБС ассоциированной с метаболическим синдромом возраст дебюта стенокардии при наличии трех полиморфизмов разных протромбогенных факторов был в среднем на 7,3 лет меньше, чем у больных с одним из изученных полиморфизмов ($48,3 \pm 1,2$ против $55,6 \pm 1,9$ лет; $p=0,014$).

Заключение:

Протромбогенные генетические полиморфизмы встречаются среди больных с КБС статистически достоверно чаще, чем в здоровой популяции, что необходимо учитывать при формировании популяционных программ профилактики атеросклероза.

63. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Опойцева М. Ю.

ГОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ

МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Актуальность: проблема повышения эффективности лечения и реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ) является одной из центральных в современной кардиологии и имеет огромное медико-социальное значение. Последние десятилетия характеризуются неблагоприятной динамикой показателей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности практически во всех странах мира, причем 90% всей сосудистой смертности приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) и ишемическую болезнь мозга. В свою очередь, самой неблагоприятной в отношении выживаемости и смертности группой являются лица, перенесшие ИМ. Дислипидемия отягощает прогноз и увеличивает вероятность развития инфаркта миокарда. Установлено, что повышение уровня холестерина на 1% увеличивает риск развития инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний на 2—3%. Доказано, что снижение уровня холестерина в сыворотке крови на 10% снижает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, и в том числе от инфаркта миокарда, на 15%, а при продолжительном лечении — на 25%. Цель работы: оценить распространенность дислипидемии среди пациентов, перенесших ИМ.

Материал и методы:

Под наблюдением была группа больных в количестве 40 человек, перенесших ИМ. Средний возраст пациентов составил $50,5 \pm 6,5$ лет. Из них 2 женщины и 38 мужчин. Диа-

гноз ИМ был верифицирован по наличию 2 из 3 признаков: ангинозного синдрома продолжительностью более 20 минут, наличию патологического зубца Q по данным ЭКГ, повышению уровня биомаркеров ИМ более чем в 2 раза в сравнении с верхней границей нормы. Всем пациентам определяли липидный спектр, проводили клиническое обследование.

Результаты:

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у 28 (70%) обследованных был обнаружен повышенный уровень общего холестерина, среднее значение которого у больных с ИМ составило 6,2 ммоль/л. При этом уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) был понижен у 18 пациентов (45%), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) повышен у 24 пациентов (60%), триглицериды повышены у 12 пациентов (30%), индекс атерогенности повышен у 16 пациентов (40%).

Заключение:

Дислипидемия у больных, перенесших ИМ, исходно встречается у 70% пациентов, гиполипидемическую терапию изначально получают 14%. Полученные данные обосновывают целесообразность усиления контроля гиполипидемической терапии на амбулаторном этапе.

64. РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Волкова С. Ю., Гурина А. Ю.

ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава РФ,
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Введение (цели/задачи):

Цель: оценить характеристику больных с резистентной артериальной гипертонией (АГ) в клинической практике.

Материал и методы:

В исследование включено 42 пациента с резистентной АГ (43% мужчин, средний возраст в группе 57 года и 57% женщин, средний возраст 59 лет) обследованных в отделениях кардиологии №1 и №2 Тюменской областной клинической больницы.

Результаты:

У 4 пациентов (9,5%) резистентность АГ обусловлена её вторичным характером (патология паренхимы и сосудов почек, неспецифический аорто-артериит, эндокринная патология). У 38 больных (90,5%) расшифровать происхождение резистентной АГ достоверно не удалось. Данная категория пациентов имеет сопутствующие факторы риска, такие как метаболическим синдромом (63,2%), сахарный диабет (31,5%), синдром обструктивного апноэ во время сна (68,4%), курение (47,4%), наследственная отягощённость по артериальной гипертензии (39,5%). Основные препараты, используемые во время исследования, представлены следующими классами: тиазидные диуретики (92,1%), ингибиторы АПФ (50%), блокаторы рецепторов ангиотензина II (47,4%), В-адреноблокаторы (84,2 %), дигидроперидиновые антагонисты кальция (81,6 %), агонисты имидазолиновых рецепторов (34,2 %). Однако в рекомендуемых (максимальных) дозах препараты были задействованы не во всех случаях: ингибиторы АПФ (68%), блокаторы рецепторов ангиотензина II (56%), дигидроперидиновый антагонист кальция (71 %), агони-

сты имидазолиновых рецепторов (77 %). Рациональной (по мнению ВНОК) АГТ, которая представляла собой три АГП, удалось достичь лишь в 13% случаев. С гипотензивной целью наиболее часто (76,3%) использовалась комбинация 4-5-ти препаратов, а с учетом необходимости коррекции сопутствующих патологических состояний количество одновременно принимаемых препаратов возросло от 6-ти до 9-ти. Многократный прием нескольких препаратов и наличие сопутствующих факторов риска в данной группе пациентов, несомненно, снижал приверженность к лечению.

Заключение:

Подавляющее большинство пациентов с резистентной артериальной гипертонией имело потенциально устранимые причины её развития. В рекомендуемых (максимальных) дозах препараты были задействованы не во всех случаях. Таким образом необходимо подбирать гипотензивную терапию больным с резистентной АГ в рамках рациональных комбинаций из 3-х препаратов, достигая максимальных доз и лишь потом переходить к терапии 4-мя и более гипотензивными средствами

65. СРАВНЕНИЕ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА С ДИУРЕТИКАМИ

Канорский С. Г., Устенко Ю. К.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Новороссийск

Введение (цели/задачи):

Цель исследования – сравнить эффективность и безопасность низко- и полноразовых фиксированных комбинаций эналаприла с гидрохлортиазидом и периндоприла с индапамидом.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 240 больных (109 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 51 до 64 лет (средний возраст $58,9 \pm 2,8$ года) с гипертонической болезнью II стадии, 1-2 степеней, не достигавших целевого артериального давления (АД) при предшествующей монотерапии, либо у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) 1 степени. При АГ 1 степени рекомендовали низкодозовые комбинации энап НЛ (n=59) или нолипрел (n=59), 2 степени – полноразовые комбинации энап Н (n=61) или нолипрел форте (n=61). Обследование выполнялось до и в конце 6-месячной терапии, включало антропометрию, офисное измерение АД, ЭКГ в 12 отведениях, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма, трансторакальную эхокардиографию и доплерографию трансмитрального кровотока, общий и биохимический анализы крови (глюкоза, общий холестерин, липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, калий).

Результаты:

Сравнивавшиеся группы не различались по ряду демографических и антропометрических показателей, степени тяжести и длительности анамнеза АГ. По данным офисного измерения АД антигипертензивное действие сравнивавшихся пар препаратов существенно не различалось. В ходе лечения энапом НЛ и энапом Н существенных из-

менений суточного профиля АД и существенного антигипертензивного действия препаратов в ночные часы не наблюдалось. Среди больных, получавших нолипрел или нолипрел форте обследованных с нормальным профилем АД (дипперов) существенно увеличивалась, достигая 89,8% и 91,1%. Коэффициент отношения остаточного антигипертензивного эффекта к максимальному составлял для энапа НЛ и нолипрела 65,8±5,2% и 88,5±4,4% ($p<0,05$), для энапа Н и нолипрела форте 66,3±5,3% и 89,0±5,8% ($p<0,05$) соответственно. Во всех группах ключевой показатель вариабельности сердечного ритма SDNN имел тенденцию к увеличению, а в группе лечения нолипрелом форте повышался статистически значимо. Через 6 месяцев терапии энапом НЛ отмечалась тенденция к увеличению фракции выброса левого желудочка (ЛЖ), тогда как нолипрел, энап Н и нолипрел форте достоверно увеличивали этот показатель (на 5,9%, 21,1% и 16,2% соответственно). Индекс массы миокарда ЛЖ достоверно не изменялся при приеме энапа НЛ, но статистически значимо снижался при лечении нолипрелом, энапом Н и нолипрелом форте (на 8,8%, 7,9% и 16,0% соответственно). Показатели диастолической функции ЛЖ значительно улучшались при терапии нолипрелом и нолипрелом форте. Все препараты несущественно изменяли параметры липидного и углеводного обмена. Только в группах лечения энапом НЛ и энапом Н (в 7,3% и 23,3% случаев соответственно) развивалась гипокалиемия (менее 3,5 ммоль/л), что ассоциировалось с регистрацией сложных форм желудочковой эктопической активности, групповой наджелудочковой экстрасистолии, а также эпизодов фибрилляции предсердий.

Заключение:

Таким образом, применение популярных комбинаций эналаприла с гидрохлортиазидом в виде энапа Н или энапа НЛ один раз в сутки не устраняет опасный утренний подъем АД, может способствовать развитию сложных форм желудочковых аритмий. Этих недостатков лишены комбинации периндоприла с индапамидом, отличающиеся хорошей переносимостью, высокой эффективностью и безопасностью лечения.

66. СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Корнеева О. Н., Драпкина О. М., Корнеев Н. В.

Первый МГМУ имени Сеченова, ГВКГ им.Н.Н. Бурденко

Введение (цели/задачи):

Цель исследования: выявить особенности артериальной гипертензии (АГ) при абдоминальном ожирении (АО) по данным суточного мониторирования АД (СМАД)

Материал и методы:

В исследование включено 60 пациентов с АО от 21 до 65 лет (36 муж, 24 жен). ОТ(жен)=108,8±10,1 см, ОТ(муж)=113,9±10,9 см; ИМТ - 33,4±4,9 кг/м²; инсулинорезистентность (ИР) по методу НОМА=5,82±3,64. 88,3 % больных (n=53) АО имели АГ. Группу контроля составили 20 больных с АГ без АО. Обследование включало физикальный осмотр, биохимический анализ крови, инсулин крови, ЭКГ, ЭХОКГ, СМАД.

Результаты:

СМАД позволило выявить определенные особенностями

АГ при АО: систолидиастолическая АГ днем; систолическая АГ ночью; повышение индексов гипертонической нагрузки (индекс времени) в дневные и ночные часы по САД и ДАД; повышение пульсового АД (ПАД), для всех показателей $p<0,028$. Среди пациентов с АГ и АО преобладали нон-дипперы, в то время как в группе контроля преобладали дипперы, $p=0,0001$. Недостаточное снижение АД в ночные часы регистрировалось не только у больных АО с АГ, но и у больных АО без АГ (58% пациентов с АО - нон-дипперы). Показатели вариабельности АД в группе МС с АГ и в группе контроля не превышали нормы, однако вариабельность С и ДАД днем группе АО с АГ была выше, чем в группе контроля, $p=0,0001$.

Заключение:

Особенности АГ у больных с АО при СМАД определяются патогенетическими связями АО, ИР и АГ и обусловлены наличием: систолидиастолического характера АГ днем; систолической АГ ночью с повышением индексов гипертонической нагрузки днем и ночью, пульсового АД; нарушением суточного профиля АД с недостаточным снижением АД ночью не только у больных АО с АГ, но и у больных АО без АГ. Данные СМАД подтверждают высокий риск сердечно-сосудистых осложнений у больных АО с АГ в сравнении с лицами с АГ без АО.

67. СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО КРОВОТОКА В ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мельникова Л. В., Бартош Л. Ф., Гречишкина О. А.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ГБ№3, г.Пенза

Введение (цели/задачи):

Актуальность: состояние сосудов при артериальной гипертензии в настоящее время привлекает все больший интерес с точки зрения перспективности лечебных воздействий и профилактики сосудистых катастроф. Известно, что сосуды обладают механочувствительностью эндотелия, то есть способностью изменять диаметр просвета в зависимости от сдвигового напряжения, которое зависит от скорости кровотока. Состояние внутрисосудистого кровотока у больных артериальной гипертензией при лечении фозиноприлом малоизученно.

Материал и методы:

В исследование было включено 40 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией I-II стадии (17 мужчин, 23 женщины в возрасте от 27 до 64 лет, средний возраст 48,1±14,8 лет). Проводилось дуплексное сканирование общих сонных артерий на аппарате Vivid 7 Dimension. Анализировались: внутрисосудистый диаметр общей сонной артерии, пиковые систолические скорости пристеночного и центрального потоков в общих сонных артериях и их соотношение – индекс замедления пристеночного кровотока (ИЗПК).

Результаты:

Через полгода лечения фозиноприлом наблюдалось достоверное уменьшение диаметра общих сонных артерий с 6,0±0,4 мм до 5,7±0,5 мм ($p=0,004$). Изучение скоростных показателей внутрисосудистого кровотока в пристеночных (с 90,9±21,3 до 92,3±19,6 см/с, $p=0,76$) и центральных слоях (с 110,5±24,2 до 102,8±26,4 см/с, $p=0,17$) не показало достоверных различий до и после лечения. Значительно

менялось соотношение скоростей пристеночного и центрального кровотока ИЗПК) Перед лечением данный показатель в исследуемой группе составил $0,82 \pm 0,07$, а через 27 недель его величина выросла до $0,89 \pm 0,05$, $p=0,0001$.

Заключение:

На фоне лечения больных артериальной гипертензией фозиноприлом наблюдается уменьшение соотношения скоростей пристеночного и центрального потоков в общих сонных артериях, что свидетельствует о более однородном, ламинарном течении по сравнению с исходом.

68. СРАВНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГБ И В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ НОЧНОГО АПНОЕ/ГИПОПНОЕ

Рипп Т. М., Заповодников С. К., Мордовин В. Ф.

УНИИ Кардиологии СО РАМН

Материал и методы:

Все участники дали информированное согласие. Исследование выполнено у 30 здоровых добровольцев (1гр.), у 32 пациентов с ГБ II стадии (2гр.) и 18 пациентов с ГБ + СО-АГС средней степени тяжести (3гр.) (30-60лет) без признаков неврологического дефицита. Проводились: суточный мониторинг АД (СМАД), УЗИ сонной артерии (СА), жесткость артерий (CAVI-сердечно-лодыжечный васкулярный индекс), оценка ЦВР заключалась ТКД-ом исследовании показателей кровотока в средней мозговой артерии (СМА) в покое, на фоне гиперкапнического (ГК) и гипероксического (ГО) нагрузочных тестов. Рассчитывались коэффициенты и индексы изменения (КИ и ИИ) скорости кровотока (С) в СМА, предлагаемых для оценки ЦВР: $KIC = V2/V0$, $ИИС = (V2 - V0)/T$ и новый параметр, нормализованный к АД ауторегуляторный ответ, $НАО = (V2 - V0)/(V0 * (АД2 - АД0))$, где V - линейная С кровотока (ЛСК) в СМА, T - время ингаляции, 0 - исходные параметры, 2 - через 2 мин ингаляции.

Результаты:

Пациенты 3 и 2гр имели устойчивое повышение АДср. сут. $144 \pm 19/88 \pm 10,6$ и $142 \pm 19/82 \pm 14$ мм рт.ст.; 1гр - $124 \pm 8/72 \pm 6$ мм рт.ст. Обнаружено, что у больных 2й и 3й гр. отмечались более высокие показатели ЛСК по СА ($35,4 \pm 3,6$ и $45,4 \pm 16,1$ см/с) в сравнении с пациентами группы контроля ($31,5 \pm 2,9$ см/с $p < 0,05$), тогда как показатели С в СМА исходно не различались. У пациентов, 2й и 3й гр, наблюдалось значимое различие параметров ЦВР по сравнению с 1гр: $KIC_{O2} = 1,03 \pm 0,12$ и $0,82 \pm 0,07$ и $0,82 \pm 0,21$ $p < 0,00$, $KIC_{CO2} = 1,63 \pm 0,42$ и $1,34 \pm 0,33$ и $1,21 \pm 0,18$ $p < 0,01$; $ИИС_{O2} = -0,12 \pm 0,05$ и $0,01 \pm 0,07$ и $-0,02 \pm 0,02$ $p < 0,01$; $ИИС_{CO2} = -0,22 \pm 0,63$ и $0,49 \pm 0,19$ и $-0,15 \pm 0,06$ $p < 0,03$; $НАО_{CO2} = 10,21 \pm 3,78$ и $4,98 \pm 2,33$ и $3,15 \pm 2,51$ $p < 0,02$. У пациентов 3 и гр. было выделено 2 типа нарушений ответных реакций: извращение ГО 3,2% и повышение ГК 64,5%; 2гр. - три типа: снижение или извращение ГО -8,3% и 1,02% и снижение ГК реакций 22,9% в сравнении с 1гр -19,7% и 50,0% соответственно.

Заключение:

Выявлены изменения циркуляторно-метаболического обеспечения деятельности головного мозга у пациентов с ГБ и ГБ+СОАГС: увеличение ЛСК по сонным артериям, уменьшение силы, скорости и изменение направленности реакций ауторегуляции артерий ГМ, выявлены по-

тенциально опасные типы нарушений реакций ЦВР и повышение жесткости периферических артерий больше в гр.пациентов ГБ+СОАГС, что может обуславливать более раннее развитие ССО у данной гр.

69. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФОЗИНОПРИЛОМ

Мельникова Л. В., Бартош Л. Ф., Гречишкина О. А.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздравица, г.Пенза

Введение (цели/задачи):

Актуальность изучения структурно-функциональных изменений сосудов при артериальной гипертензии обусловлена высоким уровнем сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, вызванной поражением органов-мишеней. Сведения о ремоделировании плечевых артерий при лечении фозиноприлом на настоящий момент недостаточны.

Материал и методы:

В исследование было включено 40 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией I-II стадии (17 мужчин, 23 женщины в возрасте от 27 до 64 лет, средний возраст $48,1 \pm 14,8$ лет). Проводилось дуплексное сканирование плечевых артерий на аппарате Vivid 7 Dimension. Анализировались: внутрисосудный диаметр плечевой артерии (D ПА), толщина комплекса интима-медиа плечевой артерии (ТИМ ПА), рассчитывалось соотношение стенка-просвет по формуле: $ОТС\ ПА = ТИМ\ ПА / D\ ПА$. Исследование проводилось до начала лечения и через полгода терапии фозиноприлом 10 мг/сут.

Результаты:

На фоне лечения фозиноприлом в исследуемой группе не наблюдалось достоверного изменения внутрисосудного диаметра плечевых артерий. Исходное значение D ПА составило $3,6 \pm 0,5$ мм, а через полгода $3,7 \pm 0,6$ мм. ТИМ ПА существенно уменьшилась с $0,42 \pm 0,06$ мм до $0,37 \pm 0,08$ мм ($p = 0,006$). Вместе с этим прослеживалось снижение ОТС ПА от $0,12 \pm 0,01$ до $0,10 \pm 0,03$ ($p = 0,0006$).

Заключение:

Лечение больных артериальной гипертензией фозиноприлом в течение полугода способно повлиять на ремоделирование плечевых артерий.

70. УРОВЕНЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ, НА ФОНЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Васильева И. Н., Гамзатова З. А., Петров И. М.

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Росздравица

Введение (цели/задачи):

Оценить влияние немедикаментозного лечения в течение трех месяцев на профиль маркеров системного воспаления у больных с преддиабетом, проживающих на Крайнем Севере.

Материал и методы:

Группу немедикаментозной коррекции составили 80 боль-

ных метаболическим синдромом - ожирение, артериальная гипертензия и дислипидемия (МС), из которых у 40 пациентов не было отмечено нарушений углеводного обмена (НУО) и 40 пациентов с НУО, из которых у 20 зафиксировано сочетание МС с нарушенной гликемией натощак (НГН) и у 20 сочетание МС с нарушенной толерантностью к углеводам (НТГ). Кроме рекомендованных немедикаментозных мероприятий, пациенты получали антигипертензивную терапию, включающую лизиноприл по 5 мг/сут. и индапамид 2,5мг/сут.

Результаты:

Через 3 месяца коррекции во всех группах исследования отмечено снижение массы тела, у пациентов с МС без НУО в среднем 5,9% от исходного уровня, в группе больных МС в сочетании с НУО на 4,9%. Значимых различий по частоте достижения целевой массы тела между группами больных МС с НУО и без НУО проживающих в условиях Крайнего Севера получено не было. У больных с МС и НГН было отмечено достоверное снижение гликемии натощак, как у больных достигших целевого снижения МТ, так и у больных, снижение веса которых было менее 10%. При анализе профиля маркеров системного воспаления после 3 месяцев немедикаментозных мероприятий установлено, что у больных с МС достоверно снизилась концентрация С-реактивного белка, ингибитора активатора плазминогена-1, фактора некроза опухолей- α и фибриногена, при динамике массы тела на 10% и более, независимо от наличия НУО. У пациентов с менее значимым снижением массы тела достоверно уменьшился только уровень С-реактивного белка, ингибитора активатора плазминогена-1.

Заключение:

Учитывая исходно высокие значения практически всех анализируемых показателей, данные изменения у больных с МС и НУО могут иметь большое значение в тенденции к нормализации метаболических нарушений, снижая тем самым риск диабета. Это демонстрирует единый характер метаболических нарушений, формирующихся на ранних этапах НУО и дополнительно подтверждает необходимость более раннего начала лечебных мероприятий и обучения при МС.

71. ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кудрявцева О. В., Авчухова Л. С., Грицык А. В.

Окружной кардиологический диспансер

Введение (цели/задачи):

В связи с широкой распространенностью артериальной гипертензии (АГ) и её осложнений представляется чрезвычайно актуальным разработать индивидуальную программу медикаментозного и немедикаментозного лечения этого заболевания и успешно реализовать её в рамках партнерских отношений с пациентами. Для укрепления сотрудничества между врачом и пациентом созданы Школы здоровья, призванные повысить образовательный уровень пациентов с АГ и сформировать у них активную мотивацию к лечению и профилактике сердечно-сосудистых осложнений. В 2004 году на базе Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии организована и регулярно работает

Школа для больных с артериальной гипертензией (ШАГ). Цель. Оценить эффективность работы ШАГ по критерию итоговой информированности пациентов об АГ и ее факторах риска.

Материал и методы:

За весь период функционирования ШАГ в ОКД «ЦД и ССХ» прошли обучение 1347 человек. В 2010 году обучено 203 человека. Группы слушателей ШАГ формировались непосредственно на амбулаторных приемах и из числа больных кардиохирургического отделения. Ограничений по полу, возрасту, выраженности АГ, степени сердечно-сосудистого риска, наличию сопутствующей патологии не было. Метод изложения материала – лекция-беседа. Занятия проводил врач-кардиолог. До начала занятий и после цикла ШАГ слушателям предлагали заполнять анкеты, выявляющие их осведомленность в основных вопросах, касающихся проблемы АГ, её факторов риска и профилактики осложнений.

Результаты:

По завершении занятий в ШАГ отмечено увеличение на 43,0% числа пациентов, ориентирующихся в критериях нормального и повышенного АД, на 67,0% уменьшилось число пациентов, оперирующих понятием «рабочее АД». Кроме того, в два раза увеличилось число лиц с АГ, убежденных в необходимости постоянного приема гипотензивных препаратов, целесообразности регулярного измерения АД и осведомленных о мерах, которые необходимо предпринимать при гипертоническом кризе. Среди слушателей ШАГ на 77,0% увеличилось число пациентов, обративших внимание на характер своего питания.

Заключение:

Результаты работы ШАГ свидетельствуют о ее высокой эффективности, поэтому ШАГ необходимо рассматривать как существенный практический вклад в работу по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

72. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мордовин В. Ф., Бродская А. А., Афанасьева Н. Л.

НИИ кардиологии СО РАМН

Введение (цели/задачи):

Артериальная гипертензия потенцирует увеличение частоты рестенозов у больных, подвергшихся аортокоронарному шунтированию (АКШ) при наличии сопутствующей гипертонической болезни (ГБ). Однако у больных ГБ с коронарным атеросклерозом, перенесших АКШ, систематизированные исследования, посвященные изучению эффективности гипотензивных препаратов, не проводились. В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение гипотензивной эффективности бета-адреноблокаторов и блокаторов АТ₁-рецепторов у больных ГБ, перенесших АКШ.

Материал и методы:

Включено 48 больных с ИБС и ГБ, перенесших АКШ (40 мужчин, 8 женщин), средний возраст 52,2±9,2 лет. Всем пациентам исходно и через 6 месяцев постоянной контролируемой гипотензивной терапии было выполнено

клинико-лабораторное обследование, СМАД, нагрузочные велоэргометрические тесты. Бета-адреноблокатор метопролола сукцинат (Беталок-Зок, Astra Zeneka, Швеция) в дозе 100-150 мг был назначен после исходного обследования пациентов в индивидуально подобранной дозе. Пациентам, не достигшим целевого уровня АД через 3 месяца от начала терапии метопрололом, дополнительно назначался ирбесартан (Апровель, Sanofi Aventis, Франция).

Результаты:

По результатам СМАД на фоне терапии метопрололом через 3 месяца терапии наблюдалось статистически значимое снижение среднедневного САД ($147,7 \pm 12,1$ и $136,9 \pm 10,8$ мм рт.ст.; $p=0,000$), средненочного САД ($137,4 \pm 17,0$ и $123,0 \pm 12,2$ мм рт.ст.; $p=0,000$) и ДАД ($76,3 \pm 8,3$ и $70,9 \pm 6,9$ мм рт.ст.; $p=0,027$), а также временных индексов САД днем ($63,5 \pm 20,9$ и $45,0 \pm 21,5\%$; $p=0,000$) и ночью ($77,3 \pm 28,7$ и $55,2 \pm 29,5\%$; $p=0,007$). У пациентов, не достигших целевого уровня АД через 3 месяца приема метопролола, с добавлением ирбесартана спустя еще 3 месяца лечения достигнута нормализация уровня АД (среднесуточное САД $135,9 \pm 8,3$ и $128,8 \pm 6,8$ мм рт.ст.; $p=0,001$; средненочное САД $128,3 \pm 11,4$ и $119,1 \pm 7,2$ мм рт.ст.; $p=0,002$). Через 3 месяца гипотензивной терапии у пациентов, достигших целевого уровня АД, отмечалась выраженная положительная динамика со стороны показателей ВЭМ-пробы: статистически значимо ниже были показатели АД в покое (САД $131,5 \pm 6,1$ и $151,1 \pm 5,2$ мм рт.ст.; $p=0,000$; ДАД $73,6 \pm 5,5$ и $80,6 \pm 5,3$ мм рт.ст.; $p=0,001$) и на пике пробы (САД $154,6 \pm 10,8$ и $175,1 \pm 6,5$ мм рт.ст.; $p=0,001$; ДАД $85,6 \pm 4,0$ и $91,1 \pm 4,9$ мм рт.ст.; $p=0,004$), а также выше ТФН по сравнению с пациентами, не достигшими целевого уровня АД через 3 месяца лечения ($100 \pm 9,6$ и $75 \pm 6,2$ Вт; $p=0,001$). На фоне длительного контролируемого лечения отмечалось улучшение со стороны суточного профиля АД, увеличился до нормальных значений СИ САД ($5,8 \pm 10,5$ и $10,2 \pm 7,1\%$; $p=0,024$) и ДАД ($10 \pm 10,2$ и $14,6 \pm 7,7\%$; $p=0,036$). Под влиянием терапии статистически значимо уменьшилось количество найт-пикеров (29 и 5,5%; $p=0,000$) и увеличилось количество дипперов (23 и 57%; $p=0,001$).

Заключение:

У пациентов ИБС, ассоциированной с ГБ, после АКШ при эффективном контроле АД, отмечается увеличение толерантности к физической нагрузке. На фоне эффективного контроля АД отмечается нормализация суточного профиля АД.

73. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОБЛЮДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Опойцева М. Ю.

ГОУ ВПО ТЮМЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/задачи):

Актуальность: сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из важных причин инвалидизации и смертности населения в большинстве развитых стран мира. Вместе с тем, возможности первичной и вторичной профилактики в этой области весьма высоки. Достижения

доказательной медицины в последние годы обеспечили существенный прогресс в научно обоснованных подходах к предупреждению сердечно-сосудистой патологии. Необходимым условием вторичной профилактики является соблюдение врачебных рекомендаций по коррекции основных модифицируемых факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) и приверженность пациентов к соблюдению медикаментозной терапии. Целью настоящего исследования является: оценка эффективности коррекции модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и соблюдения медикаментозной у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы:

Нами было обследовано 60 пациентов, перенесших ИМ; из них 86,7% мужчин, 13,3% женщин в возрасте $50,5 \pm 6,5$ лет. У всех пациентов была оценена распространенность основных факторов риска ИБС и их приверженность к приему основных групп препаратов. Оценка эффективности коррекции основных модифицируемых факторов риска ИБС и приверженность к медикаментозной терапии была проведена повторно через 6 месяцев.

Результаты:

Из числа первично обследованных пациентов курили 64%, причем большинство пациентов (72,4%) имели длительный стаж курения – более 20 лет. Дислипидемия выявлена у 84% пациентов, в 62,7% случаев имела место гиперхолестеринемия (ОХ более 4,5 ммоль/л), лишь в 11,2% случаев выявлен целевой уровень липопротеидов низкой плотности ниже 2,0 ммоль/л. Нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 11,6%, артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 83,3%, избыточная масса тела – 53,7% обследованных. иАПФ, АРА принимали – 61,3%, нитраты длительного действия – 51,6%, антиагреганты – 50%, БАБ – 46,8%, диуретики – 28,7%, антагонисты кальция – 25%, статины 20% пациентов. По истечении 6 месяцев продолжали курить 46,6% обследованных пациентов. Гиперхолестеринемия встречалась в 75% случаев, избыточная масса тела – у 51,6%, нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 8,3% пациентов, эффективно контролировали и поддерживали на должном уровне артериальное давление – 80% обследованных. Процент больных, принимающих иАПФ, АРА и статины повысился до 81,3% и 51,6% соответственно. Антиагреганты стали принимать 95% больных, БАБ – 73,3%, нитраты длительного действия – 40%, антагонисты кальция – 35% и диуретики – 30% пациентов.

Заключение:

Результаты проведенного исследования демонстрируют низкую приверженность пациентов к рекомендациям по кардиопротективному образу жизни. Такие модифицируемые факторы риска, как курение, избыточная масса тела – не скорректированы у большинства пациентов. Однако прослеживается положительная тенденция по контролю уровня АД и гликемии среди пациентов в течение амбулаторного наблюдения и реабилитации после перенесенного ИМ. Медикаментозная терапия, направленная на профилактику сердечно-сосудистых катастроф используется в недостаточном объеме. Все это обуславливает необходимость значительной активации усилий по внедрению существующих практических рекомендаций по профилактике ИБС в клиническую практику, интенсификации мер по первичной и вторичной профилактике ССЗ.

74. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОЗАРТАНА, КОМБИНАЦИИ ЛОЗАРТАНА И АМЛОДИПИНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

БАЗАЕВА Е. В., Мордвинова Е. В., Рогоза А. Н., Лукьянов М. М., Бойцов С. А.

Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова

Введение (цели/задачи):

Оценить эффективность и безопасность лозартана, комбинации лозартана и амлодипина в терапии артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 100 больных с АГ I-II степени (возраст $62 \pm 8,9$ лет). Проводилась терапия лозартаном (Лориста, KRKA) в дозе 50-100 мг/сутки. При недостижении целевого АД через 10 недель терапии лозартаном дополнительно назначался амлодипин (Тенокс, KRKA) в дозе 5-10 мг/сутки. Уровень артериального давления (АД) оценивался при офисном измерении и по результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Жесткость артерий (скорость распространения пульсовой волны, СРПВ) оценивалась методом объемной сфигмографии.

Результаты:

Исходно уровень систолического АД составил $161,9 \pm 9,8$ мм рт.ст.; диастолического АД - $101,8 \pm 8,6$ мм рт.ст. Через 10 недель монотерапии лозартаном отмечено снижение уровня САД до $141,7 \pm 4,1$ мм рт.ст. и уровня ДАД до $94,8 \pm 3,8$

мм рт.ст. ($p < 0,001$). Целевой уровень АД был достигнут у 52 обследуемых (52%). При продолжении монотерапии лозартаном у этих пациентов в течение последующих 16 недель во всех случаях сохранялся целевой уровень АД. У 48 больных с недостижимым целевым уровнем АД комбинированная терапия лозартаном и амлодипином приводила к достоверному снижению САД со $148,3 \pm 5,2$ мм рт.ст. до $131,2 \pm 3,5$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и уровня ДАД с $93,4 \pm 6,2$ мм рт.ст. до $78,4 \pm 5,7$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Целевой уровень АД на фоне комбинированной терапии был достигнут у 82% пациентов. На фоне 10 недель терапии лозартаном отмечено снижение СРПВ с $16,8 \pm 2,3$ м/с до $15,7 \pm 1,7$ м/с ($p < 0,001$). В 1 подгруппе СРПВ снижалась с $15,2 \pm 1,8$ м/с до $14,8 \pm 2,1$ м/с ($p < 0,001$), во второй подгруппе с $15,4 \pm 1,7$ м/с до $13,9 \pm 1,3$ м/с ($p < 0,001$). Побочных клинических эффектов терапии: артериальной гипотонии, аллергических реакций, повышенного уровня креатинина и калия в крови отмечено не было.

Заключение:

У больных с АГ 1-2 степени терапия лозартаном в течение 10 недель приводила к достижению целевого уровня АД в 52% случаев, а также к снижению СРПВ. Продолжение монотерапии лозартаном у больных позволяло поддерживать его в течение 26 недель наблюдения. Терапия комбинацией лозартана и амлодипина назначенная при недостаточной эффективности лозартана приводила к достижению целевого АД у 82% больных, а также дополнительному снижению СРПВ.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

- А**
- АББАСОВА Г. Т.8
 АБДУЛЛАЕВА Г. Ж.17
 АБДУЛЛАЕВ Ш. С.15
 АВЧУХОВА Л. С.40
 АЛАЙЦЕВА С. В.12
 АНДРЕЕВА Г. Ф.32
 АСКАРОВ А. Р.7
 АФАНАСЬЕВА Н. Л. 16, 24, 25, 33,40
- Б**
- БАБАЕВА А. Р.12
 БАГИРОВ Р. Н.11, 19
 БАЗАЕВА Е. В.42
 БАРАБАШ Л. В.9
 БАРТОШ Л. Ф.38, 39
 БАСТРАКОВА С. Б.30
 БИСТЕРФЕЛЬД О. А.7
 БОЙЦОВ С. А.28, 30, 42
 БОКСЛЕР М. И.14
 БОРИСОВА Н. А.20
 БОРОНОВА В. Б.23
 БРОДСКАЯ А. А.16, 40
 БУЛЫЧЕВ Г.И.27
- В**
- ВАСИЛЬЕВА И. Н.22, 39
 ВАСИЛЬКОВА Т. Н.25, 29, 35
 ВЕСЕЛОВСКАЯ Н. Г. . 10, 14, 33, 36
 ВОЕВОДА М. И.11
 ВОЛКОВА С. Ю.37
- Г**
- ГАЛИМСКАЯ В. А.20
 ГАМЗАТОВА З. А.22, 39
 ГОНЧАРОВА Е. Ю.7, 21
 ГОНЧАРОВА М. В.11, 19
 ГОРБУНОВ В. М.32
 ГРЕЧИШКИНА О. А.38, 39
 ГРИЦЕНКО О. В.10, 33
 ГРИЦЫК А. В.31, 40
 ГРОМНАЦКИЙ Н. И.27
 ГУРИНА А. Ю.37
 ГУСАКОВСКАЯ Л. И.19, 32
- Д**
- ДАВЫДОВ С. И.12, 14
 ДЕЕВ А. Д.32
 ДЗИЗИНСКИЙ А. А.23
 ДИЗЕР С. А.9, 20
 ДИДИГОВА Р. Т.26
 ДИШ А. Ю.9, 12, 23
 ДОРОДНЕВА Е. Ф.13, 30
 ДРАЧЕВА Л. В.7, 21
 ДРАПКИНА О. М.38
- Е**
- ЕВЛОЧКО Н. В.11, 19, 30
 ЕЛИСЕЕВА И. В.19, 32
- З**
- ЗАВАРИН В. В.15, 19
 ЗАИКИНА М. В.7
 ЗАИРОВА А. Р.35
 ЗАПОДОВНИКОВ С. К.39
 ЗАПЕВИНА В. В.28
 ЗЕМЦОВА Е. С.31
 ЗИНЛАНД Д. А.7, 21
- И**
- ИСАКОВА Д. Н.13, 30
 ИНАРКОВА А. М.26
- К**
- КАНОРСКИЙ С. Г.37
 КОВАЛЕВ Д. В.18
 КОЗАРЕНКО А. А.10, 14, 33, 36
 КОМАРОВА М. Г.22
 КОНЯХИНА И. П.32
 КОРНЕВА В. А.32
 КОРНЕЕВА О. Н.38
 КОРНЕЕВ Н. В.38
 КУДРЯВЦЕВА О. В.31, 40
 КУДРЯШОВ Е. А.10
 КУЗНЕЦОВА Т. Ю.32
 КУКЛИН С. Г.23
 КУЛЮЦИН А. В.34
 КУРБАКОВ Н. Н.34
- КУРБАНОВА Д. Р.17
 КУРБАНОВ Р. Д.35
 КУРЗАНОВ А. Н.18
 КУШНЕРЧУК О. В.35
- Л**
- ЛЕРМАН О. В.32
 ЛУКЬЯНОВА М. В.34
 ЛУКЬЯНОВ М. М.28, 30, 42
 ЛЮТОВА Ф. Ф.11
- М**
- МАРИНЕНКО А. В.8
 МАЙСКОВА Е. А.27
 МАСЕНКО В. П.28
 МАТАЕВ С. И.25, 35
 МАТРОСОВА И. Б.19, 32
 МАХАРОВА Н. В.11
 МАМЕДОВ М. Н.26
 МЕЛЬНИКОВА Л. В.38, 39
 МЕЛЬЧИНСКАЯ Е. Н.27
 МИЛОВАНОВА Е. В.31
 МИРОНОВА Н. Г.14
 МОРДОВИН В. Ф.16, 22,
24, 25, 33, 39, 40
 МОРДВИНОВА Е. В.42
 МОРОЗОВА Е. А.21, 26
 МОРОЗОВ С. Н.21, 26
- Н**
- НАГАЙ А. В.35
 НАУМОВА В. В.31
 НЕСТЕРОВ Ю. И.17
- О**
- ОЛЕЙНИК Н. И.28
 ОЛЕЙНИКОВ В. Э.20, 32, 34
 ОПОЙЦЕВА М. Ю.24, 29, 36, 41
 ОЩЕПКОВА Е. В.35
- П**
- ПАЩЕНКО Л. С.28
 ПЕТРОВА Ю. А.9, 20

ПЕТРОВ И. М.22, 39
 ПОЛТАВЦЕВА О. В. 17
 ПОПОВ Е. Г.7, 21
 ПОПОНИНА Т. М.22
 ПРИБЫЛОВ С. А. 34
 ПРОТАСОВ К. В. 23

Р

РАДЬКОВ О. В.15, 19
 РИПП Т. М.16, 22, 39
 РОГОЗА А. Н. 35, 42

С

САЛАХОВА Е. И. 13, 30
 САМЕРХАНОВА Л. Н.28
 СЕВРЮКОВА А. В. 34
 СЕМКЕ Г. В.24, 33
 СЕРГЕЕВА Л. А. 7, 21
 СЕРДЮК С. Е.30
 СИДОРОВА Е. А.11, 19
 СИРОТЕНКО Д. В.10
 СКИБИЦКИЙ В. В. 10, 13, 18
 СКРИПКИНА Н. В.29
 СМИРНОВА И. Н. 9, 12, 23

СОКАЕВА З. Т.13
 СРОЖИДИНОВА Н. З.35
 СТАРЧЕНКО А. А.7, 21
 СУВОРОВА А. А.10

Т

ТАРАСОВ А. А.8, 12, 14
 ТОМАШЕВСКАЯ Ю. А. 19
 ТРЕТЬЯКОВА Е. Н. 7, 21
 ТРОШИНА И. А.11, 19
 ТУРСУНОВА Н. Б. 17

У

УГУРЧИЕВА З.О. 26
 УСТЕНКО Ю. К. 37

Ф

ФАДЕЕВА С. С.20
 ФЕНДРИКОВА А. В.10, 13

Х

ХАМИДУЛЛАЕВА Г. А.17

Ч

ЧЕРНОВА И. М. 30
 ЧУМАКОВА Г. А. 10, 14, 33, 36

Ш

ШАЛАЕВ С. В. 7
 ШАРКАС А. Ш. 8

Ю

ЮСУПОВА Е. Ю. 13

Я

ЯСНОВ В. Ю. 7, 21

Для заметок

Для заметок