

---

# **МАТЕРИАЛЫ**

**XI Всероссийского  
научно-образовательного  
форума**

**Кардиология 2009**

---

**Материалы XI Всероссийского научно-образовательного форума Кардиология 2009**

**ISBN 978-5-94943-047-7**

©«МЕДИ Экспо», 2009

---

---

## **РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (РБС) И ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА (ЗАВ)**

**Аманжолова Ш.А.**

*Россия, ФГУ “Поликлиника № 69 РБСН”*

В основе этиологии и патогенеза РБС лежат как инфекционные, генетические, обще- и аутоиммунные изменения, так и комплексное влияние внешнесредовых факторов. Сложность выявления токсических эффектов ЗАВ обуславливает необходимость использования комплекса санитарно-гигиенических, клинико-эпидемиологических и патогенетических методов исследования.

Объектом исследования являлись 3 зоны города, различающиеся по уровню ЗАВ и проживающие на этих территориях больные РБС, а также здоровые лица (доноры из тех же зон города). Основным загрязнителем является автотранспорт, его загрязнения: двуокись серы, азота, окись углерода, взвешенные вещества и свинец. Ксум с возрастанием загрязненности атмосферного воздуха в контрольной – средней – основной зонах составили: 3,90 – 9,03 – 12,47. Проведено анкетно-статистическое исследование (интервью по оригинальной анкете) 456 больных – жителей трех наблюдаемых районов города. Изучение этих сведений с включением анкетных данных об “экологическом” анамнезе и “экологическом” маршруте больных позволило провести первичный расчет особенностей течения РБС в различных зонах города. Сформированы три информационно-однородные когорты больных для углубленного клинического обследования, наблюдения в динамике и лечения (166 чел.) Выявлено повышение распространенности РБС с ростом ЗАВ: 0,43 – 0,49 – 1,43% с высоким индексом потенциального вреда для основной группы (ОГ) равно 1, что отразило воздействие окружающей среды на течение РБС на всех (100% больных), для средней группы (СГ) ИПВ=16,7, то есть определенное воздействие загрязнений воз-

---

---

духа на одного больного из 17, а также утяжеление течения заболевания.

Динамическое диспансерное ведение больных и анализ результатов их лечения позволили определить оценочные синдромы при воздействии ЗАВ: поражение аэроэпителиальных барьерных тканей, кардиоваскулярный и суставной, сопутствующая патология органов-мишеней (щитовидная железа и генеративные органы). Так, II степень активности в контрольной группе (КГ) диагностирована в 2 раза чаще, возможность развития маломанифестных вариантов возрастает в экспонированных (суммарная оценка риска: 0,98 – 1,00 – 1,02), а клинически выраженных – непрерывно-рецидивирующего и подострого – в обратном отношении (1,16 – 1,02 – 0,84), повреждение аэроэпителиальных барьеров (очаговая инфицированность носоглотки – 3,09 в КГ против 3,73 в ОГ), а также кожные симптомы (2,32 и 4,52), аллергизация к пенициллину (0,58 и 1,68), полиартралгии (1,74 и 3,70). Отсутствие пороков сердца более возможно в КГ (4,64 – 3,06 – 2,27) и обратное для их проявлений (2,46 – 2,56 – 2,55) и развития рестеноза (0,00 и 2,24). Отмечается также усиление в экспонированных группах (ЭГ) недостаточности кровообращения I и II степени (3,54 – 4,21 – 4,11), выявление бактериального эндокардита (0,00 – 8,16 – 0,00), пароксизмальных тахикардий и экстрасистолий: 0,00 – 4,06 – 7,40) и ревматического воспаления головного мозга (2,32 – 3,49 – 4,48). Итак, выявлен патогенетический эффект ЗАВ на уровне соединительнотканых структур, выполняющих функции адаптации к экзогенным влияниям.

Разработанный и апробированный комплекс клинико-гигиенических исследований в сложном ретроспективно-проспективном когортном наблюдении позволяет осуществлять прогнозирование течения РБС у больных, подверженных воздействию загрязнений атмосферного воздуха, усиление профилактики, а также проведение превентивных мер на загрязненных территориях (первичная профилактика) и расширение на них группы риска для осуществления профилактических мероприятий.

---

---

**ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА  
БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКАР**

**Аминева Н.В., Сальцева М.Т., Болукова Л.П.**

*Нижегородская медицинская академия,  
Нижний Новгород*

**Цель:** изучить исходы острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST (ОКСБП ST) в зависимости от оценки уровня риска.

**Материал и методы:** обследовано 53 больных с ОКСБП ST в возрасте от 36 до 85 лет. Все больные при поступлении были стратифицированы по ближайшему риску смерти и инфаркту миокарда (ИМ) в соответствии с рекомендациями ВНОК (2008 г.). Кроме того, проводилась оценка предшествующих факторов риска по шкале SCORE. С повышенным риском неблагоприятных событий при ОКСБП ST связывали мужской пол, предшествующую тяжёлую стенокардию, ранее перенесенный ИМ, наличие нарушений систолической функции левого желудочка, пожилой возраст, а также наличие сахарного диабета и артериальной гипертензии (АГ). Кроме того, нами учитывалось наличие у больных ожирения и метаболического синдрома.

**Результаты:** оценка риска неблагоприятных событий по системе TIMI выявила высокий риск у 20 пациентов, средний риск – у 25 и низкий риск – у 8 больных. При повторной оценке риска смерти или развития ИМ в первые 8-12 часов после коронарного события повышенный риск был отмечен у 37 человек, а низкий – у 16 пациентов. При сопоставлении оценки факторов риска по системе TIMI и по шкале SCORE установлена высокая корреляционная связь. В целом у всех больных ОКСБП ST наблюдались следующие исходы: у 24,53% пациентов развился фатальный Q-ИМ, у 30,19% – не фатальный ИМ и у 45,28% пациентов – нестабильная стенокардия. В группе высокого риска ИМ диагностирован у 70,83% больных и не-

---

---

стабильная стенокардия – в 29,17% случаев. Все больные с летальным исходом (20 человек) находились в группе высокого риска. В группе низкого риска ИМ ни у одного больного не развился. По нашим данным, наиболее часто встречающимися факторами риска неблагоприятных исходов являются ожирение, артериальная гипертензия и сахарный диабет.

**Выводы:** 1. Оценка факторов риска по системе TIMI с учетом данных по шкале SCORE позволит предположительно прогнозировать исход течения ОКСБП ST. 2. Неблагоприятные исходы ОКСБП ST наиболее часто встречаются в группе высокого риска. 3. Больные с ОКСБП ST высокого риска нуждаются в “агрессивном” медикаментозном и, по показаниям, кардиохирургическом лечении.

**РЕАКЦИЯ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОН ДИСКИНЕЗИИ**

**Амиянц В.Ю., Селиверстова Л.Г.,**

**Филатов С.А., Пахомова Л.З.**

*Россия, г. Пятигорск, ФГУ ПГНИИК;*

*санаторий “Лесная поляна”*

**Цель:** оптимизация двигательного режима пациентов в подострую стадию инфаркта миокарда (ИМ) с учетом реакции сердечно-сосудистой системы на физические нагрузки в зависимости от распространенности зон дискинезии миокарда (ЗДК) левого желудочка (ЛЖ).

**Методы:** наблюдалось 80 больных в подостром периоде инфаркта миокарда в возрасте от 31 до 68 лет, разделенных на 2 группы в зависимости от распространенности зон дискинезии миокарда: 1 группу составили 34 пациента без обширных зон дискинезии миокарда – с ЗДК <25%; во 2 группу вошли 46 больных с обширными ЗДК >25%. В процессе реабилитации

---

---

всем больным назначалась общепринятая медикаментозная терапия, ЛФК, терренкур с постепенным увеличением уровня тренирующей нагрузки с 500 до 3000 м в утренние и дневные часы, массаж, психотерапия, физиотерапевтические процедуры. Длительность лечения составила 24 дня.

Всем больным в начале и конце лечения выполняли тест 6-минутной ходьбы. Контролировались клиническая переносимость и гемодинамические показатели: артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) до и после нагрузки, прирост АД и ЧСС при нагрузке, динамика сегмента ST, нарушения ритма по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ. Региональная сократимость миокарда оценивалась методом ЭХОКГ по индексу локальной сократимости (ИЛС) ЛЖ в начале и конце курса лечения.

**Результаты:** в конце лечения отмечена положительная динамика общего состояния пациентов: уменьшение одышки, кардиалгий, стенокардии, нарушений ритма, увеличение толерантности к физическим нагрузкам. Прирост фракции выброса ЛЖ в конце лечения был одинаковым в обеих группах ( $p > 0,05$ ). Распространенность ЗДК в обеих группах уменьшилась, при этом, у больных 2 группы (с обширными ЗДК) положительные сдвиги в конце лечения значимо выше, чем в 1 группе ( $p < 0,05$ ). ИЛС в обеих группах снизился, причем у больных 2 группы он снизился в большей степени, чем у больных 1 группы ( $p < 0,001$ ).

**Выводы:** больные после ИМ имеют различные по распространенности ЗДК, которые определяют специфику ответной реакции на физическую нагрузку. В процессе восстановительного лечения и физических тренировок происходит нормализация гемодинамических параметров и улучшение региональной сократимости ЛЖ, более выраженные у пациентов с распространенными ЗДК.

---

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЗОФЕНОПРИЛА  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Андрущишина Т.Б., Морозова Т.Е., Ошорова С.Д.**

*Россия, г. Москва,*

*ГОУ ВПО Московская медицинская академия*

*им. И.М.Сеченова*

**Актуальность:** проблема оптимизации фармакотерапии артериальной гипертензии (АГ) у больных с избыточным весом и ожирением современными антигипертензивными средствами является актуальной в связи с тем, что в большинстве стран мира наблюдается неуклонный рост числа лиц с избыточной массой тела и ожирением, являющихся факторами риска АГ.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) зофеноприла на основании изучения его влияния на суточный профиль артериального давления (АД), состояние углеводного и липидного обменов у больных АГ в сочетании с ожирением.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 30 пациентов: 13 женщин и 17 мужчин (средний возраст  $55,3 \pm 2,4$  года) с АГ I-II степени в сочетании с ожирением I-II степени без сахарного диабета. У всех пациентов присутствовали признаки абдоминального ожирения: соотношение окружности талии и окружности бедер (ОТ/ОБ) составило в среднем  $0,97 \pm 0,07$  масса тела в среднем  $101,8 \pm 7,9$  кг, индекс массы тела (ИМТ)  $34,5 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup>. Длительность АГ составила в среднем  $6,5 \pm 1,7$  года. У 26 (86,7%) пациентов имела место дислипидемия IIa, IIб и IV типов. У 22 (73%) пациентов выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Суточный профиль АД был изменен у 19 (63%) больных. После предшествующей отмены иАПФ (в течение 2 недель) больным назначался зофеноприл в дозе 15-60 мг/сут (средняя доза – 37,5 мг/сут). Контроль эффективности и безопасности терапии проводился по динамике

---

показателей суточного мониторинга АД (среднесуточное САД и ДАД, среднедневное САД и ДАД, средненочное САД и ДАД, индекс времени САД и ДАД за сутки, день и ночь, вариабельность САД и ДАД днем и ночью, степень ночного снижения САД и ДАД), липидного спектра крови (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности), перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы. Длительность лечения 12 недель.

**Полученные результаты:** на фоне терапии зофеноприлом отмечено снижение уровня среднесуточного САД с  $150,47 \pm 1,62$  до  $135,62 \pm 1,53$  и среднесуточного ДАД с  $97,24 \pm 1,02$  до  $87,21 \pm 1,42$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), гипертонической нагрузки (индекс времени САД снизился с  $48,46 \pm 1,27$  до  $43,27 \pm 3,23\%$ , индекс времени ДАД – с  $36,93 \pm 2,82$  до  $31,48 \pm 3,14\%$  ( $p < 0,05$ )). Количество пациентов с достаточным ночным снижением АД (dippers) увеличилось с 26 до 40%. Не отмечено изменений суточной вариабельности АД. Не выявлено влияния на углеводный обмен – уровень глюкозы натощак составил  $5,93 \pm 0,96$  до начала исследования и  $5,86 \pm 0,87$  ммоль/л через 12 недель ( $p > 0,05$ ). Кроме того, выявлено снижение уровня общего холестерина с  $5,62 \pm 0,88$  до  $5,09 \pm 0,91$  ммоль/л, уровня триглицеридов с  $2,52 \pm 0,34$  до  $2,17 \pm 0,26$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Масса тела и антропометрические показатели значимо не менялись на фоне терапии. Ни один пациент не выбыл из исследования из-за развития побочных эффектов.

**Выводы:** ингибитор ангиотензин-превращающего фермента зофеноприл улучшает показатели суточного профиля АД, благоприятно влияет на уровень липидов и не ухудшает показатели углеводного обмена, что позволяет применять его у пациентов АГ в сочетании с ожирением и сопутствующими нарушениями липидного обмена и нарушением толерантности к глюкозе.

---

**ВЛИЯНИЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ НА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Андрущишина Т.Б., Морозова Т.Е.**

*Россия, г. Москва, ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова*

**Актуальность:** гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как стенокардия напряжения, аритмия, инфаркт миокарда и сердечная недостаточность. В развитии ГМЛЖ у больных артериальной гипертензией (АГ) ведущую роль занимают механические (гемодинамическая перегрузка) и нейрогуморальные факторы, среди последних важная роль отводится локальной ренин-ангиотензиновой системе сердца. В связи с этим актуальной является проблема оптимизации фармакотерапии АГ у больных с ГМЛЖ антигипертензивными средствами, блокирующими активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).

**Цель:** оценить эффективность долгосрочной блокады РААС у больных АГ на гипертрофическое ремоделирование ЛЖ.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 188 больных: 60 женщин и 128 мужчин (средний возраст  $55,3 \pm 2,4$  года) с АГ I-II степени в сочетании с ГМЛЖ (по данным ЭХО-КГ ИММЛЖ для женщин – более  $110 \text{ г/м}^2$ , для мужчин более  $120 \text{ г/м}^2$ ). Длительность АГ составляла в среднем  $6,5 \pm 1,7$  года. Подбор эффективной дозы антигипертензивных препаратов осуществлялся индивидуально в течение 4 недель (эналаприл – 10–20 мг/сутки, телмисартан – 40–80 мг/сут, ирбесартан – 150–300 мг/сут). Длительность непрерывной терапии составила 36 месяцев. Контроль эффективности антигипертензивной терапии проводился по динамике клинических по-

---

---

казателей АД, ЧСС и показателей суточного мониторирования АД. По данным ЭХО-КГ проводилась оценка морфофункциональных параметров сердца с расчетом индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ).

Полученные результаты: антигипертензивная эффективность долгосрочной терапии изученными препаратами по данным СМАД была достоверной и достоверно не различалась в группах лечения. На фоне приема изученных антигипертензивных препаратов отмечена статистически значимая динамика снижения ИММЛЖ, начиная с 6 месяцев лечения в группе энalapрила, с 12 месяцев в группе телмисартана и ирбесартана. К концу 3 летнего наблюдения снижение ИММЛЖ на 10% и более было отмечено у 55% больных, принимавших телмисартан, у 45% – ирбесартан и у 41% – энalapрил. При анализе динамики снижения индекса массы миокарда ЛЖ, было отмечено более выраженное снижение данного показателя в группе больных получавших терапию блокаторами ангиотензиновых рецепторов – снижение индекса ММЛЖ в группе лечения – телмисартан – на  $12,1 \pm 2,3 \text{ г/м}^2$ , ( $p < 0,05$ ), ирбесартан на –  $12,3 \pm 1,7 \text{ г/м}^2$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** долгосрочная блокада РААС (посредством ингибиторов АПФ или блокаторами ангиотензиновых рецепторов) у больных АГ не только позволяет контролировать уровень АД в течение суток, но и оказывает положительный эффект на процессы ремоделирования ЛЖ, приводя к регрессу его гипертрофии.

---

## ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Анзорова З.З., Инарокова А.М.,  
Анзоров З.Т., Альмова И.Х.

**Цель** – изучить особенности качества жизни (КЖ) при этапной реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). В соответствии с поставленной целью определены следующие

**Методы:** Опрошено 88 больных, перенесших ИМ и прошедших курс реабилитации в санатории. Самому молодому 27 лет, самому старшему – 69 лет. Больные были разделены на 3 группы: в 1 гр. – 28 больных до 49 лет; во 2 гр. – 38 больных от 50 до 59 лет; в 3 гр. – 22 больных от 60 до 69 лет. Использовалась методика исследования “Качество жизни” Зайцева В. П., Айвазян Т.А. и психофизиологическое тестирование (РДО, КЧСМ) на фоне следующих реабилитационных мероприятий: физическая, психологическая реабилитация, медикаментозная терапия, диетотерапия и вторичная профилактика заболевания.

**Результаты:** В возрастной группе от 60 до 69 лет отмечается наибольшее число больных с ухудшением КЖ (77%), связанное с необходимостью ограничивать повседневную и профессиональную деятельность, досуг, диету. Наиболее низкий исходный уровень КЖ отмечается в группе до 49 лет, а наиболее высокий исходный уровень КЖ отмечается в группе от 50 до 59 лет. В группе до 49 лет с изначально высоким уровнем КЖ наблюдается тенденция снижения суммарного КЖ, обусловленная необходимостью ограничения повседневной деятельности, досуга и половой жизни. В группе от 50 до 59 лет никаких изменений у больных с исходно низким и высоким уровнем КЖ не отмечается. В группе от 60 до 69 лет с исходно низким уровнем КЖ отмечается тенденция ухудшения КЖ за счет необходимости ограничения диеты. В группе с исходно высоким уровнем КЖ отмечается ухудшение суммарного КЖ, которое обусловлено необходимостью ограничения досуга и курения.

---

---

**Выводы:** КЖ является неотъемлемой частью, на которую необходимо обратить внимание при реабилитации больных перенесших ИМ. Такие показатели оценки КЖ как повседневная и профессиональная деятельность, досуг, половая жизнь, встречи с друзьями, диета, курение оказались значимыми для успешной реабилитации в различных возрастных группах. Изучение КЖ в динамике свидетельствует о необходимости конструктивного взаимодействия между всеми звеньями реабилитационной, профилактической цепи (первичное звено-стационар-санаторий).

**ДОЛГОВРЕМЕННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА  
В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

**Афонькин А.Н., Попова М.А., Верижникова Л.Н.**

*Россия, г. Сургут,*

*Сургутский государственный университет,  
МУЗ “Клиническая городская поликлиника № 1”*

**Цель исследования:** изучение долговременной эффективности современных схем медикаментозного лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в условиях общей врачебной практики.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 64 больных мужского пола в возрасте от 46 до 58 лет с клиникой ХСН II-III ФК и ФВЛЖ более 40%, причиной которой явился перенесенный в 2003 году Q-инфаркт миокарда. Схема медикаментозной терапии включала назначение периндоприла, биспролола, симвастатина, ацетилсалициловой кислоты, курсовое лечение триметазидином, а также диуретики и нитраты по показаниям; Критерием исключения было наличие фибрилляции

---

---

предсердий и резко сниженной ФВЛЖ, поэтому прием дигоксина не рекомендовался. Наряду с медикаментозной терапией, все больные получали индивидуальные рекомендации по диетическому режиму и режиму физических нагрузок.

Группу сравнения составили 15 больных с аналогичной клинической характеристикой, получавшие до 2006 года эналаприл, атенолол, дигоксин, диуретики и нитраты по показаниям, а затем переведенные на аналогичную группе исследования терапию, но регулярно ее не соблюдавшие. С целью нивелирования влияния других факторов на результаты исследования, в группы наблюдения и контроля не включались больные с артериальной гипертензией II-III степени, сахарным диабетом и ожирением.

Длительность наблюдения составила 5 лет. Все больные группы исследования прошли обучение в Школе для больных ИБС и ХСН. Динамический контроль осуществлялся врачами отделения общей врачебной практики, кардиологом; каждые 6 месяцев проводились: ЭКГ, ЭхоКГ, стандартные лабораторные исследования, определение толерантности к физической нагрузке по тесту 6-минутной ходьбы.

**Результаты.** В группе исследования, по сравнению с группой сравнения, достоверно уменьшилось среднегодовое число дней временной нетрудоспособности (36 и 44 дня соответственно), частота госпитализации по поводу декомпенсации и обострений ИБС (0,96 и 1,5 раза в год). Уменьшение ФК ХСН отмечено у 6 (9,4%) и 1 (6,7%), увеличение – у 10 (15,6%) и 4 (26,7%) больных соответственно. Число инвалидов к концу исследования снизилось в группе исследования с 26 (40,6%) до 19 (29,7%), в группе сравнения увеличилось с 6 (40%) до 7 (46,7%). В группе исследования КДРЛЖ имел тенденцию к снижению (в среднем на 2 мм), а ФВЛЖ – к повышению (с 50,6 до 52,3%). В группе сравнения данные показатели имели обратную динамику: КДРЛЖ увеличился на 1,1 мм, ФВЛЖ снизилась на 0,9%.

**Выводы.** Использование современных подходов к ведению больных с ХСН в условиях общей врачебной практики,

---

---

включающих обучение пациентов, динамическое их наблюдение, назначение современных медикаментозных средств лечения пролонгированного действия (периндоприл, бисопролол), является высокоэффективным в плане улучшения структурно-функционального состояния сердца, клинического состояния, трудоспособности и качества жизни больных ХСН. Достижение отмеченных положительных медико-социальных результатов связано не только с лучшими кардиопротективными эффектами применяемых лекарственных средств, но и с более высокой приверженностью больных длительной терапии ХСН при использовании препаратов суточного действия.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА  
В ЛЕЧЕНИИ ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА  
ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ**

**Афонькин А.Н., Попова М.А.**

*Россия, г. Сургут,*

*медицинский институт Сургутского государственного  
университета ХМАО-Югры,*

*МУЗ “Клиническая городская поликлиника № 1”*

**Цель.** Изучить эффективность высокоселективного β-адреноблокатора небиволола (небилет) в составе комплексной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы исследования.** Исследовано 48 мужчин в возрасте от 52 до 69 лет с ХСН III ФК ишемического генеза и ФВ ЛЖ менее 45% с сопутствующей ХОБЛ среднетяжелого течения (индекс Генслера менее 70%, ОФВ1 от 50 до 80%) и длительным “стажем” курения в анамнезе (в среднем 32±5,6 лет).

---

Все больные получали комбинированную терапию, включающую ИАПФ (периндоприл в дозе 2–4 мг/сут.), статины, аспиринокордио, ингаляционные м-холинолитики, диуретики и нитраты по показаниям. Регулярный прием дигоксина не рекомендовался, т.к. в группу исследования не включались больные с постоянной формой ФП и резко сниженной ФВЛЖ. Наряду с медикаментозной терапией все больные получали индивидуальные рекомендации по диетическому режиму и режиму физических нагрузок.

30-ти больным (группа исследования) дополнительно назначался небиволол (небилет) в дозе 5 мг/сут под контролем показателей бодиплетизмографии и пикфлоуметрии. Назначение небиволола осуществлялось в период отсутствия обострения бронхолегочного процесса. 18 из 48 больных, которым не назначался небиволол, составили группу сравнения.

Длительность наблюдения составила 2 года. В начале исследования и, через 6, 12 и 24 месяца после его начала, оценивались: ФК ХСН, толерантность к физической нагрузке с помощью теста 6-минутной ходьбы, качество жизни с помощью Миннесотского опросника, данные ЭхоКГ, холтер ЭКГ, стандартные лабораторные исследования. Показатели ФВД определялись на бодиплетизмографе фирмы Jaeger и спирометре типа Spiro USB.

**Результаты.** На протяжении 24 месяцев наблюдения периодическое ухудшение показателей бронхиальной проходимости отмечалось у 24 (80%) больных группы исследования и у 15 (83,3%) больных группы сравнения. Причинами этого, как правило, являлись респираторные инфекции. За 2 года наблюдения в обеих группах наблюдения отмечалась тенденция к некоторому ухудшению показателя ОФВ1. Связи ухудшения функции внешнего дыхания с приемом небиволола установлено не было. Через 24 месяца от начала исследования улучшение клинического течения ХСН и качества жизни пациентов отмечено в обеих группах, однако положительная динамика была более выраженной в группе исследования: количество эпизодов ишемии миокарда уменьшилось в группах соответственно

---

---

на 18 и 14%; ФВ ЛЖ увеличилась на 14 и 11%; толерантность к физической нагрузке возросла на 18 и 14%. Показатели временной нетрудоспособности, в связи с усилением симптомов ХСН и ХОБЛ в группах существенно не различались.

**Выводы.** Включение небивола в дозе 5 мг/сут в состав комплексной терапии ХСН на фоне ХОБЛ среднетяжелого течения является безопасным методом медикаментозного вмешательства, позволяющим повысить эффективность лечения и качество жизни больных за счет уменьшения количества эпизодов ишемии миокарда, улучшения гемодинамики и снижения ФК больных. Вышеуказанные результаты, вероятнее всего, связано с уникальным фармакологическим профилем небивола, отсутствием сколь-нибудь значимого его влияния на  $\beta$ 2-адренорецепторы и показатели функции внешнего дыхания у больных с ХСН ишемического генеза с сопутствующей ХОБЛ.

**ВЛИЯНИЕ ЛИДОКАИНА И ЕГО КОМБИНАЦИЙ  
С НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ  
НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ ЖИВОТНЫХ  
С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Бабина И.А.<sup>1</sup>, Бабин В.В.<sup>2</sup>, Котляров А.А.<sup>3</sup>**

*Россия, г. Москва, ГИУВ МО РФ<sup>1</sup>;*

*г.Москва, ЦКБ Гражданской авиации<sup>2</sup>;*

*г.Саранск, ГОУВПО "МГУ им. Н.П.Огарева"<sup>3</sup>*

**Цель работы.** Изучить влияние лидокаина и его комбинаций с нейрометаболическими средствами (НМС) на исход острого ишемического нарушения мозгового кровообращения (ОИНМК) у животных с адреналин-окситоционовым повреждением миокарда (АОПМ).

**Материал и методы.** Объекты исследования: лидокаин, деманол, церебролизин, ксантинола никотинат, пикамилон, семакс. Исследование проведено на 112 белых неинбред-

---

---

ных мышах обоего пола массой 18–20 г. Группы в серии состояли из 16 животных. АОПМ моделировали одновременным введением адреналина гидрохлорида (1 мг/кг) и окситоцина (5 ЕД/кг) однократно внутривентриально. Через 24 ч. вызывали ОИНМК путем гравитационной перегрузки (ГП) по методу М.Д. Гаевого. Изучали влияние предварительного введения лидокаина и его комбинаций с НМС на летальность мышей на фоне данной сочетанной патологии. Антиаритмический препарат (ААП) вводился в дозе 20%LD<sub>50</sub> за 15 минут до ГП. НМС вводились в дозе 5%LD<sub>50</sub> за 10 минут до инъекции ААП. Полученные данные сравнивали с показателями летальности животных с АОПМ после ГП (контроль). Статистическую обработку результатов проводили с помощью метода “ $\chi^2$ ”.

**Результаты.** Летальность животных с АОПМ на фоне ГП составила 75%. Применение лидокаина без НМС привело к недостоверному снижению гибели мышей до 43,8%. Комбинирование ААП с пикамилоном и семаксом (75%) не дало достоверных различий с результатами контроля и группы, где лидокаин вводился без НМС. Сочетание ААП с ксантинола никотинатом и деманоном привело к достоверному ( $p < 0.01$ ) снижению гибели животных до 18.8% по сравнению с контролем и группами, где вводились пикамилон и семакс. Наименьшая летальность достигнута при комбинировании лидокаина с церебролизином – 12.5 % (достоверно относительно контроля при  $p < 0.001$ , группы с введением лидокаина без НМС – при  $p < 0.05$ , групп, где ААП сочетался с пикамилоном и семаксом – при  $p < 0.001$ ).

**Выводы.** 1. Предварительное введение деманола, ксантинола никотината и церебролизина в дозе 5%LD<sub>50</sub> совместно с лидокаином в дозе 20%LD<sub>50</sub> достоверно снижает гибель экспериментальных животных с острой сочетанной патологией. 2. По влиянию на выживаемость экспериментальных животных при введении лидокаина на фоне острой сочетанной патологии деманол, ксантинола никотинат и церебролизин имели достоверные преимущества перед пикамилоном и семаксом.

---

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА,  
НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДАХ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Батрова Ю.В., Козырев О.А., Самородская И.В.**

*Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО СГМА Росздрава*

Несмотря на быстрое развитие новых технологий в сердечно-сосудистой хирургии, механизмы доступности к этим видам помощи и организационные процессы в этой области изучены недостаточно. Исследований, оценивающих популяцию пациентов, нуждающихся в инвазивных видах диагностики и кардиохирургическом лечении в РФ выполняется очень мало.

**Цель:** дать клиничко – социальную характеристику пациентов с нарушением ритма сердца, нуждающихся в инвазивных методах диагностики и лечения.

**Материалы и методы.** В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с документированными случаями заболеваний класса “болезни системы кровообращения” (БСК), которые осложнились нарушением сердечного ритма, обратившиеся за медицинской помощью в кардиологическое отделение железнодорожной больницы г. Смоленска за период с 1 января по 31 декабря 2007 года. Данные, выкопируемые из карт стационарного больного фиксировались в индивидуальных регистрационных картах, полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты.** Всего обработано 569 карт стационарных больных, у которых имелся диагноз БСК с нарушением ритма сердца. 262 пациента (46,1%) нуждались в инвазивных методах диагностики и лечения (имплантация ЭКС, постановка кардиовертера – дефибриллятора, проведение радиочастотной абляции, хирургической коррекции порока сердца, выполнение коронарографии для определения показаний к инвазивным методам лечения ИБС), при этом использовались разработанные

---

---

ВОЗ клинические рекомендации с четко прописанными критериями абсолютных и относительных показаний к вмешательствам на сердце. Из них 107 (40,8%) женщин и 155 (59,2%) мужчин. Средний возраст женщин составил  $56,1 \pm 16,66$  года и мужчин –  $41,7 \pm 18,26$  соответственно. Лица трудоспособного возраста составили 12,9% , из них 69,5% в возрасте до 50 лет, из них 35,2% работники физического труда, 20,5% работники умственного труда, 44,3% находятся на социальном обеспечении: пособия по инвалидности, безработице. Большинство больных в изучаемой выборке страдали ИБС, протекающей на фоне артериальной гипертонии (78,2%). У 41,7% пациентов отмечались клинические проявления нарушений сердечного ритма. Жизнеугрожающие и влияющие на гемодинамику аритмии составили 45,7% (в работе использовалась классификация аритмий по Биггеру), из них 3% имели бессимптомное течение. Большинство пациентов (98%) пациентов находились на медикаментозной терапии: ингибиторы АПФ – 34,3%, 31,6% – диуретики, 31,2% – антиагреганты и антикоагулянты, адреноблокаторы – 29,7%, нитраты и антагонисты кальция получали 15,7%, 10,3% – сердечные гликазиды, 8,3% – антиаритмические препараты I, III классов (классификация антиаритмических препаратов Вогана Уильямса, 1984 г.), 3,4% – статины, 2,6% – метаболические препараты, 16,4% – препараты других групп.

Таким образом, определен высокий удельный вес больных в изучаемой выборке с нарушением ритма сердца, нуждающихся в инвазивных методах диагностики и лечения (46,1%), при этом большая часть пациентов находится на социальном обеспечении. Значимой статистической разницы по полу и возрасту не выявлено. Общее количество пациентов, получавших лекарственную терапию составило 98%, однако медицинская помощь обеспечена не в полном объеме.

---

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СРЕДИ  
БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ г. СМОЛЕНСКА**

**Батрова Ю.В., Козырев О.А., Самородская И.В.**

*Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО СГМА Росздрава*

Одним из наиболее распространенных и в то же время грозных осложнений сердечно – сосудистых заболеваний являются нарушения ритма сердца.

**Цель:** изучить частоту встречаемости нарушений ритма сердца среди больных кардиологического отделения железнодорожной больницы города Смоленска.

**Материалы и методы.** В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с документированными случаями заболеваний класса “болезни системы кровообращения” (БСК), обратившиеся за медицинской помощью в кардиологическое отделение железнодорожной больницы г. Смоленска за период с 1 января по 31 декабря 2007 года. Данные, выкопируемые из карт стационарного больного фиксировались в индивидуальных регистрационных картах, полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты.** Всего обработано 667 карт стационарных больных, у которых имелся диагноз БСК. В изучаемой выборке 569 (85%) пациентов имели различные нарушения ритма сердца. Из них 185 (32,5%) женщин и 384 (67,5%) мужчин. Средний возраст женщин составил  $56,1 \pm 16,66$  и мужчин –  $41,7 \pm 18,26$  соответственно. Выявлена частота встречаемости нарушений ритма сердца в изучаемой выборке пациентов на основе регистрации стандартной ЭКГ. В работе использовалась патогенетическая классификация нарушений ритма сердца по М.С. Кушаковскому и Н.Б. Журавлевой (1981 г.). На первом месте по частоте встречаемости находятся номотопные нарушения ритма сердца: на долю синусовой брадикардии приходится 27,6%,

---

---

синусовой тахикардии 19,5%, синусовая аритмия регистрировалась у 14,7% больных. На втором месте суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия – 27,1% и 17,1% соответственно, однако на основе стандартной ЭКГ в большинстве случаев не удается точно определить класс экстрасистолии по Lowп, что, несомненно, важно для выбора тактики ведения пациента. Трепетание и фибрилляция предсердий встречается у 18,1% больных, при этом очевидно преобладание тахисистолических форм – у 13,7%. Среди аритмий сердца, связанных с нарушением проводимости чаще встречалась блокада правой ножки пучка Гиса в 12,5% случаев, блокада левой ножки пучка Гиса – 6,7% соответственно. Процент встречаемости любого вида нарушений ритма сердца, в основе которого лежит комбинированный генез возникновения, не достигает единицы.

Общее число пациентов с аритмиями, получавших лекарственные препараты, влияющие на ритм сердца, составило 359 (63,9%) человек. Ведущее место занимали бета – блокаторы – 54,8%, 20,6% составили антагонисты кальция, сердечные гликозиды – 13,1% и антиаритмические препараты I, III классов (классификация антиаритмических препаратов Вогана Уильямса, 1984 г.) – 12,3% соответственно. Среди больных с нарушением ритма сердца выделено 383 (67%) пациента, которым в дополнении к стандартной ЭКГ проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, после чего у 43 (6,4%) пациентов проведена коррекция лечения.

Таким образом, большая доля больных (85%) кардиологического отделения стационара общего профиля имели различные нарушения ритма сердца, из них преобладали лица мужского пола (67,5%). Доля гемодинамически значимых и жизнеугрожающих нарушений ритма сердца 17,5%. Однако, общее число пациентов с аритмиями, получавших лекарственные препараты, влияющие на ритм сердца, составило 63,9%.

---

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СРЕДИ  
БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ г. СМОЛЕНСКА**

**Батрова Ю.В., Козырев О.А., Самородская И.В.**

*Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО СГМА Росздрава*

Одним из наиболее распространенных и в то же время грозных осложнений сердечно – сосудистых заболеваний являются нарушения ритма сердца.

**Цель:** изучить частоту встречаемости нарушений ритма сердца среди больных кардиологического отделения железнодорожной больницы города Смоленска.

**Материалы и методы.** В исследование включены взрослые пациенты (старше 18 лет) с документированными случаями заболеваний класса “болезни системы кровообращения” (БСК), обратившиеся за медицинской помощью в кардиологическое отделение железнодорожной больницы г. Смоленска за период с 1 января по 31 декабря 2007 года. Данные, выкопируемые из карт стационарного больного фиксировались в индивидуальных регистрационных картах, полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики.

**Результаты.** Всего обработано 667 карт стационарных больных, у которых имелся диагноз БСК. В изучаемой выборке 569 (85%) пациентов имели различные нарушения ритма сердца. Из них 185 (32,5%) женщин и 384 (67,5%) мужчин. Средний возраст женщин составил  $56,1 \pm 16,66$  и мужчин –  $41,7 \pm 18,26$  соответственно. Выявлена частота встречаемости нарушений ритма сердца в изучаемой выборке пациентов на основе регистрации стандартной ЭКГ. В работе использовалась патогенетическая классификация нарушений ритма сердца по М.С. Кушаковскому и Н.Б. Журавлевой (1981 г.). На первом месте по частоте встречаемости находятся нотопные нарушения ритма сердца: на долю синусовой брадикардии приходится 27,6%,

---

---

синусовой тахикардии 19,5%, синусовая аритмия регистрировалась у 14,7% больных. На втором месте суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия – 27,1% и 17,1% соответственно, однако на основе стандартной ЭКГ в большинстве случаев не удается точно определить класс экстрасистолии по Lowп, что, несомненно, важно для выбора тактики ведения пациента. Трепетание и фибрилляция предсердий встречается у 18,1% больных, при этом очевидно преобладание тахисистолических форм – у 13,7%. Среди аритмий сердца, связанных с нарушением проводимости чаще встречалась блокада правой ножки пучка Гиса в 12,5% случаев, блокада левой ножки пучка Гиса – 6,7% соответственно. Процент встречаемости любого вида нарушений ритма сердца, в основе которого лежит комбинированный генез возникновения, не достигает единицы.

Общее число пациентов с аритмиями, получавших лекарственные препараты, влияющие на ритм сердца, составило 359 (63,9%) человек. Ведущее место занимали бета – блокаторы – 54,8%, 20,6% составили антагонисты кальция, сердечные гликозиды – 13,1% и антиаритмические препараты I, III классов (классификация антиаритмических препаратов Вогана Уильямса, 1984г.) – 12,3% соответственно. Среди больных с нарушением ритма сердца выделено 383 (67%) пациента, которым в дополнении к стандартной ЭКГ проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, после чего у 43 (6,4%) пациентов проведена коррекция лечения.

Таким образом, большая доля больных (85%) кардиологического отделения стационара общего профиля имели различные нарушения ритма сердца, из них преобладали лица мужского пола (67,5%). Доля гемодинамически значимых и жизнеугрожающих нарушений ритма сердца 17,5%. Однако, общее число пациентов с аритмиями, получавших лекарственные препараты, влияющие на ритм сердца, составило 63,9%.

---

**СИЛА, ПОДВИЖНОСТЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ  
И ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОЖНОСТИ У ПРАКТИЧЕСКИ  
ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Баянова А.Е., Соловьева С.В.**

*Россия, г. Тюмень, ГОУ ВПО Тюменский государственный  
университет, ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН “Тюменский кардиологический  
центр”*

**Цель:** Установить взаимосвязи особенностей нервной системы и тревожности у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и контрольной группы.

**Методы:** Обследовано 123 пациента Тюменского кардиологического центра. Контрольную группу составили 107 человек, не имеющие диагноза – сердечно-сосудистые заболевания. Распределение обследованных на возрастные группы осуществлялось по схеме возрастной периодизации онтогенеза человека, принятой на VII Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР (Москва, 1965). Определение тревожности проводили по методике Спилбергера-Ханина и шкале Дж. Тейлор. Для определения силы и подвижности нервных процессов – методику Теппинг-Тест Ильина. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statan.

**Результаты:** Сравнение показателей силы нервной системы и тревожности у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями и контроля выявило достоверную разницу на уровне  $p < 0,05$  по результатам методики Теппинг-тест у женщин пожилого возраста а так же у мужчин первой зрелости, и по результатам теста Тейлора мужчин первой зрелости. Выявлена достоверная разница между ситуативной и личностной тревожностью мужчин и женщин как с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и контроля. Достоверной разницы по силе нервной системы нет. Отмечена достоверная разница результатов

---

---

теста ситуативной и личностной тревожности с пожилым возрастом у женщин первой зрелости контроля, тогда как у мужчин и у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями таких различий нет. Достоверных отличий показателей силы нервной системы и тревожности между пациентами Тюменского кардиологического центра поступившими на лечение и выписывающимися не выявлено, но отмечена разница между мужчинами и женщинами, начавшими лечение, и мужчинами и женщинами, заканчивающими его.

**Выводы:** Проведенное исследование показало, что в группе женщин пожилого возраста и у мужчин возраста первой зрелости с сердечно-сосудистыми заболеваниями подвижность нервной системы достоверно ниже, чем в контрольной группе. Тревожность по результатам методики Тейлор выше в группе мужчин возраста первой зрелости с сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению с контролем. Выявлено, что у женщин уровень личной тревожности выше, чем у мужчин во всех возрастных группах; уровень ситуативной тревожности – выше в возрасте второй зрелости; уровень тревожности по шкале Тейлор в возрасте первой зрелости в контрольной группе и пожилом возрасте – у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. На основании сделанных выводов, рекомендуем в период лечения оказывать пациентам не только медикаментозную помощь, но и проводить психологическую коррекцию, учитывая особенности нервной системы и психоэмоционального состояния больного.

---

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИНАМИКИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Берштейн Л.Л., Новиков В.И.,  
Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н.

*Россия, г. Санкт-Петербург, ГОУ ДПО Санкт-Петербургская  
медицинская академия последипломного образования Росздрава,  
кафедра кардиологии им. М.С. Кушаковского*

**Актуальность.** Фракция выброса (ФВ) является важнейшим показателем риска у кардиологического больного. В постинфарктном периоде ФВ может значительно изменяться, в связи с чем оценку риска на основании ФВ рекомендуют проводить в отдаленные сроки. Прогнозирование постинфарктных изменений ФВ позволит оценивать сердечный риск пациента непосредственно в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

**Цель исследования.** Изучить характер изменений фракции выброса левого желудочка в постинфарктном периоде и выявить показатели острого периода инфаркта миокарда, определяющие величину фракции выброса левого желудочка в отдаленные сроки.

**Материалы и методы.** Проведено 12-месячное наблюдение 115 больных, перенесших острый ИМ с подъемом сегмента ST и системный тромболизис, а затем получавших стандартную медикаментозную терапию. В качестве предикторов величины эхокардиографической ФВ через 12 мес. изучен ряд клинических, лабораторных, электрокардиографических и эхокардиографических показателей острого периода инфаркта.

**Результаты.** Динамика ФВ в течение года после ИМ у разных пациентов значительно варьировала: у 49 пациентов ФВ увеличилась более чем на 5%, у 38 – уменьшилась более чем на 5%, у 12 осталась в пределах  $\pm 5\%$  от исходной. Из 18 пациентов, имевших при исходной эхокардиографии прогностически неблагоприятную фракцию выброса  $\leq 40\%$ , ее значение в этом диапазоне через 12 мес. регистрировалась только у 4,

---

$p < 0,05$ . Напротив, из 81 пациента, у которых исходно регистрировалась величина ФВ  $> 40\%$ , по окончании наблюдения у 15 она была  $\leq 40\%$ ,  $p < 0,05$ . В результате, неблагоприятная для прогноза величина ФВ  $\leq 40\%$  наблюдалась через 12 мес. у 23 пациентов (группа R1). Пациенты с ФВ  $> 40\%$  при эхокардиографии через 12 мес. составили группу R0 ( $n=92$ ).

Среди клинических параметров наибольшее значение для прогноза ФВ через 12 мес. имел анамнез ранее перенесенного инфаркта (22% больных в группе R1, 6% – в группе R0,  $p < 0,05$ ). Важнейшим электрокардиографическим предиктором была величина суммарной элевации сегмента ST через 3 ч после тромбозиса, ее значение  $> 13,5$  мм обладало чувствительностью 35% и специфичностью 96% в диагностике неблагоприятной динамики ФВ. Попадание в группу R1 предсказывали значения максимальной концентрации сердечных ферментов в 1-е сутки инфаркта: креатинкиназы (КК $_{\max}$ )  $> 3875$  Ед/л и МВ-фракции креатинкиназы (МВ $_{\max}$ )  $> 632$  Ед/л. Чувствительность показателя КК $_{\max} > 3875$  Ед/л в отношении неблагоприятной динамики ФВ составила 79%, специфичность – 68%. Для МВ $_{\max} > 632$  Ед/л эти показатели составили, соответственно, 65 и 71%. Низкую ФВ предсказывали исходные эхокардиографические показатели – индекс локальной сократимости  $> 1,72$  (чувствительность – 87%, специфичность – 59%) и митрально-септальная сепарация  $> 14,5$  мм (соответственно, 48% и 98%).

**Выводы.** В постинфарктном периоде могут наблюдаться разнонаправленные изменения ФВ. Анализ ряда доступных клинико-инструментальных показателей острого периода инфаркта позволяет прогнозировать характер изменений фракции выброса, и тем самым в ранние сроки выявлять пациентов высокого сердечного риска. Наибольшее значение имеют анамнез ранее перенесенного инфаркта, суммарная элевация сегмента ST на электрокардиограмме, зарегистрированной после тромбозиса и исходные эхокардиографические параметры – индекс локальной сократимости и митрально-септальная сепарация.

---

## ПРОГНОЗ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Берштейн Л.Л., Новиков В.И.,  
Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н.

*Россия, г. Санкт-Петербург, ГОУ ДПО Санкт-Петербургская  
медицинская академия последипломного образования Росздрава,  
кафедра кардиологии им. М.С. Кушаковского*

**Актуальность.** Избыточная (дизадаптивная) дилатация левого желудочка, связанная с постинфарктным ремоделированием, является важнейшим фактором неблагоприятного прогноза и коррелирует с частотой развития сердечных осложнений. Выявление пациентов с высоким риском увеличения левого желудочка после острого инфаркта миокарда (ИМ), таким образом, фактически равноценно выявлению пациентов высокого сердечного риска. При этом общепризнанных методик прогнозирования дилатации левого желудочка в постинфарктном периоде не разработано. Цель исследования. Исследовать частоту развития дизадаптивной дилатации левого желудочка в постинфарктном периоде и изучить возможность ее прогнозирования на основании анализа ряда доступных клинических, лабораторных, электрокардиографических и эхокардиографических показателей острого периода инфаркта миокарда. Материалы и методы. Обследовано 102 пациента, перенесших острый ИМ с подъемом сегмента ST, которым был выполнен системный тромболизис и затем проводилась медикаментозная терапия согласно общепринятым стандартам. Проводилась оценка факторов сердечного риска и клинических параметров при поступлении; электрокардиография – перед началом и через 3 ч после тромболизиса (ЭКГ-1 и ЭКГ-2); анализ концентрации креатинкиназы и МВ-фракции креатинкиназы до тромболизиса и затем еще 4 раза с 6-часовыми интервалами; эхокардиография с оценкой динамики конечно-диастолического индекса левого желудочка (КДИ) – до

---

тромболизиса, через 6 мес. и 12 мес. после ИМ. Критериями неблагоприятного характера изменения КДИ по окончании наблюдения служили увеличение его  $>20\%$  по сравнению с исходным и/или прогрессирующее увеличение в динамике через 6 и 12 мес.  $>10\%$ . Пациенты, удовлетворявшие этим критериям, были включены в группу  $R_1$ , остальные – в группу  $R_0$ .

**Результаты.** Дизадаптивные изменения КДИ (группа  $R_1$ ) наблюдались у 27 пациентов (26%), причем у 13 отмечалось прогрессирующее увеличение КДИ через 6 и 12 мес. Важнейшими предикторами попадания в группу  $R_1$  были: 1) Неудача реперфузии (только при непередних инфарктах), чувствительность 100% и специфичность 54%; 2) Максимальная элевация ST на ЭКГ-1  $>5$  мм, чувствительность 48%, специфичность – 77%. 3) Величины максимальной концентрации креатинкиназы и ее МВ-фракции (ККmax и МВmax) в 1-е сутки инфаркта. Чувствительность показателя ККmax $>5312$  Ед/л составила 56%, специфичность – 88%, показателя МВmax $>631$  Ед/л – 56% и 77%, соответственно. 4) Исходный индекс локальной сократимости левого желудочка  $>1,81$  – чувствительность 63%, специфичность 75%.

**Выводы.** Прогноз неблагоприятного изменения диастолического объема левого желудочка в отдаленные сроки после ОИМ осуществим на основании анализа доступных клинических и инструментальных показателей острого периода инфаркта миокарда. Наиболее важны для прогноза результаты реперфузии, величина исходной максимальной элевации сегмента ST, максимальные концентрации сердечных ферментов и площадь зоны сократительной дисфункции левого желудочка.

---

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ –  
ОСНОВА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Блинова В.В., Скворцов Ю.И.,  
Блинов Д.В., Гришаева И.В.**

*Россия, г. Саратов,  
ГОУ ВПО “Саратовский ГМУ Росздрава”*

**Цель исследования** – изучить эффективность динамического наблюдения различной кратности за больными артериальной гипертензией с метаболическими расстройствами. **Материалы и методы.** В исследование включено 180 больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст  $55,2 \pm 1,3$  года). Всем больным проводили клинико-физиологическое обследование с помощью общепринятых методов, включая сбор анамнеза, антропометрические измерения; лабораторно-инструментальные методы исследования (параметры липидного спектра, концентрация гликогемоглобина в сыворотке крови, ЭКГ, ЭХОКГ).

Больные были разделены на 3 группы: 1-я группа (72 человека) наблюдалась у кардиолога 1 раз в 3 месяца, 2-я группа (60 больных)- 1 раз в 6 месяцев, 3-я группа, состоявшая из 48 больных, наблюдалась спонтанно, в связи с ухудшением состояния. В начале исследования группы были сопоставимы по большинству параметров, что позволило проводить межгрупповой анализ. Продолжительность исследования составила 12 месяцев.

При обработке полученных результатов использовали пакеты прикладных программ “Excel MS Office-97 Profesional” и “Statistica 6.1”. Статистическая обработка результатов происходила с использованием двустороннего t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции Спирмена и метода дискриминантного анализа.

---

---

**Результаты.** Госпитализация в течение года вследствие прогрессирования артериальной гипертензии отмечена у 7 (9,72%) больных первой группы, у 15 (25%) – больных второй и у 24 (50%) больных третьей группы. Острый инфаркт миокарда в течение года был зафиксирован в 1,67% (1 человек) случаев во второй группе и в 4,17% (2 человека) – в третьей группе. Острое нарушение мозгового кровообращения в течение года было диагностировано у 1 (1,67%) больного второй группы и у 2 (4,17%) больных третьей группы. Годичная летальность во второй группе составила 1,67% (1 человек), в третьей – 2,08% (1 человек), причиной смерти больного 2-й группы послужило острое нарушение мозгового кровообращения, а больного 3-й группы – инфаркт миокарда. В первой группе ОНМК, острый инфаркт миокарда, а также летальных случаев не было зафиксировано. Госпитализация, связанная с прогрессированием нарушений углеводного обмена была зафиксирована в течение года у 7 (9,72%) больных первой группы, у 13 (21,67%) больных второй и 20 (41,67%) больных третьей групп. Процент повторных госпитализаций в третьей группе за год наблюдения был в 3,5 раза выше, чем во второй и в 14 раз выше, чем в первой группе. Различия между группами по частоте повторных госпитализаций по поводу дестабилизации АД достигали статистической значимости. Основной причиной повторных госпитализации и внеплановых визитов к кардиологу в группе №1 было формирование стойкой рефрактерности к проводимой терапии, во 2 и 3 группах- дестабилизация артериального давления и ее осложнения вследствие недостаточного контроля за гемодинамическими показателями.

**Вывод.** Динамическое наблюдение кардиолога за больными артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями, проводимое не реже 1 раза в 3 месяца позволяет повысить приверженность больных к лечению, тем самым, способствуя снижению числа осложнений и соответственно госпитализаций.

**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ СОЛЬРЕАКТИВНЫМИ  
ФОРМАМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Бобрышев К.А., Моргун Е.И., Василенко В.В.,  
Супрун О.Е., Коломиец В.В., Тюрина С.Н., Боброва Е.В.**

*Украина, г. Донецк, Донецкий национальный медицинский  
университет*

*Украина, г. Донецк, Городская клиническая больница № 2*

*Украина, г. Донецк, Дорожная клиническая  
больница на ст. Донецк*

*Украина, г. Киев, Национальная медицинская академия  
последипломного образования*

При эссенциальной гипертензии (ЭГ) солевая чувствительность артериального давления (АД) увеличивает смертность. Возможно, это связано с некоторыми особенностями вариативности АД. Однако исследования, посвященные данной проблеме, имеют существенные ограничения. Во-первых, они охватывают лишь отдельные неевропейские этнические группы. Во-вторых, не изучают парадоксальной реактивности АД. Следовательно, необходима дальнейшая разработка данной проблемы.

**Цель:** Изучить при ЭГ вариативность АД в зависимости от его солевой реактивности.

**Материалы и методы исследования:** Обследован 61 больной (32 мужчины и 29 женщин) ЭГ I-II стадии. Средний возраст больных составил  $41,7 \pm 5,2$  года. В контрольную группу вошли 20 здоровых добровольцев (11 мужчин и 9 женщин) средним возрастом  $43,1 \pm 4,9$  года. Для изучения солевой реактивности АД использовали острый протокол Saline-Lasix. Характер солевой реактивности АД определяли сдвигом среднего АД ( $\Delta$ САД) от объемно-солевой нагрузки до объемно-солевого истощения. Диагностическим критерием солевой чувствительности АД считали  $\Delta$ САД, не меньший 10 мм рт. ст. Больных

---

разделили на сольрезистентных ( $n=26$ ), сольчувствительных ( $n=24$ ) и парадоксальных реакторов ( $n=11$ ). Вариабельность АД изучали на аппарате “Кардиотехника-4000 АД”. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ .

**Полученные результаты:** У сольчувствительных больных дневная вариабельность систолического АД (SD АДС) и диастолического АД (SD АДД) превышала норму и была равна  $17,7 \pm 5,0$  и  $15,8 \pm 4,4$  мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе SD АДС и SD АДД составляли  $11,5 \pm 3,3$  и  $9,6 \pm 2,6$  мм рт.ст. соответственно. При сольчувствительной ЭГ оба показателя были достоверно выше аналогичных параметров у других больных (у сольрезистентных  $11,1 \pm 3,8$  и  $10,5 \pm 2,9$  мм рт.ст., у парадоксальных реакторов  $10,8 \pm 3,1$  и  $11,0 \pm 2,7$  мм рт.ст.,  $p < 0,05$  для всех сопоставлений). Ночью показатели вариабельности АД у сольчувствительных больных уменьшались: SD АДС на  $3,4 \pm 1,7$  мм рт.ст. ( $p = 0,03$ ), SD АДД на  $4,4$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ), – однако нормы не достигали. В то же время у парадоксальных реакторов ночью SD АДС достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличивалась и составляла  $14,7 \pm 3,8$  мм рт.ст. У здоровых лиц и у сольрезистентных больных ночные показатели SD АД не отличались ( $p > 0,05$ ) от дневных и не превышали нормы. Среднесуточные величины SD АДС и SD АДД при сольчувствительной ЭГ являлись наиболее высокими и превосходили аналогичные показатели у прочих обследованных ( $p < 0,05$  для всех сопоставлений). Как известно, двуфазный суточный ритм SD АД определяется, главным образом, активностью симпатoadреналовой (САС) и ренин-ангиотензиновой систем (РАС). Допустимо предположить, что при сольчувствительной ЭГ антинатрийуретические гормоны активируются днём и относительно угнетены ночью. В то же время для парадоксальных реакторов характерна нейрогуморальная активация в ночное время. При сольрезистентной ЭГ суточная активность САС и РАС, очевидно, приближается к норме.

**Выводы:** SD АД в течение суток зависит от солевой реактивности АД при ЭГ. Так, у сольчувствительных больных SD АД повышена как ночью, так и днём. У парадоксальных реакторов

---

---

SD АД увеличивается ночью, но не возрастает днём. У сольерзистентных пациентов суточный профиль SD АД не изменён.

**НЕТРАНСМУРАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА  
У ПАЦИЕНТОВ С ПАЦИЕНТ-ПРОТЕЗНЫМ  
НЕСООТВЕТСТВИЕМ**

**Бородина Е.Е., Евтушенко А.В., Усова А.В.,  
Шипулин В.М., Бородин О.Ю.**

*Россия, г. Томск, ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра  
СО РАМН*

Пациент-протезное несоответствие (ППН) у больных после протезирования аортального клапана является актуальной проблемой кардиохирургии, значимым и независимым предиктором высокой послеоперационной летальности. Степень гипертрофии левого желудочка при ППН имеет большую прогностическую значимость, являясь патогенетическим звеном между аортальным стенозом и ишемией миокарда. Визуальные технологии практически не применялись для выявления субэндокардиальных поражений миокарда при аортальных пороках. Контрастированная МРТ интенсивно исследуется как методика высокочувствительного выявления нетрансмуральной ишемии.

**Цель исследования:** оценить возможность использования ЭКГ – синхронизированной МРТ с контрастированием как метода выявления нетрансмуральных повреждений у лиц с гипертрофией миокарда на фоне перегрузки давлением при аортальных пороках.

**Материалы и методы:** было обследовано 15 пациентов с аортальными пороками, выраженной гипертрофией левого желудочка (ЛЖ) до и через 6 месяцев после протезирования аортального клапана. Всем пациентам имплантировались

---

в аортальную позицию механические протезы. Выполнялась ЭхоКС с определением ММЛЖ и ЭКГ – синхронизированная МР-томография грудной клетки с полным охватом объема сердца (время повторения 800 мс, время эхо 20 мс, толщина среза 7 мм, ЭКГ-синхронизация на конец диастолы), с контрастированием комплексами Gd в дозировке 2 мл 0,5 М раствора/10 кг веса пациента. Рассчитывалась индексированной эффективной площади протеза (ЭИПП), площадь поверхности тела (ППТ).

**Результаты:** у 12 из обследованных пациентов с аортальными пороками выявлено умеренное ППН (ЭИПП  $0.74 \pm 0.08$  см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup> ППТ  $1.7 \pm 0.2$  м<sup>2</sup>), 3 пациентов – выраженное ППН (ЭИПП  $0.64 \pm 0.007$  см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup> ППТ  $2.0 \pm 0.3$  м<sup>2</sup>). Масса миокарда ЛЖ по ЭхоКГ  $340,6 \pm 108,8$  г для всех больных. Показатели массы миокарда, полученные при МРТ и при ЭхоКГ по ЛЖ в целом достоверно коррелировали ( $r=0,89$ ;  $p<0,02$ ) между собой. Субэндокардиальное включение парамагнетика отмечалось у 11 из 15 пациентов при превышении толщины миокарда в области перегородки более 12 мм, боковой стенки левого желудочка – при толщине ее более 16 мм (у 10 из 15) и в области верхушки – при толщине миокарда более 15 мм (у 12 из 15). Включение парамагнетика в миокарде в области верхушки в 6 случаях из 15 сопровождалось также включением в области папиллярных мышц. При ЭКГ-синхронизированной МРТ субэндокардиальные зоны накопления контраста – парамагнетика составляли в объеме до  $2.07 \pm 0,33$  см<sup>3</sup>, до 1/3 толщины миокарда ЛЖ. У лиц контрольной группы патологическая аккумуляция парамагнетика в субэндокардиальных отделах миокарда ЛЖ встречалась лишь в 3 случаях из 12, в объеме  $0,71 \pm 0,22$  см<sup>3</sup>. Регресс гипертрофии ЛЖ у пациентов с умеренным ППН спустя 6 мес после операции – уменьшение ММЛЖ в целом на  $65 \pm 18$  г – сопровождался уменьшением зоны субэндокардиального накопления парамагнетика у 8 из 12 пациентов. У пациентов с выраженным ППН отсутствовал регресс гипертрофии и отмечалось увеличение зоны субэндокардиального накопления парамагнетика.

---

---

**Заключение:** Контрастированная ЭКГ – синхронизированная МРТ позволяет с высокой чувствительностью выявить субэндокардиальную ишемию у пациентов с гипертрофией миокарда ЛЖ. Толщина миокарда ЛЖ в области перегородки свыше 12 мм, а в области боковой стенки свыше 16 мм при аортальном стенозе сопровождается субэндокардиальным повреждением миокарда ЛЖ. Увеличение зоны накопления парамагнетика у пациентов с ППН должно рассматриваться как дополнительное показание к репротезированию аортального клапана.

**ЧАСТОТА ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА  
СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ  
И ИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ С СИНДРОМОМ  
РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ**

**Бояркина Л.Ю.**

*Россия, г. Чита, ФГУ. 9-й военный госпиталь*

Синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) впервые был описан в 1936 году R.Shipley, W. Hallogan как вариант нормы. Среди пациентов госпиталя СРР выявляется в 5,5 % случаев.

**Целью исследования** явился анализ встречаемости признаков синдрома соединительнотканной дисплазии у лиц с СРРЖ и не имеющих такового.

Обследованы 128 военнослужащих срочной службы в возрасте 18–24 лет, госпитализированные в терапевтическое и хирургическое отделения 9 ВГ: 66 пациент с СРР (I группа) и 62 человека без изменений на ЭКГ (II группа). Все пациенты были обследованы на наличие фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии. В перечень были включены: астеническое телосложение, пониженное питание, нарушение осанки, деформации скелета, гипермобильность суставов, ги-

---

перэластичность кожи и множественные пигментные пятна, вентральные грыжи, варикоцеле, расширение вен нижних конечностей, аномалии почек и желчного пузыря, малые аномалии сердца (МАС).

**Были получены следующие данные:** В I группе ростовой показатель (РВП) ниже нормы на 16–20% был у 33 пациентов (50%), нормальный РВП в пределах 37–40% отмечен у 19 человек (28,8%), выше 40% у 14 (21,2%) мужчин. Во II группе соответственно: 13 (21%), 27 (43,6%), 22 (35,4%).

Пониженный вес (ИМТ<20) в первой группе был отмечен у 19 (29%) пациентов, во второй у 7 (11,3%). Нормальный вес (ИМТ 20–25) в I группе был у 60,6 % обследуемых (40 человек), во II – у 75,8% (47 человек), ИМТ более 25 имели 7 (10,4%) и 8 (12,9%) военнослужащих.

Отсутствовали проявления ССТД у 24 (36%) мужчин из первой группы и у 34 (55%) из второй.

Из 66 больных с СРРЖ и 62 без него нарушение осанки и деформации грудной клетки имели соответственно 5 (7,6%) и 2 (3,2%) пациента, варикоцеле, расширенные вены нижних конечностей 4(6,5%) и 2 (3,2%), перетяжку желчного пузыря 7 (10,6%) и 2(3,2%), аномалии почек (нефроптоз, неполное удвоение) 5 (7,6%) и 4 (6,8%). Гиперподвижность суставов отмечалась в 2 (3%) случаях в первой группе, гиперэластичность кожи не была выявлена ни у одного военнослужащего, множественные пигментные пятна встречались с одинаковой частотой (3%–3,2%), пупочная грыжа диагностирована у 1 мужчины с СРР. Малые аномалии сердца обнаружены у 32 (48,5%) пациентов первой группы, из них аномальные хорды имели 17 (53%) человек, изолированный ПМК 4 (13%), сочетанные МАС 11 (34%) обследованных. Во второй группе МАС диагностированы у 21 (34%) пациента: АХ – 9 (43%), ПМК – 6 (28,5%), сочетанные – 6 (28,5%). 16 человек первой группы и 2 второй имели два и более фенотипических признака синдрома СТД.

**Вывод:**

1. У обследуемых с синдромом ранней реполяризации желудочков по сравнению с лицами не имеющих такового чаще

---

выявляются следующие признаки СТД: астеническая конституция, пониженный вес, деформация грудной клетки, варикоцеле, перетяжки желчного пузыря, АРХ, реже нефроптоз. По отношению к другим фенотипическим признакам, не было достоверных различий.

2. Наличие нескольких внешних стигмов и СРРЖ увеличивают вероятность выявления диспластических изменений со стороны внутренних органов.

3. Военнослужащие, имеющие СРРЖ на ЭКГ, требуют детального и всестороннего обследования.

**4D-ТОМОВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ В ОЦЕНКА  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ  
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИБС**

**Бугрий М.Е., Сергиенко В.Б.**

*ФГУ Российский Кардиологический Научно–Производственный  
Комплекс*

**Цель.** Оценить возможности нового метода радионуклидной диагностики – 4D – томовентрикулографии (4D-ВГ) в оценке показателей насосной функции у больных с ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом.

**Материалы и методы.** В исследование включено 23 пациента с ишемической болезнью сердца, из них 20 больных с постинфарктным кардиосклерозом. Пациентам проводилась 4D-ВГ по стандартному протоколу с предварительной *in vivo* меткой пула крови 740 – 925 МБк 99 мТс и последующей записью ЭКГ – синхронизированной томографии с 16 кадровой синхронизацией. Далее проводилась ЭКГ – синхронизированная однофотонная эмиссионная компьютерная томография (СОЭКТ) миокарда с 99 мТс – МИБИ (555 МБк). При оценке результатов определялись показатели насосной функции ЛЖ: конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический

---

объем (КСО), ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ). Полученные данные обрабатывались в программе MedCalc. Оценивались коэффициенты корреляции соответствующих показателей.

### **Результаты.**

Показатель	4D-ВГ	СОЭКТ миокарда	Коэффициент корреляции; р
КДО, мл	213,52±66,38	231,95±70,65	0,74; P<0,0001
КСО, мл	145,86±68,17	165,08±71,34	0,81; P<0,0001
УО, мл	67,82±19,73	66,86±17,77	0,94; P<0,0001
ФВ, %	35±15,45	31,73±13,18	0,9; P<0,0001

**Выводы.** В результате продемонстрирована хорошая корреляция основных показателей насосной функции левого желудочка у больных с ИБС по данным 2-х радионуклидных методов исследования: СОЭКТ миокарда и 4D-ВГ. Выявленные нарушения у большинства больных обусловлены поражением ЛЖ при ИБС, а хорошая корреляция показателей отражает высокую точность и воспроизводимость методов у таких пациентов.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА  
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ИБС В АНАМНЕЗЕ**  
**Булахова И.Ю.**

*Россия, г. Москва, ГОУ ВПО МГМСУ*

**Актуальность проблемы.** В структуре общей смертности населения России сердечно-сосудистые заболевания давно и прочно занимают лидирующее место, среди них одним из наиболее грозных является инфаркт миокарда (ИМ). Макси-

---

мальная эффективность в лечении ИМ может быть достигнута только при своевременном поступлении больного в стационар и оптимальном объеме само- и взаимопомощи до прибытия врача.

**Целью** настоящего исследования являлся анализ влияния различного объема само- и взаимопомощи на течение и исход заболевания у больных инфарктом миокарда.

**Материалы и методы:** Материалом для исследования являлись специально разработанные анкеты-опросники, состоящие из 76 пунктов. Методом формализованного интервью был проведен опрос больных ИМ или их родственников, проводилась комплексная оценка всего пакета медицинской документации (медицинской карты стационарного больного, окончательного клинического и в летальных случаях – патологоанатомического диагноза).

**Результаты исследования:** Нами проведен анализ материалов за 2004–2007 гг. по описанной выше методике 203 случаев развития ИМ у лиц обоего пола (98 мужчин и 105 женщин), возрастом от 45 до 95 лет. Средний возраст больных ИМ составлял: без ишемической болезни сердца (ИБС) в предшествующем анамнезе  $55,8 \pm 9,4$  лет у мужчин и  $65,5 \pm 11,6$  лет у женщин, а пациентов, имеющих ИБС в анамнезе –  $67,8 \pm 11,3$  лет у мужчин и  $73,9 \pm 11,8$  лет у женщин. Были сформированы подгруппы по наличию или отсутствию в анамнезе ИБС. В анамнезе ИБС была диагностирована у 50 мужчин и 81 женщины, не имели ИБС в анамнезе 48 мужчин и 24 женщины. Установлено, что большинство пациентов при первых симптомах ИМ не принимали никаких лекарственных препаратов (66,7% мужчин и 58,3% женщин с дебютом заболевания, 64% и 33,8% – с ИБС в анамнезе. Нитроглицерин (НГ) принимал каждый третий больной ИМ с ИБС в анамнезе (28% мужчин и 40% женщин), а среди пациентов с дебютом заболевания НГ получали лишь немногие пациенты (14,6% мужчин и 40,2% женщин), при это далеко не все делали это своевременно. В течение первого, “золотого” часа обратился за медицинской помощью, в среднем, только каждый пятый пациент с дебютом заболевания и каждый четвертый – с ИБС в

---

---

анамнезе. 64,6% мужчин и 41,7% женщин с дебютом заболевания, а также около половины мужчин и 40,5% женщин с ИБС в анамнезе вызвали бригаду “скорой помощи” лишь через 12 часов от начала заболевания. Количество осложнений при своевременном обращении значительно сокращалось. 2/3 случаев осложнений, преимущественно тяжелых, у мужчин и половина – среди женщин, были выявлены при обращении за медицинской помощью через 7 часов и позже от начала заболевания (нарушения сердечного ритма, прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность и пр.). При дебюте заболевания в случае неосложненного исхода около половины пациентов обратились к врачу в первые 12 часов. При обращении за медицинской помощью в первый, “золотой”, час, избежать осложнений удалось почти 40% пациентам обоего пола с ИБС в анамнезе (пациенты с дебютом заболевания обращались в течение данного временного промежутка в единичных случаях).

**Вывод:** большинство пациентов с инфарктом миокарда не оказывали себе адекватной помощи на догоспитальном этапе, а к врачу обращались со значительным запозданием, вследствие чего были выписаны из стационара с осложнениями различной степени тяжести.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
ХСН НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Бурлова Е.С., Провоторов В.М.**

*Воронеж, Россия, государственная медицинская академия им. Н.Н.  
Бурденко*

**Цель:** прогнозирование клинического течения ХСН на ранних стадиях у больных пожилого возраста.

**Материал и методы.** В исследование было включено 39 мужчин и 38 женщин (средний возраст  $66,38 \pm 0,49$  лет), у ко-

---

---

торых основной причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и/или артериальная гипертензия (АГ). Все больные получали стандартную терапию указанных заболеваний и ХСН. Пациентов наблюдали в течение 1 года, клинико-инструментальное и лабораторное обследование проводили на этапе включения в исследование, через 6 и 12 мес. терапии. При включении в исследование, через 6 и 12 месяцев проводилось комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование. Определяли эндотелин-1 (N – 0,13–0,52 пмоль/л), мозговой (МНП) (N – 23–86 пг/мл) и предсердный натрийуретический пептид (ПНП) (N – 0,72–2,9 пмоль/л), альдостерон (N – 25–315 пг/мл) иммуноферментным методом с использованием тест-систем Victor, Pribori Oy (2005). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

**Результаты.** Анализ клинического течения ХСН через 1 год наблюдения позволил выявить следующие закономерности. Все 8 пациентов, имевших I ФК ХСН, снизили толерантность к физической нагрузке до II ФК ХСН, что свидетельствовало о прогрессировании заболевания. Исследование эхокардиографических параметров показало достоверное снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка. Оценка динамики уровня альдостерона, эндотелина, МНП и ПНП выявило достоверное повышение уровня эндотелина-1, в то время как МНП, ПНП, уровень альдостерона статистически значимо не изменился. Основную группу на 2 подгруппы, в первую вошли лица с исходно нормальными значениями альдостерона (n=39), во вторую – с повышенным уровнем этого гормона (n=38). Дисперсионный анализ показал, что в первой подгруппе больных в течение 12 мес. наблюдения произошло достоверное повышение уровня альдостерона. Анализируемый показатель превысил нормальные значения у 8 человек из 39 пациентов (20,5%). В начале исследования уровень МНП, ПНП и эндотелина-1 у этих пациентов также был достоверно ниже и составил  $430,8 \pm 24,9$  пг/мл,  $4,93 \pm 0,12$  пмоль/л и  $1,40 \pm 0,09$  п/моль/л соответственно, в то время как в группе больных с высокими значениями альдо-

---

---

стерона эти показатели были достоверно выше –  $583,4 \pm 28,1$  пг/мл,  $5,99 \pm 0,14$  пмоль/л и  $2,32 \pm 0,11$  п/моль/л соответственно ( $p < 0,0001$ ). Исходный уровень альдостерона оказывал значимое влияние на фракцию выброса левого желудочка ( $F=13,25$ ,  $p=0,0005$ ), и диастолическую дисфункцию ( $F=5,67$ ,  $p=0,0201$ ). На основании полученных закономерностей с применением регрессионного анализа нами построена модель, позволяющая предсказывать изменение фракции выброса (ФВ) левого желудочка в зависимости от нейро-гуморального континуума в процессе прогрессирования ХСН у лиц пожилого возраста с учетом исходно нормальных значений альдостерона – гормона, ответственного за развитие интерстициального и периваскулярного фиброза (а значит и процессы дезадаптивного ремоделирования) у пациентов с ХСН. Модель имеет вид:  $ФВ = 56,8404 - 0,887684 * \text{Эндотелин-1} - 0,00320882 * \text{ПНП} - 0,00343465 * \text{МНП} - 0,00689534 * \text{Альдостерон}$  и является статистически значимой на 99%-ном доверительном интервале.

**Выводы.** Таким образом, на основе системного анализа в исследовании было установлено, что при прогнозировании прогрессирования ХСН наиболее чувствительным методом является определение уровня эндотелина-1, а при планировании эффективной системы лечебно-профилактических мероприятий при ХСН у больных пожилого возраста с сопутствующей патологией и исходно нормальными значениями уровня альдостерона, необходимо включать в схемы терапии конкурентный антагонист этого гормона – спиронолактон.

---

**ЛОГИСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ**

**Бурлова Е.С.**

*Воронеж, Россия, государственная медицинская академия им. Н.Н.*

*Бурденко*

**Цель:** разработка логистической модели клинического течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) с учетом плазменного уровня эндотелина-1 и альдостерона для обоснования алгоритмов лечебно-профилактических мероприятий на начальных стадиях заболевания у больных пожилого возраста.

**Материал и методы.** В исследование включено 45 больных (22 мужчины и 23 женщины) в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст  $58,7 \pm 0,7$  года) с хронической сердечной недостаточностью I стадии 1–2 ф.к. по NYHA, причиной которой были ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). Верификация ИБС, АГ и ХСН осуществлялась в соответствии с общепринятыми диагностическими критериями для каждого из этих заболеваний.

Всем пациентам проводились общеклинические, функциональные, лабораторно-инструментальные методы исследования с использованием ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭхоКС (Sonoline G50), ВЭМ (Shiller) определение уровня эндотелина-1, альдостерона иммуноферментным методом с использованием тест-систем Victor, Pribori Oy (2005). Статистическая обработка цифровых данных проводилась с применением пакета программ STATGRAPHICS®Plus 5.1 for WINDOWS.

**Результаты.** На основе многофакторного анализа выявлены предикторы неблагоприятного прогноза течения заболевания пожилых пациентов с ХСН, к которым относятся наряду с низкой фракцией выброса левого желудочка, функциональным классом ХСН, эктопической активностью плазменный уровень альдостерона и эндотелина. С использованием уравнений ло-

---

---

гистической регрессии построены прогностические модели, позволяющие предсказывать прогрессирование ХСН у пожилых пациентов с учетом хронической сопутствующей патологии. В качестве дихотомической переменной избрано прогрессирование ХСН (1 – прогрессирование, 0 – нет). Категориальные переменные – X1 – наличие у больного ФВ<45%, X2 – ФК ХСН, X3 – ЖЭ высоких градаций, числовые переменные – уровень эндотелина (X5) и альдостерона (X6). Прогностическая модель, описывающая вероятность прогрессирования ХСН в течение 1 года наблюдения имеет следующий вид:  $Prob(event) = \frac{\exp(\eta)}{1 + \exp(\eta)}$ , где  $Prob(event)$  – вероятность прогрессирования ХСН в течение 1 года наблюдения,  $\eta = 5,1267 + 0,246465 * X1 + 0,176622 * X2 - 5,12987 * X3 = 1 - 7,79064 * X4 = 1 - 7,92982 * X5 = 1 - 6,01451 * X6 = 1$ .

**Выводы.** Таким образом, построенная модель позволяет прогнозировать течение ХСН на начальных стадиях у больных ХСН пожилого возраста, что важно для разработки эффективного плана лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента больных.

**ИВАБРАДИН, БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ,  
ПОКАЗАТЕЛИ ИШЕМИИ МИОКАРДА  
И ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ  
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ  
СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ**

**Вервикишко О.С., Головачева Т.В.,  
Филатова И.И., Скворцов К.Ю.**

*Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО “Саратовский ГМУ Росздрава”  
ММУ МСЧ Саратовского подшипникового завода*

**Цель:** оценка влияния комбинации ивабрадина с бета-адреноблокаторами (БАБ) на показатели ишемии миокарда и

---

вариабельности ритма сердца (BPC) у больных стабильной стенокардией напряжения (CCH).

**Материалы и методы.** В течение года наблюдались 43 мужчины, возраст  $51,2 \pm 3,2$  г, со CCH II-III ФК. Диагноз верифицировался клинически и по данным ВЭМ-пробы, проводившейся на фоне отсутствия приема БАБ в течение 48 часов. У всех пациентов до включения в исследование фиксировалась синусовая тахикардия ( $>80$  ударов в минуту). Критерием включения в исследование служила невозможность увеличения суточной дозы БАБ из-за снижения систолического АД менее 100 мм рт.ст. Критериями исключения являлись непереносимость препаратов, перенесенный инфаркт миокарда, ХСН  $>2$  ФК по классификации NYHA. Систолическая дисфункция исключалась по данным ДоппЭхоКГ. Всем больным до включения в исследование и через 12 месяцев проводили суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ). Больные рандомизировались на 2 группы. Пациенты 1-й группы (21 человек) на фоне терапии аспирином, аторвастатином, периндоприлом получали комбинацию бисопролола (2,5 мг 2 р/с) с ивабрадином (5–7,5 мг 2 р/с). У пациентов 2-й группы (22 человека) указанная терапия комбинировалась с метопрололом тартратом (12,5–25 мг 2 р/с) и ивабрадином в описанной суточной дозировке. Доза ивабрадина титровалась до достижения ЧСС 50–60 в состоянии покоя. Для обработки данных использовались методы непараметрической статистики.

**Результаты.** В 1-й группе больных суммарное время ишемии миокарда (СВИМ) исходно и через 12 месяцев составило  $34,2 \pm 4,1$  мин и  $12,1 \pm 4,5$  мин, SDNN – 83,2 и 104,6 мс, LF/HF – 3,8 и 2,2, соответственно ( $p < 0,05$ ). Во 2-й группе пациентов аналогичные показатели составили: СВИМ –  $36,8 \pm 7,3$  мин и  $12,8 \pm 4,5$  мин, SDNN – 84,2 и 105,1 мс, LF/HF – 3,6 и 2,2, соответственно ( $p < 0,05$ ). При сравнении указанных показателей между группами больных в динамике статистически достоверных различий получено не было.

**Выводы.** Комбинация ивабрадина с бисопрололом или метопрололом тартратом на фоне стандартной терапии CCH

---

---

у мужчин в равной степени влияет на динамику показателей ишемии миокарда и ВРС.

**ТАЛЛИТОН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
СЕРДЦА**

**Водорезова Т.Н., Середа Е.В., Каменева Т.Р.,  
Родионов Б.А., Коняхин А.Ю.,  
Фадеева Е.А., Радзевич А.Э.**

*МГМСУ, ГКБ № 52, Москва, Россия*

**Цель:** оценить влияние таллитона на суточный профиль артериального давления (АД), параметры гемодинамики при лечении пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС): стенокардией напряжения (СтН) II-III функционального класса (ФК).

**Материалы и методы:** были включены 25 пациентов АГ в сочетании с ИБС: СтН II-III ФК (15 мужчин и 10 женщин). Длительность АГ составила 11 лет. У 10 больных диагностирован II ФК СтН, у 15 – III ФК СтН. Все пациенты до включения в исследование проходили “отмывочный период”. В течение недели все больные получали базисную терапию, которая включала аспирин, изосорбида динитрат. При включении пациентов в исследование к базисной терапии добавляли таллитон по 12,5 мг в сутки в течение 30 суток. Всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию.

**Результаты:** при анализе результатов СМАД через 1 месяц после включения таллитона в состав комплексной терапии было отмечено достоверное снижение среднедневного систолического артериального давления (САД), среднедневного диастолического артериального давления (ДАД), средненочного САД, средненочного ДАД, временного гипертонического индек-

---

са (ИБ) САД (в дневные и ночные часы), ИВ ДАД (в дневные часы и ночные часы). Было выявлено увеличение пациентов с нормальной степенью снижения АД в ночные часы. При анализе гемодинамических показателей достоверных изменений не выявлено.

**Выводы:** включение таллитона в состав комплексной терапии больных АГ в сочетании с ИБС: СтН II-III ФК способствует оптимизации средних показателей СМАД, параметров гипертонической нагрузки, суточного профиля АД. Применение таллитона АГ в сочетании с ИБС: СтН II-III ФК клинически оправдано, безопасно и эффективно.

**ФАЗОВЫЙ АНАЛИЗ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА КАК  
ОСНОВА КАРДИОМЕТРИИ, И АЛЬТЕРНАТИВА  
СУЩЕСТВУЮЩЕМУ УНИФИЦИРОВАННОМУ  
ЗАКЛЮЧЕНИЮ ПО ЭКГ ИССЛЕДОВАНИЯМ**

**Воронова О.К., Зернов В.А., Колмаков С.В.,  
Македонский Д.Ф., Мамбергер К.К.,  
Руденко М.Ю., Руденко С.М.**

*Россия, г. Москва, Российский новый университет,  
[www.cardiocode.ru](http://www.cardiocode.ru)*

**Введение.** Исследования фазовой структуры сердечного цикла позволили получить принципиально новые данные о работе сердечно-сосудистой системы. Классическая ЭКГ сердечного цикла состоит из трех частей. 1-я от начала волны Р до точки Q, состоящая из шести фаз, характеризует работу сердца. 3-я от начала волны Т до начала волны Р, состоящая из трех фаз – работу сосудов. 2-я, от точки j до начала волны Р, является связывающей фазой между сердцем и сосудами. Это время для распределения ударного объема крови в восходящей аорте. Ее длительность составляет около 0,38 с, и зависит от эластичности аорты. Эти новые данные позволяли

---

---

по новому подойти к оценке существующего стандартного ЭКГ заключения.

**Цель исследования.** Показать возможности и различия в качественной и количественной оценках ЭКГ – общепринятым многоканальным ЭКГ – анализом и новым, на основе фазового анализа сердечного цикла (ФАСЦ).

**Метод.** Форма ЭКГ характеризует трансмембранный потенциал между наружной и внутренней поверхностью клеточных мембран. Согласно закону Ома, потенциал влияет на амплитуду регистрируемого сигнала, но не на скорость его распространения. Амплитуда и скорость являются двумя разными физическими величинами. Поэтому скорость распространения по мышечному волокну связывать с амплитудой ЭКГ сигнала некорректно. Длительность фаз сердечного цикла может изменяться немного в определенных пределах, но это будет вызвано гипертрофией соответствующего сегмента. Амплитуда всегда будет соответствовать управлению сокращением сегмента сердца для преодоления течением крови изменяющейся нагрузки со стороны сосудов. Поэтому, характеристики сердца, используемые для анализа ЭКГ, такие как блокады, синдром ускоренного предсердно-желудочкового проведения возбуждения и т.п. не могут являться функциями изменения скорости проводимости потенциала.

Волна Р, комплекс QRS, волна Т, волна U и другие элементы ЭКГ по своей длительности являются константами. Изменение их амплитуды, без изменений нагрузки на аорту со стороны сосудов, указывает на нарушение водного обмена мембран клеток мышц. Также, при серьезном изменении водного обмена какого-либо участка миокарда, соседние участки мышечной ткани берут на себя работу патологического участка и их электрическая активность резко увеличивается.

Фазовый анализ – это вариабельность временных интервалов между возбуждениями определенного рода констант, а не их изменение.

**Результаты.** Новый метод впервые позволил косвенно измерять объемные параметры фазовой гемодинамики и оцени-

---

---

вать функционирование сегментов сердца в каждой из десяти фаз.

**Выводы.** Более широкое распространение метода фазового анализа сердечного цикла позволит в значительной степени повысить эффективность диагностики в профилактических и экстренных случаях.

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ,  
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ  
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ИБС**

**Гальченко О.Е., Знаменщикова Е.В., Тарасов А.А.**

*Россия, г. Волгоград,*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра факультетской терапии*

**Целью исследования** явилось установление роли сопряженных изменений микрореологических свойств крови, процессов липопероксидации, состояния транскапиллярного обмена (ТКО) в формировании клинического течения ИБС и определение возможности использования полученных данных для прогнозирования течения заболевания.

**Методы исследования:** Обследовано 198 больных с верифицированным диагнозом “ИБС”, из них 128 мужчин (64,6%) и 70 женщин (35,4%) в возрасте от 39 до 76 лет. Острый коронарный синдром (ОКС) был представлен нестабильной стенокардией у 42 пациентов (45,6%), Q-негативным инфарктом миокарда (non-Q-ИМ) – у 13 пациентов (14,2%), Q-позитивным ИМ (Q-ИМ) – у 37 больных (40,2%). Больных с хронической ИБС (ХИБС) было 106 человек, мужчин – 61,3%, женщин – 38,7%. Группа контроля включала 30 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени, без ИБС. Определяли показатели агрегационной способности тромбоцитов, вязкости крови, ТКО методом артерио-венозной разницы, активность ПОЛ по уров-

---

---

ню малонового диальдегида, интенсивность супероксиддисмутазы (СОД). Прогностическую значимость исследованных показателей оценивали с помощью математической модели, представляющей взвешенную сумму централизованных показателей 10 основных клинических и лабораторных признаков ИБС, с определением интегрального показателя F.

**Результаты:** У всех больных ИБС установлено достоверное повышение степени и скорости агрегации тромбоцитов, а также вязкости крови, интенсивности ПОЛ и ТКО по сравнению с пациентами без клинических проявлений ИБС. Одновременно в обеих группах больных ИБС (ОКС и ХИБС) обнаружено достоверное снижение степени дезагрегации тромбоцитов, а также активности СОД по сравнению с контрольной группой. Наиболее выраженные сдвиги были выявлены у больных ОКС, они достоверно превысили таковые у больных с ХИБС. Отмечена четкая тенденция к нарастанию агрегационной активности тромбоцитов, вязкости крови, активности ПОЛ и транскапиллярной проницаемости на фоне снижения дезагрегации и активности СОД в ряду НС→non-Q-ИМ→Q-ИМ. Ранжирование различных клинических форм ИБС по значению интегрального показателя F продемонстрировало, что наиболее высоким он оказался у больных ОКС, достигая максимального значения при Q-позитивном ИМ.

**Выводы:** Комплексная оценка микрореологических свойств крови, состояния ПОЛ, антиоксидантной системы и ТКО у больных с различными формами ИБС демонстрирует взаимосвязь выявленных нарушений и указывает на участие сопряженных изменений этих систем в формировании клинического течения заболевания. Интегральный показатель F объективно отражает суммарную тяжесть той или иной клинической формы ИБС и, следовательно, позволяет прогнозировать течение болезни и развитие обострений ИБС.

---

**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ФАРМАКОКИНЕТИКИ  
ТРИМЕТАЗИДИНА  
ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**  
**Головачева А.Б.**

*Россия, г. Томск, ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН*

**Актуальность.** Метаболический синдром – широко распространенная патология, ассоциированная с многократным повышением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности. В связи со значительной гетерогенностью данного синдрома, общепризнанной стратегией его лечения является многокомпонентная терапия, подбираемая индивидуально. Патогенетически оправдано включение в схему лечения миокардиального цитопротектора триметазидина, оптимизирующего метаболизм миокарда в условиях инсулинорезистентности и гиперлипидемии и позволяющего предупредить или замедлить прогрессирование диабетической и ишемической кардиомиопатии. Между тем фармакокинетика лекарственных средств, знание которой необходимо для безопасного и эффективного применения препаратов в клинической практике, при метаболическом синдроме остается неизученной. В связи с этим представляется актуальным оценить девиации фармакокинетики у пациентов с метаболическим синдромом на примере триметазидина.

**Цель исследования.** Изучить особенности фармакокинетики триметазидина при метаболическом синдроме.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 2 группы волонтеров: первая включала 38 здоровых лиц, вторую составили 20 пациентов с метаболическим синдромом, верифицированным на основании критериев Международной Федерации Диабета (2005 г.). С целью выявления зависимости фармакокинетических характеристик от конкретных оцениваемых параметров метаболизма, вегетативного обеспечения функций и гормонального статуса пациентам с метаболическим

---

синдромом регистрировали уровни инсулин- и кортизолемии, липидный спектр, определяли активность сукцинатдегидрогеназы лимфоцитов периферической крови (СДГ), отражающей состояние системы энергопродукции, а также оценивали вариабельность сердечного ритма (BCP). Утром в день исследования все волонтеры получали перорально разово 60 мг триметазидина. Заборы крови для определения концентрации триметазидина осуществлялись исходно до приема препарата, а также через 30 минут, 1, 2, 3, 4, 6, 9, 12 и 24 часа после приема, что предполагало получение 3 точек для восходящего фрагмента фармакокинетической кривой и 6 точек для ее нисходящего фрагмента. Концентрацию триметазидина в плазме крови определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на хроматографе "Милихром А-02". Оценивали максимальную концентрацию препарата ( $C_{max}$ ), время ее достижения ( $T_{max}$ ) и площадь под фармакокинетической кривой (AUC). При описании количественных признаков пользовались медианой и интерквартильным размахом. Статистическая обработка проводилась методами непараметрического анализа.

**В результате** проведенного исследования было выявлено двух-трехкратное увеличение концентрации триметазидина на всем протяжении времени наблюдения у пациентов с метаболическим синдромом по сравнению со здоровыми лицами ( $C_{max}$  374,6 (298,1; 442,0) нг/мл vs 108,4 (98,2; 122,9) нг/мл,  $p < 0,0001$ ). Также при метаболическом синдроме было зарегистрировано трехкратное увеличение AUC, свидетельствующее о значительном накоплении препарата в системном кровотоке, и увеличение  $T_{max}$ , характеризующее замедление абсорбции препарата, по сравнению с данными, полученными в группе здоровых лиц (AUC 2245,6 (2015,8; 2684,9) нг\*мл/час vs 643,2 (598,1; 693,3) нг\*мл/час,  $T_{max}$  3 (3; 4) часа vs 2 (2; 2) часа,  $p < 0,0001$ ). Корреляционный анализ выявил наличие прямой зависимости  $C_{max}$  и AUC от ряда показателей BCP, отражающих активность симпатического отдела нервной системы ( $p < 0,05$ ), и обратной зависимости от показателей, от-

---

---

ражающих активность парасимпатического отдела нервной системы ( $p < 0,05$ ) и активность СДГ ( $p < 0,001$ ). Статистически значимой зависимости фармакокинетических параметров от уровней инсулин- и кортизолемии, а также липидного спектра вывлено не было.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о замедлении абсорбции, метаболизма и элиминации триметазидина при метаболическом синдроме с накоплением его в плазме крови, что вызвано, вероятно, характерной для этой патологии избыточной активацией симпатической нервной системы с последующим истощением энергоресурсов, необходимых для процессов биотрансформации и элиминации ксенобиотиков. При нарастании гиперсимпатикотонии и подавления системы энергопродукции наблюдается увеличение выраженности описанных девиаций фармакокинетики триметазидина, что необходимо учитывать при индивидуальном выборе режима приема и дозирования препарата.

**ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ  
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Гончарова Л.Н., Федоткина Л.К.,  
Кузовенкова О.Н., Сергутова Н.П.**

*Мордовский государственный университет  
им. Н.П. Огарева. г. Саранск.*

Артериальная гипертония (АГ) является наиболее частой причиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). Обязательным компонентом АГ является наличие гипертрофии ЛЖ. Гипертрофия левого желудочка является независимым фактором риска при артериальной гипертонии, а также усугубляет течение хронической сердечной недостаточности.

---

В связи с этим целью нашего исследования явилось выявление гипертрофии левого желудочка у пациентов с АГ, осложненной ХСН.

***Материалы и методы исследования:***

Было обследовано 224 пациента с установленным диагнозом АГ. В соответствии с целями исследования были сформированы 3 группы: в 1-ую группу вошли больные с ХСН I–II ФК (n=88), во 2-ую – больные АГ, осложненной ХСН III–IV ФК (n=65), 3-ю группу (контрольную) составили пациенты с АГ без клинических признаков ХСН (n=71).

Для определения функционального класса всем пациентам проводился тест 6-минутной ходьбы, а также исследование по шкале оценки клинического состояния при ХСН (модификация В.Ю. Мареева, 2000). Все пациенты прошли тщательное медицинское обследование (сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, антропометрия, лабораторные методы исследования, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, Эхо-КГ). Статистический анализ результатов проведен с помощью пакетов программ “Statistica for Windows 6.0” (StatSoft).

У пациентов АГ, имеющих III–IV ФК ХСН гипертрофии левого желудочка встречается достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще – 90,9%. У пациентов АГ, имеющих I–II ФК ХСН гипертрофии левого желудочка встречается в 95,4%. В контрольной группе данный фактор определялся у 70,4% пациентов. Степень выраженности гипертрофии ЛЖ не зависела ни от уровня АД, ни от продолжительности заболевания, а также и от наличия ФК ХСН.

***Выводы:***

Таким образом, гипертрофия левого желудочка у больных артериальной гипертонией достоверно чаще встречается у пациентов с более тяжелым функциональным классом хронической сердечной недостаточности, что определяет ранее выявление данного фактора с целью предупреждения прогрессирования хронической сердечной недостаточности.

---

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ  
ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
И БЕЗОПАСНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ  
У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ**

**Гончарова Н.Ю., Чернов Ю.Н.,  
Батищева Г.А., Прошунина С.И.**

**Цель:** оценить влияние комбинированной гипотензивной терапии бета-адреноблокатором небивололом (небилет) и ингибитором АПФ зофеноприлом (зокардис) на состояние метаболического обмена и уровень психофизиологических функций у диспетчеров железнодорожного транспорта.

**Методы:** группу исследования составили 16 диспетчеров Юго-Восточной железной дороги с АГ 1 ст., ср. возраст –  $39,7 \pm 9,6$  лет. Все пациенты в течение 2-х месяцев получали небилет 2,5–5 мг/сут и зокардис 15 мг/сут. Исходно и через 8 недель терапии проводилась регистрация показателей гемодинамики, оценка параметров липидного обмена и определение скорости зрительно-моторных реакций. Для оценки эффективности и безопасности гипотензивной терапии впервые использованы интегральные показатели – индекс сердечно-сосудистой системы (ИСС), индекс психофизиологических функций (ИПФ), индекс метаболических функций (ИМФ). При расчете ИСС учитывались показатели периферической и центральной гемодинамики, при определении ИМФ – данные липидного обмена, при оценке ИПФ – скорость зрительно-моторных реакций. У обследованных ранее здоровых лиц аналогичного возраста без признаков АГ и нарушений липидного обмена расчетные показатели  $\text{ИСС} \leq 14$  усл. ед.,  $\text{ИМФ} \leq 9$  усл. ед.,  $\text{ИПФ} \leq 11$  усл. ед. (заявка на изобретение № 2008115268).

**Результаты:** при обследовании до начала терапии у диспетчеров, страдавших АГ, уровень САД составил  $143,2 \pm 12,1$  мм рт.ст, ДАД  $93,6 \pm 11,4$  мм рт.ст., ИСС был равен

---

---

15,0±1,15 усл.ед., отмечались признаки нарушения липидного обмена, что проявлялось повышением ИМФ до 11,94±1,3 усл.ед., при этом ИПФ был равен 9,15±2,31 усл.ед. На фоне комбинированной терапии было отмечено снижение АД до целевого уровня и улучшение показателей гемодинамики, что выражалось уменьшением ИСС через 8 недель приема препаратов на 24,7% ( $p < 0,05$ ). Помимо гипотензивного эффекта, у больных отмечено улучшение показателей липидного обмена и снижение ИМФ на 32,5%, что связано с использованием в составе комбинированной терапии ингибитора АПФ зофеноприла, обладающего антиоксидантной активностью. Контроль безопасности лечения показал отсутствие негативного влияния проводимой терапии на скорость зрительно-моторных реакций, что подтверждалось сохранением ИПФ на прежнем уровне через 8 недель терапии.

**Выводы:** использование интегральных индексов (ИСС, ИПФ, ИМФ) позволяет проводить контроль эффективности и безопасности гипотензивной терапии у лиц операторских профессий с оценкой профессионально значимых психофизиологических функций.

**ОЦЕНКА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА  
ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ  
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНИЕЙ (АГ) НА ФОНЕ ДИСЛИПИДЕМИИ**

**Горшунова Н.К., Украинцева Д.Н., Медведев Н.В.**

*Курский государственный медицинский университет*

Патологические изменения комплекса “интима-медиа” магистральных артерий – один из независимых факторов риска прогрессирования атеросклероза, развития его осложнений.

---

**Цель работы.** Оценить структурные изменения общей сонной артерии в зависимости от нарушений липидного статуса у пациентов пожилого возраста, страдающих АГ.

**Материалы и методы.** Обследовано 83 человека, страдающих АГ II стадии пожилого возраста (средний возраст  $65,4 \pm 4,9$ ). Измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии в мм проводили на аппарате MyLab15 (Esoate/PieMedical, Италия). Энзиматическим колориметрическим методом исследовали липидный профиль (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ)). Концентрацию ХСЛПВП вычисляли по формуле W.T.Friedewald и соавт. (1972). По уровню малонового диальдегида (МДА) в ЛПНП оценивали их окислительный потенциал. Статистический анализ результатов, представленных как  $M \pm \delta$ , включал использование параметрических методов, различия между сравниваемыми группами, оцениваемые по критерию Стьюдента, признавались достоверными при  $p < 0,05$ . Результаты исследования. Повышение концентрации ХС ЛПНП  $\geq 4,0$  ммоль/л выявлено у 39 (47%) и снижение показателя ХС ЛПВП  $\leq 1,0$  ммоль/л у 46 (55%) пациентов, уровень ОХС превышал 6,0 ммоль/л у 22 (26%) лиц пожилого возраста, страдающих АГ. Оценка ТКИМ и окислительного потенциала ЛПНП проводилась в группе из 39 человек с высокой концентрацией ЛПНП (основная), выделенной по критериям ВНОК (2007), группу сравнения составили 44 пациента с ЛПНП менее 4,0 ммоль/л. Установлена статистически значимая достоверность различий между сравниваемыми группами по уровню ХС ЛПНП ( $4,25 \pm 0,24$  и  $3,2 \pm 0,57$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ) и ОХС ( $6 \pm 0,38$  и  $5 \pm 0,63$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). Обнаружение повышенной концентрации МДА в ЛПНП у лиц основной группы ( $4,5 \pm 2,1$  мкмоль/л) в сравнении со второй группой –  $3,5 \pm 2,2$  мкмоль/л, ( $p < 0,05$ ) косвенно указывало на снижение их окислительной резистентности. ТКИМ пациентов основной группы –  $1,02 \pm 0,16$  достоверно превышала аналогичный показатель в группе сравнения –  $0,91 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ .

---

---

**Выводы:** выявленное сочетание патологических структурных изменений общей сонной артерии в виде утолщения комплекса интима-медиа и дислипидемии, сопровождающейся снижением устойчивости ЛПНП к окислению, вероятно, подтверждает патогенетическую роль нарушений липидного обмена в сосудистой перестройке при артериальной гипертензии у пациентов старшего возраста.

**ВЛИЯНИЕ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ  
НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ  
ПРИ МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ**

**Горькова Н.Б., Кузьмина Т.М.**

*Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет*

**Актуальность:** Согласно теории адаптации сердца к нагрузкам, разработанной Ф.З. Меерсоном, важное значение придается компенсаторной гипертрофии миокарда, но есть ряд заболеваний, при которых генетически обусловленным является развитие не гипертрофического, а дистрофического и атрофического процессов. Речь идет о наследственных миопатиях.

**Цель:** Изучить изменения кардиогемодинамики под воздействием изометрической нагрузки у больных миотонической дистрофией.

**Материал и методы исследования:** Выделяют 3 большие группы миопатий, сопровождающиеся изменением миокарда: миотоническая дистрофия, атаксия Фридрейха, прогрессирующие х-сцепленные мышечные дистрофии. Мы исследовали особенности гемодинамики у пациентов с миотонической дистрофией, клиническую картину которой определяет миопатический синдром с характерным распределением амиотрофий (поражение мускулатуры лица, шеи, дистальных отделов рук и ног), миотонический тип нарушения движений, когда после

---

активного напряжения мышц возникает тонический спазм с затруднением расслабления.. Было изучено 40 пациентов с установленным диагнозом миотонической дистрофии. В исследование включались пациенты с начальными проявлениями заболевания. Всем пациентам проводилась эхокардиография до нагрузки, во время и после нагрузки. Больному предлагалось упражнение в изометрическом режиме – удержание ног под углом 45 градусов. Выбор такого вида упражнения был обусловлен тем, что при этом в работу вовлекаются сгибатели, разгибатели бедра, мышцы тазового пояса и живота, которые редко поражаются при миотонической дистрофии.

**Полученные результаты:** В контрольной группе в ответ на нагрузку отмечался достоверный рост АД с 118,6 до 140,0 мм рт.ст (систолического) и с 74,1 до 90,3 мм рт.ст. (диастолического). Так же достоверно увеличивалась скорость циркулярного укорочения волокон миокарда, фракция выброса. У пациентов с умеренными нарушениями функции скелетных мышц на эхокардиограмме до нагрузки показатели достоверно не различались с группой контроля, кроме уменьшения регионарного индекса расслабления. (диастолическая дисфункция характерна для этого заболевания). Имелась тенденция к снижению индекса массы миокарда, толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, что могло быть обусловлено дистрофическими изменениями миокарда, но фракция выброса была в норме. В ответ на нагрузку также отмечался достоверный рост АД систолического с 100.7 до 117.6 мм рт.ст., диастолического с 68,3 до 76,7 мм рт.ст, частота сердечных сокращений увеличилась с 58,1 до 84,2.( $p < 0,05$ ). Достоверно во время нагрузки снижались показатели, отражающие сократительную способность миокарда( фракция выброса с 58,3% до 50,5%, степень укорочения передне-заднего размера в систолу с 31,6% до 26,1%), а также нарастали проявления диастолической дисфункции, которые были у данной группы пациентов исходно, а именно, достоверно уменьшалось отношение E/A с 1,7 до 1,25.

---

---

**Выводы:** Таким образом, ножная изометрическая нагрузка позволила выявить функциональную неполноценность миокарда, которая не определялась в покое. Это проявилось в момент нагрузки ухудшением сократительной способности миокарда (снижение фракции выброса, степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка в систолу), усугублением структурных нарушений диастолы (увеличение систолы предсердий, уменьшение быстрого наполнения) Возможно, отсутствию выраженных изменений кардиогемодинамики в покое способствовал то обстоятельство, что параллельно развивался дистрофический и атрофический процесс в скелетных мышцах, что соответственно вызывало снижение их потребности в кровотоке. Кроме того, пациенты вели малоподвижный образ жизни из-за ограничения двигательных функций, что также нивелировало снижение функциональных возможностей сердца в покое.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО  
ЭФФЕКТА КОМБИНАЦИИ ИНДАПАМИДА  
С АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ**

**Гриднева Е.В., Лохина Т.В.,  
Искендеров Б.Г., Сисина О.Н.**

*Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО "Пензенский институт  
совершенствования врачей Росздрава"*

**Цель работы:** сравнить антигипертензивный эффект комбинации индапамида с амлодипином и верапамилом ретард у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени при курсовом лечении в течение 8 недель.

**Материал и методы.** Обследовали 29 больных (17 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст –  $51,4 \pm 2,3$  года). Из них у 13 больных диагностировали АГ I степени и у 16 – II степени. У больных с I степенью АГ

---

показанием для комбинированной терапии являлось наличие сердечно-сосудистого риска III и IV степени. Больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы. В 1-ую группу вошли 15 больных, которым назначали комбинацию арифона и кардилопина в дозе 10–20 мг/сут. Во 2-ой группе (14 больных) использовали комбинацию арифона и изоптина СР в дозе 120–240 мг/сут. До и после лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД). При этом у 13 больных выявлен тип диппер, у 9 – нон-диппер, у 3 – найт-пикер и у 4 – овер-диппер.

Результаты исследования. Исходные показатели СМАД в сравниваемых группах различались незначительно. На фоне лечения у всех больных с I степенью АГ нормализовалось АД (ниже 140/90 мм рт.ст.). У больных со II степенью АГ терапия с переносимыми дозами препаратов в 1-ой группе нормализовала АД в 88,9% случаев и во 2-ой группе – в 85,7% случаев. Кроме того, в 1-ой группе среднесуточные величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД) снизились на  $35\pm 4$  и  $13\pm 2$  мм рт.ст. соответственно ( $p<0,01$ ), а во 2-ой группе – на  $31\pm 3$  и  $12\pm 2$  мм рт.ст. соответственно ( $p<0,01$ ). Показатели индекса времени (ИВ) нагрузки САД и ДАД за сутки в сравниваемых группах снизились в 2,5–3 раза и в 1-ой группе составили  $28\pm 2$  и  $23\pm 2\%$  соответственно, во 2-ой группе –  $30\pm 3$  и  $21\pm 2\%$  соответственно. В 1-ой группе частота сердечных сокращений (ЧСС) по сравнению с исходным состоянием изменилась незначительно: от  $-5$  до  $+7$  уд/мин. Однако во 2-ой группе у всех больных наблюдалось уменьшение ЧСС на 5–15 уд/мин и в среднем – на 14,3% ( $p<0,01$ ). В 1-ой группе нормализация циркадного ритма АД отмечалась в 66,7% случаев и во 2-ой группе – в 71,4% случаев. Необходимо отметить, что ни в одном случае развития отека стоп, нарушений функции проводимости сердца не отмечалось.

Выводы. Показано, что комбинация индапамида с амлодипином и верапамилом ретард у больных АГ I–II степени обладает выраженным антигипертензивным эффектом.

---

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
РАЦИОНАЛЬНЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТАГОНИСТОВ  
КАЛЬЦИЯ С ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Искендеров Б.Г.**

*Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО “Пензенский институт  
усовершенствования врачей Росздрава”*

**Цель работы:** гемодинамическое обоснование рациональных комбинаций индапамида с верапамилом ретард и амлодипином у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени.

**Материал и методы.** Обследовали 29 больных (17 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст –  $51,4 \pm 2,3$  года). Из них у 13 больных АГ соответствовала I степени и у 16 – II степени. При I степени АГ показанием для комбинированной терапии являлось наличие сердечно-сосудистого риска III и IV степени. Больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы. В 1-ой группе (15 больных) назначали комбинацию арифона ретард и кардилопина в дозе 10–20 мг/сут. Во 2-ой группе (14 больных) использовали комбинацию арифона ретард и изоптина СР в дозе 120–240 мг/сут. До и после лечения проводили доплер-эхокардиографию. В исходном состоянии у 12 больных выявлен гиперкинетический тип кровообращения и у 17 больных – эу- и гипокинетический тип.

**Результаты исследования.** Необходимо отметить, что суммарные исходные показатели кардио- и гемодинамики в сравниваемых группах существенно не отличались. В 1-ой группе у больных с гиперкинетическим типом снижение систолического АД (САД) составило в среднем 19,2% ( $p < 0,01$ ), диастолического АД (ДАД) – 10,7% ( $p < 0,05$ ) и у больных с эу-/гипокинетическим типом – 28,4% ( $p < 0,001$ ) и 17,8% ( $p < 0,01$ ) соответственно. Во 2-ой группе наиболее выраженный гипотензивный эффект отмечен, наоборот, у больных с гиперкинетическим типом (САД и ДАД снизились в среднем на 25,3 и 15,5%

---

соответственно), чем у больных с эу- и гипокинетическим типом: 16,9 и 11,6: соответственно. Кроме того, у больных 1-ой группы и с эу-/гипокинетическим типом отмечалось достоверное увеличение сердечного индекса и фракции выброса (ФВ) на 14,7 и 11,3% соответственно ( $p < 0,05$ ). Во 2-ой группе и при гиперкинетическом типе достоверно снизились ФВ и ЧСС в среднем на 10,6% ( $p < 0,05$ ) и 14,5% соответственно ( $p < 0,01$ ). Наиболее выраженное снижение периферического сосудистого сопротивления выявлено у больных 1-ой группы, имеющих эу-/гипокинетический тип: в среднем на 22,5% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, при гиперкинетическом типе кровообращения целесообразно применение комбинации индапамида и верапамила ретард, а при эу- и гипокинетическом типе – индапамида и амлодипина.

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ  
ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ УГЛЕВОДНОГО  
ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Гриншкун Г.Г., Маль Г.С., Кутузова В.С.**

*Россия, г. Курск, ГОУ ВПО “Курский государственный медицинский университет”,*

*Россия, Московская область, г. Подольск, Подольская городская  
клиническая больница*

**Актуальность.** Одной из распространенных патологий в мире является артериальная гипертензия. В 80% случаев артериальной гипертензии сопутствует метаболический синдром – комплекс метаболических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность. Одними из известных критериев выявления метаболического синдрома являются артериальная гипертензия ( $\geq 140/90$  мм рт.ст.) и уровень глюкозы в плазме натощак ( $\geq 6,1$  ммоль/л). Учитывая, что артериальная

---

гипертензия с метаболическим синдромом сопровождается сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертностью, проблема своевременной диагностики и лечения является актуальной. При этом одними из целей терапии метаболического синдрома является нормализация углеводного обмена и лечение артериальной гипертензии. Следствием такой терапии является профилактика сахарного диабета второго типа, развитие сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Для лечения подобных патологий осуществляется комбинированная терапия, основой для которой являются диуретики, ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II, составляющие фиксированные и нефиксированные комбинации.

**Цель.** Определить степень влияния фиксированных и нефиксированных комбинаций препаратов (на примере гипотензивных препаратов: теветен, арифон ретард, теветен плюс, нолипрел) на уровень углеводного обмена у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом.

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 120 пациентов кардиологического отделения Подольской городской клинической больницы (Московская область). Основные критерии включения: артериальная гипертензия любой степени тяжести, метаболический синдром, возраст 41–60 лет, женский пол. Проводилось сравнение уровня глюкозы крови с параллельным изучением динамики АД у больных, принимающих фиксированные и нефиксированные комбинации препаратов. Применялись общеклинические и биохимические методы исследования, контроль АД, методы математической статистики. Пациенты были разделены на четыре группы по 30 пациентов. Пациентам первой группы назначали теветен плюс, второй группы – нолипрел форте, третьей группы – теветен и арифон ретард. Пациентам четвертой контрольной группы назначался эналаприл. Общая продолжительность исследования – 24 недели.

**Полученные результаты.** У больных, принимавших теветен плюс (фиксированная комбинация препаратов), наблюдалось незначительное изменение уровня глюкозы в плазме

---

---

крови (на 0,8% при достоверности 0,92). Отмечено снижение САД на 21,2%, ДАД на 19,1% при достоверности 0,54 и 0,41. У больных, принимавших нолипрел (фиксированная комбинация препаратов), с достоверностью 0,80 отмечено значительное снижение уровня глюкозы в плазме крови (на 11,2%). Отмечено снижение САД на 21,3%, ДАД на 19,3% при достоверности 0,87 и 0,81. Для группы больных, принимавших нефиксированные комбинации препаратов (теветен и арифон ретард), отмечено снижение на 2,4% уровня глюкозы в плазме крови при достоверности 0,89. Выявлено снижение САД на 19,6%, ДАД на 21,2% при достоверности 0,77 и 0,66.

**Выводы (заключение).** Применение фиксированных и нефиксированных комбинаций препаратов приводит к сопоставимому снижению САД и ДАД. При этом наибольшую эффективность при коррекции углеводного обмена имеют фиксированные комбинации препаратов (нолипрел). Учет этих факторов способствует адекватной индивидуальной коррекции метаболического синдрома фиксированными и нефиксированными комбинациями гипотензивных препаратов у больных с артериальной гипертензией.

**ОЦЕНКА КАРДИО- И ВАЗОПРОТЕКТОРНОГО  
ВЛИЯНИЯ ИНДАПАМИДА МВ У ЛИЦ  
СТАРШЕ 60 ЛЕТ С АГ 1-2 СТЕПЕНИ**

**Гришаева Е.Е., Борисова Н.А.,  
Фадеева С.С., Томашевская Ю.А.**

*Россия, г. Пенза, Медицинский институт ПГУ*

**Актуальность:** наиболее часто спутником стареющего организма выступает артериальная гипертензия. Структурные изменения сердца, сосудов и эндотелиальная дисфункция представляют базис для развития заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

---

---

**Цель:** изучение влияния Индапамида МВ в дозе 1,5 мг/сут на ремоделирование миокарда и сосудистой стенки в старших возрастных группах с АГ 1–2 степени.

**Материалы и методы:** обследовано 34 пациента в возрасте старше 60 лет (средний возраст  $66,11 \pm 5,47$  лет) с АГ 1–2 степени. Ультразвуковое исследование проводили на эхокардиографе MyLab 90 (“Esaote”, Италия). Определяли следующие морфометрические параметры левого желудочка: конечный диастолический и систолический размеры и объемы ЛЖ (КДР и КСР, см; КДО и КСО, мл), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ, мм) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП, мм) в диастолу. Состояние сократительной способности ЛЖ оценивали по величине фракции выброса (ФВ, %) ЛЖ. Массу миокарда рассчитывали по формуле R. Devereux. Более точно о гипертрофии миокарда позволил судить индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ,  $г/м^2$ ). Определяли отношение максимальных скоростей кровотока диастолического наполнения ЛЖ ( $V_e/V_a$ ). Измеряли скорость кровотока в плечевой артерии, диаметр плечевой (ДПА) и общей сонной (ДОСА) артерий, проводили пробу с реактивной гиперемией (РГ), рассчитывали прирост ДПА и индекс реактивности (ИРе), отражающий увеличение максимальной скорости кровотока в ответ на нагрузку. Всем пациентам назначали Индапамид МВ в дозе 1,5 мг/сут в течение 24 недель.

**Результаты исследования:** на фоне 24-недельного лечения Индапамидом МВ у пожилых с АГ наблюдалась тенденция к уменьшению морфометрических показателей левого желудочка, а в частности: КДР на 1,7%, КСР на 1,5%, КДО на 4,57%, КСО на 16,7%. Отмечалась достоверное уменьшение толщины МЖП с  $12,32 \pm 2,61$  до  $11,24 \pm 1,3$  мм и ЗСЛЖ с  $11,16 \pm 2,34$  до  $10,43 \pm 2,21$  мм ( $p=0,02$  и  $p=0,03$  соответственно). Выявлена высокодостоверная динамика со стороны ИММЛЖ, он уменьшился с  $137,8 \pm 32,0$  до  $124(102;142)$   $г/м^2$  ( $p=0,004$ ), а также ММЛЖ с  $251(205;277)$  до  $236,5(194;261)$  г ( $p=0,001$ ). Произошло увеличение ФВ с  $63,89 \pm 7,09$  до  $68,48 \pm 6,01$  % ( $p=0,017$ ) и  $V_e/V_a$  с  $0,71 \pm 0,18$  до  $0,83 \pm 0,21$  ( $p=0,04$ ), а также снижение ОПСС с

---

---

2630,71±380,95 до 1675,58±279,11 дин·с·см-5 ( $p=0,001$ ). ЧСС на фоне лечения Индапамидом МВ достоверных изменений не претерпевала. Также наблюдалось достоверное увеличение ДПА с  $3,38\pm 1,19$  до  $3,77\pm 0,79$  ( $p<0,026$ ), ДОСА с  $5,76\pm 1,2$  до  $6,26\pm 0,42$  ( $p<0,03$ ) и снижение скорости кровотока в ПА с  $59,64\pm 25,7$  до  $39,16\pm 13,1$  млс ( $p<0,02$ ). При оценке результатов пробы с РГ выявлен достоверный прирост ДПА с  $9,5\pm 2,9$  до  $11,4\pm 3,4\%$  ( $p<0,01$ ) и Ире с  $1,16\pm 0,34$  до  $1,91\pm 0,78$  ( $p<0,02$ ).

**Заключение:** таким образом, Индапамид МВ при длительном применении способствует регрессу гипертрофии, повышает сократительную способность миокарда и уменьшает выраженность диастолической дисфункции левого желудочка, а также обладает вазодилатирующим эффектом, улучшает растяжимость артериальной стенки и снижает эндотелиальную дисфункцию. Индапамид МВ является препаратом выбора для оптимальной кардио- и вазопротекции у лиц старше 60 лет с АГ 1–2 степени.

**ОЦЕНКА КАРДИОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ  
КАРВЕТРЕНДА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ  
У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Гришаева Е.Е., Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Елисеева  
И.В., Олейников В.Э.**

*Россия, г. Пенза, Медицинский институт ПГУ*

**Актуальность:** гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) представляет собой одно из наиболее важных проявлений артериальной гипертонии (АГ) и является результатом адаптации сердца к увеличению постнагрузки, вызванной стойким повышением артериального давления. ГЛЖ сопровождается ухудшением прогноза больных АГ, поскольку представляет собой независимый фактор риска внезапной смерти, коронарного атеросклероза и его основных проявлений (инфаркт миокар-

---

да, хроническая сердечная недостаточность, инсульт). Наряду с анатомическими изменениями снижается и сократительная способность миокарда.

**Цель:** целью исследования явилась оценка динамики структурных показателей левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) с концентрической и эксцентрической гипертрофией по данным эхокардиографии на фоне 16-недельного лечения карветрендом (“Pliva”).

**Материалы и методы:** в исследование включено 58 пациентов с МС. Из них 28 мужчин (45%) и 34 женщины (55%) (средний возраст 50,87±8,61 лет). Для диагностики МС использовали рекомендации ВНОК (2008). Диагноз ставили при наличии 3 и более признаков МС. Обязательным критерием являлось наличие АГ 1–2 степени. Структуру и сократительную функцию ЛЖ изучали методом эхокардиографии с доплеровским анализом трансмитрального кровотока на эхокардиографе “My Lab 90” ( Esaote, Италия). При определении типа гипертрофии оценивали показатель относительной толщины ЛЖ:  $OTC < 0,45 \text{ мм}^2$  и увеличение ИММЛЖ свидетельствовали о наличии эксцентрической гипертрофии;  $OTC > 0,45 \text{ мм}^2$  и увеличение ИММЛЖ – концентрической гипертрофии. Измерения проводили после двухнедельного отмывочного периода и на фоне 16-недельной фармакотерапии карветрендом в среднесуточной дозе 26,25±9,22 мг.

**Результаты:** при анализе исходных показателей эхокардиографии выявлена гипертрофия миокарда ЛЖ у 25 пациентов (43,1%), из них 16 (27,6%) человек с концентрической гипертрофией, 9 (15,5%) – с эксцентрическим ремоделированием миокарда. Исходно наблюдался более высокий уровень объемных показателей ЛЖ и ИММЛЖ и менее выраженное утолщение ЗСЛЖ и МЖП в группе пациентов с эксцентрической гипертрофией по сравнению с концентрической, что обусловлено тоногенной дилатацией полости желудочка. На фоне лечения у пациентов с концентрической гипертрофией определялась достоверная положительная динамика: уменьшение ИММЛЖ на 13,9% ( $p < 0,01$ ), толщины ЗСЛЖ на 13,19% ( $p < 0,01$ ) и МЖП

---

---

на 5,39% ( $p < 0,01$ ). У пациентов с эксцентрической гипертрофией также отмечалось статистически значимое снижение структурных показателей ЛЖ: ИММЛЖ на 17,1% ( $p = 0,01$ ), МЖП на 2,34% ( $p < 0,01$ ), ЗСЛЖ на 5,13% ( $p < 0,01$ ), КДР на 10,1% ( $p = 0,02$ ). На фоне 16-недельной терапии в обеих группах наблюдалось увеличение ФВ, статистически значимое в группе пациентов с концентрической гипертрофией ( $p = 0,04$ ), что свидетельствует об улучшении сократительной способности и уменьшении степени гипертрофии миокарда ЛЖ.

**Выводы:** таким образом, на фоне 16-недельной терапии Карветрендом выявлен достоверный кардиопротективный эффект, заключающийся в положительном влиянии на структурные показатели миокарда, а также показатели сократительной функции ЛЖ среди пациентов как с концентрической, так и эксцентрической гипертрофией. Это свидетельствует об уменьшении степени гипертрофии миокарда и замедлении процессов ремоделирования сердца.

**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ  
О ПОСЛЕДСТВИЯХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ,  
КОНТРОЛЬ УРОВНЯ АД И АДЕКВАТНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ**

**Гурьянова Л.Н., Гуранова Н.Н., Фазлова И.Х.,  
Радайкина О.Г., Лютова Т.А.**

*Россия, г. Саранск, ГОУВПО "МГУ им. Н.П. Огарева"*

По данным эпидемиологических исследований в России более 40 миллионов больных ГБ, из них примерно у 90% не достигается эффективно контролируемого уровня АД, что повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего мозговых инсультов, инвалидизации, смерти.

**Целью** работы явилось изучение информированности пациентов о последствиях повышения АД и приверженности пациентов к лечению.

---

---

**Материалом** для написания данной работы послужил анализ анкет 40 больных, наблюдаемых амбулаторно в лечебном учреждении МУЗ “Поликлиника № 10” п. Ялга, Республика Мордовия, обращавшихся за медицинской помощью к кардиологу в 2007–2008 годах, с диагнозом: “Гипертоническая болезнь” в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст  $60,5 \pm 10,6$ ), среди них 30 женщин (75%) и 10 (25%) мужчин. Длительность гипертонического анамнеза составила от 2 до 40 лет, в среднем  $12,4 \pm 9,5$  лет. Диагноз “Гипертоническая болезнь” у всех больных основан на определении цифровых значений АД, объективных и инструментальных признаков поражения органов-мишеней (ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу по данным осмотра окулиста и гипертрофия левого желудочка по данным электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиоскопии (ЭХО КС).

Из 40 опрошенных о последствиях повышения АД информированы 37 человек (92,5%), трое опрошенных (7,5%) не знают о последствиях ГБ. Среди последствий были названы: “инсульт, паралич, кровоизлияние” 30 опрошенных (81,1%), “инсульт, инфаркт” – 7 опрошенных (19,9%). Контроль уровня АД осуществляют 35 опрошенных (87,5%), 4 человека измеряют АД нерегулярно (10%), регулярно измеряют АД 1 раз в день 9 человек (22,5%), до 2 раз в день – 12 человек (30%), до 3 раз в день – 6 человек (15%), до 4 раз в день – 4 человека (10%), не контролируют АД – 5 опрошенных (12,5%). Для коррекции АД в поликлинику обращается 34 человека (88%), кратность обращений варьирует от одного обращения в год, до четырех и более раз в месяц, не обращаются в поликлинику 6 опрошенных (12%). Скорую медицинскую помощь по поводу повышения АД вызывали 13 опрошенных (32,5%), до 3 раз в месяц – 2 человека (5%). По результатам анкетирования выявлено, что наиболее активно осуществляют контроль АД женщины, они чаще посещают поликлинику, регулярно измеряют АД, охотно отвечали на вопросы анкеты, по половому составу в исследовании преобладают женщины – 30 человек (75%). Наиболее активной группой также оказались лица пенсионного возраста

---

---

(23 человека – 57%), имеющие группу инвалидности (8 человек – 20%), имеющие в анамнезе сосудистые катастрофы (6 человек – 15%). Эта категория обращается в поликлинику от 1 до 3 и более раз в месяц, 2 человека – 1 раз в год. Наименее активна возрастная группа от 40 до 50 лет (7 человек), 5 из них не обращаются в поликлинику для коррекции АД (71,4%), двое (28,6%) – 1 раз в год, среди них не измеряют АД 2 человека (28,6%), 3 человека (42,8%) – нерегулярно, 2 человека (28,6%) – от одного до двух раз в сутки. Таким образом, эта возрастная группа составляет 100% среди лиц, не контролируемых АД, 83,3% – не обращающихся в поликлинику для коррекции АД.

**Результаты исследования** свидетельствуют о том, что регулярно принимают гипотензивные препараты 32 опрошенных (80%), нерегулярно – 8 человек (20%), при этом целевой уровень АД достигают 24 больных (60%), соответственно 16 человек (40%) не достигают целевой уровень АД. Пациенты, находящиеся на диспансерном учете, информированы о последствиях ГБ, получают адекватное лечение и осуществляют контроль уровня АД, среди них преобладают пациенты пенсионного возраста, лица, уже имеющие сосудистые катастрофы в анамнезе.

**ПРИМЕНЕНИЕ КОНКОРА У БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ  
И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Гурьянова Л.Н., Антипова В.Н.,  
Радайкина О.Г., Гуранова Н.Н.**

*Россия, Республика Мордовия, г. Саранск  
Мордовский государственный университет  
им. Н.П. Огарева*

---

В течение многих лет  $\beta$ -адреноблокаторы успешно применяются в терапии артериальной гипертензии (АГ). Появление большого количества препаратов данной группы, выпускае-

---

---

мых фармацевтическими компаниями, ставит врача перед выбором – какой же из них предпочесть. Кардиоселективные препараты пролонгированного действия, к которым относится Конкор (бисопролол) фирмы “Nucomed”, позволяют снизить вероятность возникновения таких осложнений, как ухудшение функции внешнего дыхания, развитие скрытой гипогликемии у больных сахарным диабетом I типа, прогрессирование атеросклероза, а возможность применять препарат 1 раз в день без сомнения способствует повышению приверженности больных к лечению.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности препарата Конкор при лечении 25 больных с мягкой и умеренной АГ (диастолическое АД от 95 до 110 мм рт.ст).

В исследуемой группе возраст пациентов составлял от 22 до 67 лет (в среднем  $49,2 \pm 0,5$  года). Давность заболевания колебалась от 3 до 27 лет (в среднем  $12 \pm 0,6$  года). Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ наблюдались у 11 пациентов. Среднее АД составляло  $169,3 \pm 1,1 / 104,2 \pm 0,9$  мм рт.ст., систолическое АД колебалось от 145 до 185 мм рт.ст., диастолическое АД – от 95 до 110 мм рт.ст. Диастолическое АД на уровне 95–104 мм рт.ст. было у 14, на уровне 105–110 мм рт.ст. – у 11 больных. ЧСС в покое составляла от 64 до 102 в минуту (в среднем  $84,1 \pm 0,7$  в минуту). Всем больным до лечения и через 3 недели терапии было проведено общеклиническое обследование, снята ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, суточное мониторирование АД. У 21 больного проводилась монотерапия конкором, у 4 он был добавлен к недостаточно эффективной терапии эналаприлом.

Антигипертензивный эффект Конкора у 18 из 25 больных был достигнут при дозе препарата 5 мг/сут, у 5–7,5 мг/сут, у 2–10 мг/сут (суточные дозы препарата были наименьшими у пациентов более молодого возраста). Антигипертензивное действие было отсроченным: из 25 больных у 17 полный антигипертензивный эффект был отмечен через 3 недели лечения, у 8 – через 10 дней, что соответствует данным литературы о сроках и механизмах развития гипотензивного эффекта

---

---

$\beta$ -адреноблокаторов. Результаты суточного мониторинга АД исходно и через 3 недели приема конкора показали, что в большинстве случаев снижение систолического, диастолического АД и ЧСС, отмечалось в период дневной активности пациентов: среднее дневное систолическое АД было достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже через 3 недели лечения. Таким образом, конкор в первую очередь оказывает действие на уровень АД в дневное время, т.е. в период активности пациента.

Улучшение самочувствия на фоне лечения произошло у 19 пациентов, в том числе улучшение сна – у 5, уменьшение головных болей – у 7, полное их прекращение – у 4, у 3 пациентов исчезли приступы сердцебиений. Во всех случаях указанная положительная динамика самочувствия отмечалась на фоне снижения исходного повышенного АД. Ухудшение самочувствия или состояния наблюдалось у 5 пациентов: головная боль появилась у 2, общая слабость – у 2, тяжесть в голове утром и сухость во рту – у 1. Исследование было прекращено досрочно в 2 случаях по желанию пациентов: в 1 – из-за сильной головной боли, во 2-ом – из-за значительной слабости.

Таким образом, препарат Конкор является эффективным средством монотерапии мягкой и умеренной артериальной гипертензии в дозе 5–10 мг/сут, гипотензивный эффект нарастает в течение 10–20 дней, препарат обладает удовлетворительной переносимостью, а побочные эффекты, возникающие при лечении Конкором в указанной дозе, в большинстве случаев являются преходящими и не приводят к ухудшению состояния пациентов.

---

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ЛЕЧЕНИЯ ФЛУОКСЕТИНОМ ТРЕВОЖНО-  
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ  
С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ  
МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ**

**Дворина О.Г., Горенков Р.В., Гинзбург М.Л.**

*ГУЗ МОНИКИ им. Владимирского, г. Москва, Россия*

**Цель:** Изучить распространенность и эффективность лечения антидепрессантами тревожно-депрессивных расстройств у больных с различными формами мерцательной аритмии (МА).

**Материалы и методы:** обследован 131 пациент в возрасте от 36 до 80 лет, средний возраст был  $59,0 \pm 1,0$  г. Женщины составили 45,8% от общего числа, мужчины -54,2%. Наличие или отсутствие тревожного или депрессивного расстройства оценивалось по критериям МКБ 10, а степень тяжести -с помощью скринингового опросника CES-D. Период наблюдения составил 1,5 года.

**Результаты:** Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от формы МА. 37 человек имели пароксизмальную форму МА, 63-постоянную и 31-персистирующую.

Тревожно-депрессивные состояния выявлены у 39,7%, из них 76,9% составили женщины и 23,1% мужчины. Тяжесть депрессии по CES-D соответствовала лёгкой степени депрессии.

При анализе наличия тревожно-депрессивных расстройств в зависимости от различных форм МА выявлено, что в группе пациентов с пароксизмальной формой МА тревожно-депрессивные расстройства отмечались у 78,6%, с постоянной формой — у 11,8% и 100% в группе с персистирующей формой МА.

В группе пациентов с пароксизмальной формой МА флуоксетин был назначен 29,7% пациентам, в группе с персистирующей формой-22,6% и с постоянной формой МА-7,9%.

---

Через 1,5 года в группе пациентов с пароксизмальной формой МА в 60,3% отмечалось урежение пароксизмов, в 10,5% случаев-полный регресс приступов, в 30,1%-улучшение переносимости приступов. С персистирующей формой МА в 70,2% случаев отмечалось улучшение переносимости приступов, в 30,6% случаев эффекта не наблюдалось. С постоянной формой МА у 65,4% пациентов отмечено улучшение качества жизни согласно опроснику, у 35,1% эффекта не наблюдалось.

**Выводы:** 1. При мерцательной аритмии тревожно-депрессивные расстройства выявлялись в 39,7% случаев, что выше, чем распространённость этого расстройства при всех формах ИБС и сопоставимо с распространённостью после перенесённом инфаркта миокарда; 2. Применение флуоксетина при мерцательной аритмии в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами способствует урежению пароксизмов при пароксизмальной и персистирующей формам, улучшению качества жизни при постоянной форме МА.

## САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Джаппуева З.Х., Эльгаров А.А.

Россия, Нальчик,

Кабардино-Балкарский госуниверситет,  
санаторий РЖД “Долина нарзанов”

**Цель:** изучить эффективность и безопасность бальнеотерапии на курорте Нальчик железнодорожников с артериальной гипертонией (АГ).

**Материал и методы:** 32 мужчинам-железнодорожникам в возрасте 37–49 лет с АГ I (19 чел.) и II (13) ст. осуществлена бальнеотерапия – 1-я группа (18 чел.) – бромйодными минеральными ваннами (36–37 градусов, 10–15 мин., N8–10 на курс); 2-я (14) – азотно-термальные минеральные ванны (36–37 гра-

---

---

дусов, 10–15 мин., N8–10 на курс). Общими для больных были общесанаторный режим, ЛФК, терренкур, лечебное плавание (групповые, реже – индивидуальные). Для оценки санаторного лечения наряду с общеклиническими данными использованы результаты суточного мониторирования АД (СМАД) и психофизиологического тестирования (ПФТ) выборки пациентов.

Результаты. Субъективное улучшение самочувствия в обеих группах отмечено после 4–6 дней бальнеотерапии, которое нарастало к концу 2-й недели и сохранялось к окончанию лечения у большинства железнодорожников (14 и 12 соответственно). На это указывали исчезновение (сглаживание) субъективных и объективных клинических проявлений. Уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД), как по данным обычной тонометрии, так и по результатам СМАД, имели строгую тенденцию к снижению, которая достигла достоверных значений у 77,7% (14 чел.) пациентов 1 группы и 85,7% (16) – 2-й. В частности, САД снизилось с  $173,2 \pm 9,1$  до  $129,4 \pm 4,5$  мм рт.ст. в 1-й и со  $174,3 \pm 8,9$  до  $124,2 \pm 3,8$  мм рт.ст. – во 2-й группе; ДАД соответственно – от  $100,3 \pm 8,2$  до  $86,2 \pm 4,5$  мм рт.ст. и от  $100,7 \pm 5,8$  до  $80,3 \pm 4,4$  мм рт.ст. В целом, показатели САД и ДАД в 1-й группе снизились соответственно на  $16,9 \pm 2,2$  и  $12,8 \pm 1,2$  мм рт.ст., во 2-й – на 18,2 и 16,4 мм рт.ст. ( $p < 0,01$ ). Вместе с тем, сократились ночные и утренние подъемы АД и гипертонические пики, отмечено восстановление суточного профиля. При сравнении динамики основных показателей СМАД антигипертензивный результат азотно-термальных ванн оказался выше ( $p < 0,01$ ). При этом, ПФТ установило угнетение системы оперативного реагирования машинистов локомотивов после бромйодных ванн и улучшение (восстановление) после азотно-термальных, что следует учитывать при оценке уровня профессиональной работоспособности.

---

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ  
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И ОФИСНОГО  
ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Дронова Т.А., Поляков Д.В.**

*Россия, г. Курск, Курский государственный медицинский  
университет*

**Цель:** оценить антигипертензивную эффективность комбинаций эналаприл+гидрохлоротиазид (Э+Г) и эналаприл + индапамид (Э+И) по результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и его офисного измерения.

**Материалы и методы:** исследование включало 86 больных (50 женщин и 36 мужчин, средний возраст  $58,06 \pm 12,09$  лет), находившихся на стационарном лечении по поводу артериальной гипертензии II–III степени очень высокого риска. 1-ая группа пациентов получала Э+Г ( $20 \pm 12,5$  мг/сут.), 2-ая группа больных Э+И ( $20 \pm 2,5$  мг/сут.). При недостаточном гипотензивном эффекте через неделю дозу Э увеличивали на 10 мг в сутки. В 1-й и 14-й день терапии больным проводилось СМАД. По результатам офисного измерения АД в 1-й, 7-й и 14-й день терапии рассчитывался индекс нестабильности антигипертензивного действия (ИНД), равного отношения стандартного отклонения от среднего снижения артериального давления (АД) к величине среднего снижения АД за период предполагаемого действия лекарства.

Полученные результаты: комбинация Э+Г более существенно снижает суточные уровни среднего систолического артериального давления (САД) ( $p < 0,001$ ), среднего диастолического артериального давления (ДАД) ( $p < 0,001$ ), суточного индекса времени ДАД ( $p < 0,01$ ), суточного индекса площади САД ( $p < 0,001$ ) и суточного индекса площади ДАД ( $p < 0,001$ ), чем сочетание препаратов Э+И. Суточный индекс времени САД достоверно не отличался в обеих группах. ИНД САД умень-

---

шился в 1-й и во 2-й группе, соответственно  $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ . Несмотря на то, что ИНД ДАД был низким в обеих группах, что свидетельствует о достаточном и равномерном снижении ДАД, достоверный регресс данного индекса отмечен при применении Э+Г.

Выводы: комбинация Э+Г превосходит сочетание препаратов Э+И по влиянию на показатели суточного профиля АД по СМАД. ИНД свидетельствует о безопасности использованных доз и кратности приема назначенных препаратов. Комбинированная терапия на госпитальном этапе позволяет равномерно достигать целевых цифр АД.

**ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ТРЕВОЖНО-  
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ  
С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

**Евсина О.В., Якушин С.С., Зайцева Н.В.,  
Токарева Л.Г., Горохова Т.А.**

*Россия, г. Рязань, ГОУ ВПО "Рязанский государственный  
медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова" Росздрава*

**Цель:** Сравнительное изучение распространенности и выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР), качества жизни у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от пола.

**Материалы и методы:** Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); опросник Спилберга-Ханина, опросник SF-36.

Обследовано 112 больных (44,6% женщин, средний возраст –  $55,0 \pm 10,0$  лет) с ФП. У женщин чаще встречалась пароксизмальная ФП у 44,0% (соответственно 35,5% у мужчин), персистирующая ФП у 36,0% (соответственно 32,4%), перманентная ФП у 20% (соответственно 32,1%).

---

---

**Результаты:** У 66,0% женщин выявлены ТДР (соответственно 46,8% у мужчин,  $p < 0,05$ ), в т.ч. у 36,0% выявлена депрессия: у 16,0% клинически выраженная депрессия (HADS – 11 и > баллов и MADRS > 16 баллов) (соответственно у 22,6%: 9,7% мужчин:), у 20,0% – субклинически выраженная депрессия (соответственно у 12,9% мужчин); у 30,0% женщин – тревога: 14,0% клинически выраженная (соответственно у 24,0%: 6,5% мужчин,  $p > 0,05$ ). ТДР чаще встречаются при рецидивирующей ФП – у 78,8% женщин и 72,4% мужчин.

При сравнении клинико-инструментальных данных не выявлено достоверных различий в показателях ЭхоКГ, липидном спектре, но имеется тенденция к ухудшению ФК ХСН по тесту 6 мин ходьбы у женщин –  $386,4 \pm 80,6$  по сравнению с мужчинами  $421,2 \pm 97,1$ ,  $p > 0,05$ . У женщин с ТДР длительность ФП составляет 4,77 лет, у мужчин – 6,45 лет ( $p < 0,001$ ).

Женщины с тревогой имеют тенденцию к увеличению баллов реактивной и личностной тревожности:  $34,06 \pm 10,48$  и  $36,07 \pm 7,19$  по сравнению  $31,8 \pm 7,63$  и  $32,4 \pm 8,65$  у мужчин. Через 2 недели уровень личностной тревожности у женщин сохраняется повышенным –  $32,77 \pm 5,12$  (у мужчин –  $29,10 \pm 6,94$ ).

Через 2 недели наблюдения уменьшилось число женщин и мужчин с тревогой до 10% и 3% соответственно, тогда как депрессивные расстройства в обеих группах остались на прежнем уровне.

По результатам SF-36 установлено, что женщины и мужчины с ФП коморбидной с ТДР имеют достоверно более низкие показатели психического и физического качества жизни по опроснику SF-36. Женщины с ТДР имеют худший показатель физического функционирования по сравнению с мужчинами.

**Выводы:** 1. ТДР выявляются в 1,4 раза достоверно чаще у женщин с ФП, чем у мужчин, наиболее часто у пациентов с рецидивирующей ФП; 2. Женщины имеют больший уровень личностной тревожности, которая сохраняется при выписке из стационара; 3. Женщины и мужчины с ФП коморбидной с ТДР имеют достоверно более низкие показатели качества жизни, но женщины с ТДР имеют худший показатель физического функ-

---

---

ционирования, что может быть обусловлено более тяжелым соматическим состоянием.

**ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ  
НА ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ  
КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**  
Ефремова Е.Н., Котляров А.А., Шмырева М.В.,  
Селезнева Н.М., Суроткина С.А.

*Россия, г. Саранск, ГОУВПО “МГУ им. Н.П. Огарева”, медицинский институт*

Из-за риска развития бронхообструкции широко не назначаются необходимые для лечения кардиоваскулярной патологии  $\beta$  – адреноблокаторы пациентам с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких. Перспективными в лечении таких больных являются высокоселективные  $\beta$  – адреноблокаторы, к которым относится небиволол.

**Цель:** изучить эффективность и безопасность применения небиволола у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ) с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материалы и методы исследования:** обследовано 25 пациентов в возрасте 46–76 лет с ХОБЛ I–III степени в стадии обострения и нестойкой ремиссии. У всех больных диагностирована стенокардия напряжения II–III функциональный класс (ФК), у 19 пациентов ИБС сочеталась с АГ III ст. У 14 (56%) пациентов в анамнезе выявлен перенесенный инфаркт миокарда.

На фоне базисной терапии (ингаляционные бронхолитики, ингибиторы АПФ, нитраты) все пациенты получали небиволол в дозе 2,5–5 мг в течении 7 дней. Программа обследования включала: физикальное обследование (аускультация, измерение артериального давления (АД)), тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), спирографию (функция внешнего дыхания (ФВД)), про-

---

ведение суточного мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ) с оценкой ЧСС<sub>min</sub>, ЧСС<sub>max</sub>, ЧСС<sub>ср.</sub> и эпизодов ишемии миокарда. Инструментальные исследования проводили при поступлении в стационар и через 7 дней лечения небивололом.

**Полученные результаты:** средний возраст больных – 61±7,5 год. Давность АГ составила 12±9,3 лет, ИБС – 9,5±5 лет, ХОБЛ – 16,5±10 лет, 50% пациентов когда-либо курили (средний стаж курения 28±17 лет). Средний уровень систолического АД (САД) составил 156±17,3 мм рт.ст, диастолического (ДАД) – 98±16,4 мм рт.ст. (на фоне лечения ингибиторами АПФ и комбинацией ингибитор АПФ + диуретик).

У обследованных пациентов к окончанию лечения выявлено снижение САД со 156±7 до 118±5 мм рт.ст. (24%, p=0,003), ДАД – с 98±6 до 77±8 мм рт.ст. (21%, p=0,004).

При проведении ТШХ получены следующие результаты: расстояния пройденные пациентами до лечения, составили от 160 м до 405 м (в среднем – 305±67 м), после лечения – от 190 м до 450 м (345±77 м, p=0,01).

По данным спирографии на фоне лечения небивололом установлено увеличение всех показателей ФВД. До лечения величина ЖЕЛ составляла 64±18,3%, на фоне лечения – 72±17,3% (12,5%, p=0,03), ФЖЕЛ соответственно с 51,5±14,2% до 59±21,3% (14%, p=0,006). Величина ОФВ1 увеличилась на 12% (p=0,02). Показатели МОС 25 увеличились на 9,5% (p=0,08), МОС 50 на 15,4% (p=0,007), МОС 75 на 12% (p=0,05). Ухудшение самочувствия в виде усиления одышки на фоне терапии небивололом наблюдалось лишь у одного пациента к 7 дню лечения.

По данным ХМ ЭКГ к 7 дню лечения ЧСС<sub>max</sub> уменьшилась со 132±31,6 до 105±21,8 уд/мин (20,4%, p=0,004), ЧСС<sub>min</sub> с 54±8,9 до 46±7,1 уд/мин (15,7%, p=0,01) и ЧСС<sub>ср.</sub> с 83±10,8 до 79±9,3 уд/мин (4%, p=0,1). Выявлено недостоверное уменьшение количества эпизодов ишемии миокарда с 2,2±1,2 до 1,3±0,8 в сутки (p=0,3) и глубины депрессии сегмента ST с 0,88±0,26 до 0,55±0,2 мм (p=0,4). Достоверное изменение параметров, возможно, требует более длительной терапии.

---

---

**Вывод.** Включение в комплексную терапию небиволола в дозе 2,5–5 мг/сут у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких приводит к достоверному снижению артериального давления, достоверно увеличивается расстояние, проходимое пациентами за 6 минут, сопровождается хорошей переносимостью и отсутствием отрицательного влияния на бронхиальную проходимость.

**ОСТРАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ  
РЕГУРГИТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**Желнов В.В., Андреева Н.В.,  
Щеглова Ю.М., Комарова И.С.**

*Россия, г. Москва, ММА им. И.М. Сеченова*

Ишемическая митральная регургитация (ИМР) развивается у больных ИБС в результате сложных патофизиологических процессов вызывающих деформацию митрального клапана (МК) без структурных изменений створок и подклапанного аппарата. Определение количественных показателей (ИМР) и особенностей деформации митрального клапана у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) является актуальной задачей практической кардиологии, что явилось целью данного исследования.

В исследовании изучены количественные показатели ИМР у 152 больных ОИМ (90 мужчин и 62 женщины) в возрасте от 34 до 84 лет (средний возраст  $61.6 \pm 1.0$ ) с использованием комбинации цветового доплеровского картирования проксимального сходящегося потока регургитации PISA-метод (proximal isovelocity surface area method) и количественной доплер-ЭхоКГ (Q-DE-метод). Определялась площадь регургитационного отверстия (SRO), регургитационный объем (RV), фракция регургитации (RF) и проанализированы показатели, характе-

ризирующие выраженность деформации митрального клапана (ДМК). Измерялись высота (h, см) и площадь (S, см<sup>2</sup>) систолического верхушечного прогиба створок МК, степень сокращения фиброзного кольца МК, верхушечное перемещение задней папиллярной мышцы (L, см).

В результате проведённых исследований выявлено соответствие количественных показателей ИМП классу острой сердечной недостаточности (Killip)(табл.1).

*Таблица 1.*

*Соответствие количественных показателей ИМП классу острой сердечной недостаточности (по Killip) (p<0,001)*

Класс ОН	Количественные показатели ИМП		
	RF, %	RV, мл	SRO, см <sup>2</sup>
I класс (n=30)	7.38 ± 0.35	7.87 ± 0.6	0.1 ± 0.01
II класс (n=84)	18.7 ± 0.75	18.4 ± 1.0	0.15 ± 0.01
III класс (n=23)	37.3 ± 1.59	35.0 ± 3.7	0.23 ± 0.02
IV класс (n=15)	54.3 ± 0.95	57.8 ± 3.9	0.4 ± 0.02

В остром периоде трансмурального и крупноочагового инфаркта миокарда, осложнённого ИМП, у 24% больных была выявлена тяжёлая МР (III–IV степень по данным фракции регургитации).

В ходе исследования была выявлена деформация митрального клапана, приводящая к развитию МР. Анализ результатов исследований показал, что в группе больных ОИМ с ИМП верхушечное смещение задней папиллярной мышцы ЛЖ, высота и площадь систолического верхушечного прогиба створок МК были больше, чем у пациентов ОИМ без ИМП на 28%, 37% и 55% соответственно, а степень сокращения фиброзного кольца МК на 29% меньше.

Механизм развития митральной регургитации у больных ОИМ, обусловлен смещением папиллярных мышц, дилатаци-

---

ей фиброзного кольца и, как результат, деформацией митрального клапана.

Таким образом, комплексное определение показателей деформации митрального клапана и количественных показателей ИМР позволяет объективно оценить тяжесть МР и прогнозировать клиническое течение ОИМ, осложнённого митральной регургитацией.

**СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ  
И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ БОЛЬНЫХ,  
ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ  
ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.**  
*ГОУ ВПО СГМА, г. Смоленск, Россия*

**Цель исследования.** Выявить особенности социального функционирования и стрессоустойчивость пациентов, предшествующие развитию ИМ.

**Материалы и методы.** 90 больных (из них 13 женщин), госпитализированных по поводу ИМ, и 30 лиц контрольной группы без признаков ИБС, сопоставимых по полу, возрасту и образованию (22 человека с отсутствием жалоб и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста, 8 человек без признаков стенокардии по данным анамнеза и опроснику Роуза). Обеим группам проведено ретроспективное тестирование по методикам определения социального функционирования (SF-36, 2002 г.) и стрессоустойчивости (тест Холмса–Page). Ответы пациентов были направлены на отрезок времени последних нескольких лет, предшествующих развитию заболевания. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

---

**Результаты исследования.** Из 90 рассматриваемых больных 59 (65,5%) пациентов занимались руководящим трудом, 59 (65,5%) были подвержены высоким умственным нагрузкам на рабочем месте, 47 (52%) не имели высшего образования.

У пациентов до развития заболевания были ниже показатели шкал Vitality (“живучесть”) и Mental Health (“умственное здоровье”) опросника SF-36 по сравнению с аналогичными величинами контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Они чувствовали себя обессиленными, уставшими, имели более низкий фон настроения.

56 человек (62,2%) связали развитие ИМ с влиянием длительного хронического психоэмоционального стресса, обусловленного чаще всего (в 72%) напряженными условиями работы. 32 пациента (37,7%) исключили роль психоэмоционального стресса в развитии заболевания. Больные до развития ИМ имели более низкий показатель стрессоустойчивости, чем лица группы контроля ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Выявлены предшествующие развитию ИМ особенности социального функционирования у лиц основной группы и наличие у них реальной угрозы развития психосоматического заболевания. Напряженные условия работы у большинства пациентов вызывали усталость и снижение живучести и предшествовали возникновению ИМ. Полученные результаты соответствуют данным литературы о кардионегативном эффекте психоэмоционального стресса и отрицательной обратной связи между уровнем Vitality (“живучести”) и риском развития ОКС.

---

**ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ  
РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.**

*ГОУ ВПО СГМА, г. Смоленск, Россия*

**Цель исследования.** Выявить особенности ценностных ориентаций больных, предшествующие развитию ИМ.

**Материалы и методы.** 90 больных (из них 13 женщин), госпитализированных по поводу ИМ, и 30 лиц контрольной группы без признаков ИБС, сопоставимых по полу, возрасту и образованию (22 человека с отсутствием жалоб и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста, 8 человек без признаков стенокардии по данным анамнеза и опроснику Роуза). Обеим группам проведено ретроспективное тестирование по методикам определения самоактуализации личности (Л.Я. Гозман, 1995) и смысложизненных ориентаций (2006 г.). Ответы пациентов были направлены на отрезок времени последних нескольких лет, предшествующих развитию заболевания. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

**Результаты исследования.** Больные ИМ имели более высокие показатели шкал поддержки, спонтанности, самопрития, представлений о природе человека и контактности самоактуализационного теста по сравнению с аналогичными величинами группы контроля ( $p < 0,05$ ). Люди с высокими баллами по этим шкалам относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными принципами, целями и убеждениями. Они способны на не рассчитанный заранее способ поведения, принимают себя такими, как они есть, им характерно быстрое установление глубоких эмоционально – насыщенных контактов и восприятие природы человека как в целом положительной.

---

---

У больных ИМ величины суммарного показателя осмысленности жизни, шкал “цели в жизни” и “Я-хозяин жизни” теста по определению смысложизненных ориентаций личности превышали аналогичные показатели контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Это означает, что пациентам до развития ИМ была характерна повышенная целеустремленность, они воспринимали свою жизнь как эмоционально насыщенную, наполненную целями и смыслом, положительно оценивали пройденный отрезок жизни и были убеждены в том, что сами могут контролировать свою жизнь и самостоятельно осуществлять дальнейший выбор.

**Выводы.** Выявлены предшествующие развитию ИМ заболевания особенности ценностных ориентаций пациентов.

**ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ И СОЦИАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПОЗИЦИИ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.**

*ГОУ ВПО СГМА, г. Смоленск, Россия*

**Цель исследования.** Изучить особенности поведенческих паттернов и социально – политических позиций пациентов с ИМ, предшествующие развитию заболевания.

**Материалы и методы.** 90 больных (из них 13 женщин), госпитализированных по поводу ИМ, и 30 лиц контрольной группы без признаков ИБС, сопоставимых по полу, возрасту и образованию (22 человека с отсутствием жалоб и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста, 8 человек без признаков стенокардии по данным анамнеза и опроснику Роуза). Обеим группам проведено ретроспективное тестирование по методикам определения ролевых паттернов (МИРП, 2001 г.), социальных и политических позиций (Г. Айзенк, 2000 г.). Ответы пациентов были направлены на

---

---

отрезок времени последних нескольких лет, предшествующих развитию заболевания. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

**Результаты исследования.** У больных ИМ баллы II, III, V шкал теста опросника МИРП превышали показатели группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Это означает, что пациенты до ИМ являлись хорошими семьянинами и родителями, имели правильные понятия о нормах воспитания детей, усиленно стремились обеспечить их всем необходимым. Однако им были характерны патологические профессиональные паттерны, то есть они проявляли жесткость по отношению к своим конкурентам, активно преодолевали их сопротивление в профессиональном плане; они были требовательны к другим, испытывали высокую личностную ответственность за благополучие подчиненных.

Пациенты имели более высокий показатель шкалы “реакционность” теста социальных и политических позиций в сравнении с аналогичной величиной контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Лица с высокими величинами шкалы “реакционность” серьезно озабочены такими явлениями жизни, которые, по их мнению, представляют собой признаки морального разложения общества, выступают против антиобщественного поведения. Они взвешенно оценивают текущие события, склонны поддерживать традиционные институты обществ.

**Выводы.** Выявлены предшествующие развитию ИМ особенности поведенческих паттернов, социальных и политических позиций пациентов.

---

**ГЕЛИОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПЛАНОВОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ  
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ**

**Жерлицина Л.И., Хан О.П.,  
Поволоцкая Н.П., Мкртчян Р.И.**

*ФГУ “Пятигорский ГНИИ курортологии”*

**Цель исследования.** Изучить возможности использования дозированной гелиотерапии в условиях низкого UVI для снижения метеозависимости больных ИБС.

**Методы исследования.** В исследование включены 100 пациентов ИБС – СН I–II ФК, разделенных на 2 репрезентативные группы (по 50 чел.). Пациенты 1 группы получали базовый курортный лечебный комплекс с дополнительным включением солнечных ванн. Пациентам 2 группы назначали базовый комплекс курортного лечения без гелиотерапии. Изучена динамика основных клинических симптомов, МПР, липидного метаболизма, толерантности к физической нагрузке и общая эффективность курортного восстановительного лечения.

**Полученные результаты.** Отмечено снижение числа МПР у пациентов 1 группы при неблагоприятных погодных условиях с 5,6 до 1,3 у пациентов 2 группы – с 4,9 до 2,7. Выявлены более позитивные сдвиги в клинической картине ИБС – у пациентов 1 группы отмечено исчезновение ангинозных болей – у 83%, одышки – у 64%, перебоев в сердце – у 27%, раздражительности – у 59%, а во 2 группе соответственно – у 31%, 37%, 13%, 36%. Динамика показателей липидного метаболизма, прирост толерантности к физической нагрузке, показатели ХМ ЭКГ и ХМ АД были более позитивными у пациентов, принимавших дозированную гелиотерапию.

В результате реабилитационного лечения больных ИБС – СН I–II ФК на Кисловодском курорте у пациентов 1 группы существенно снизилась метеозависимость ( $p < 0,05$ ), чем у па-

---

циентов 2 группы. При этом общая эффективность курортного восстановительного лечения была выше у пациентов 1 группы (91%). У пациентов 2 группы она составила 78%.

Выводы. Дозированные солнечные ванны, проводимые при UVI ниже 5, оказывают выраженное общеукрепляющее воздействие на больных ИБС, повышающие общую резистентность организма и снижающие метеозависимость пациентов. Солнечные ванны можно рекомендовать в качестве эффективного средства плановой профилактики МГР.

**СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ  
МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ  
И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ**

**Жусупова Г.К.**

*Казахстан, г. Астана,  
Казахская медицинская академия*

**Актуальность.** Реваскуляризация миокарда у пациентов с коронарной и ишемической болезнью сердца приобретает все большее распространение в связи с развитием интервенционной кардиологии и увеличением кардиохирургической активности. При этом ожидаемым эффектом является как улучшение симптоматики коронарной недостаточности, так и улучшение функции миокарда. Однако, окончательно не изучена роль реваскуляризации миокарда у пациентов с дисфункцией левого желудочка.

**Целью** работы явилось изучение показателей систолической и диастолической функции миокарда у пациентов, перенесших реваскуляризацию миокарда.

**Материал и методы исследования.** У 43 пациентов (средний возраст ( $M \pm m$ ) –  $57,5 \pm 8,5$ , мужчин – 34, женщин – 9) перенесших реваскуляризацию миокарда (31 – АКШ, 12 – стентиро-

---

---

вание) проведен анализ показателей систолической (фракция выброса) и диастолической (характеристика заполнения ЛЖ в раннюю диастолу E/A, Епик, Апик.) функции до процедуры реваскуляризации миокарда, через 1 и 3 месяцев после реваскуляризации. В 33-х случаях пациенты имели анамнез перенесенного инфаркта миокарда.

**Полученные результаты.** При исследовании систолической функции миокарда выявлено, что фракция выброса (ФВ) до проведения реваскуляризации составила –  $55,1 \pm 7,9\%$ , ФВ через 1 месяц после реваскуляризации –  $55,2 \pm 7,8\%$ , ФВ через 3 месяца после реваскуляризации –  $56,7 \pm 8,5\%$ . Несмотря на некоторую тенденцию к улучшению сократительной способности миокарда, эта разница оказалась статистически недостоверной ( $p > 0,05$ ).

При исследовании диастолической функции левого желудочка по показателям трансмитрального потока выявлено, что средние показатели до реваскуляризации составили ( $M \pm m$ ):  $EMK = 75,5 \pm 18,6$ ,  $AMK = 74,8 \pm 15,7$ ,  $E/A = 1,06 \pm 0,4$ . Через 1 месяц  $EMK = 76,8 \pm 22,3$ ,  $AMK = 76,2 \pm 16,3$ ,  $E/A = 1,0 \pm 0,4$ . Через 3 месяца  $EMK = 81,8 \pm 21,9$ ,  $AMK = 71,7 \pm 14,9$ ,  $E/A = 1,2 \pm 0,6$ . Различия между показателями соотношения скоростей раннего диастолического наполнения и наполнения в систолу предсердий до реваскуляризации и через 3 месяца после оказались статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о тенденции к положительной динамике состояния функции миокарда, проявляющееся некоторым улучшением диастолического расслабления. Однако необходимо дальнейшее исследование влияния на отсроченные показатели и возможности улучшения и сократительной способности миокарда, что видимо в немалой степени определяет необходимости оценки показателей жизнеспособности миокарда в дооперационном периоде и дифференцированном отборе пациентов, нуждающихся в реваскуляризации.

---

## СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ

Заварушкина Е.Н.

*Орловский государственный Университет Медицинский институт, г. Орёл, Россия*

**Цель работы:** анализ причин синкопальных состояний у детей школьного возраста.

**Обследовано:** 175 детей, обоего пола, в возрасте 7–15 лет, обратившихся к кардиологу по поводу синкопе в ДП № 1 г. Орла. Всем проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование: ЭКГ-динамика, ЭХО-КГ сердца, ЭХО-ЭС, ЭЭГ (по показаниям), РЭГ, функциональные пробы (вегетативные и фармакологические), холтеровское мониторирование; анализ анамнестических данных.

По результатам обследования выявилась следующая структура причин синкопальных состояний. У 27,7% пациентов выявлены кардиогенные причины (в том числе нарушения ритма сердца, врождённые пороки сердца (стеноз аорты, тетрада Фалло), пролапс митрального клапана с регургитацией II–III степени).

Неврологические причины составили 12,3% (внутричерепная гипертензия, сотрясение головного мозга, эписиндром и т.д.).

У большинства детей (67%) синкопальные состояния были проявлением вегето-сосудистой дистонии (ВСД), ваготонического типа. Наиболее часто синкопе отмечались в возрастной группе 13–15 лет (74%) и у девочек (68%). Наиболее выраженные изменения функционального состояния вегетативной нервной системы были связаны с недостаточным вегетативным обеспечением деятельности сердечно-сосудистой системы.

### **Выводы:**

1. Таким образом, определение причин синкопальных состояний у детей является важной клинической задачей и ориентирует врача на многообразие патогенетических механизмов.

---

2. Наиболее частой причиной синкопальных состояний у детей в возрасте 12-15 лет является ВСД, ваготонического типа.

3. Всем детям с синкопальными состояниями необходимо проведение комплексного обследования в условиях стационара с целью исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы и органического поражения нервной системы.

4. В ряду кардиогенных причин, в первую очередь необходимо исключить жизнеугрожающие нарушения ритма сердца и проводимости.

5. Анализировать наследственную отягощенность по синкопальным состояниям и заболеваниям сердечно-сосудистой системы в семьях.

6. В случаях, когда при однократном обследовании причина синкопе не установлена, необходимы повторные обследования.

**ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
И ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ  
ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ  
ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ (ФУРОСЕМИД ПРОТИВ  
ТОРАСЕМИДА/ДИУВЕРА) У БОЛЬНЫХ  
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**  
**Загравская И.А., Якушин С.С.**

*ГОУ ВПО "Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова Росздрава"*

**Цель:** сравнить эффективность диувера и фуросемида, изменение лабораторных показателей при лечении декомпенсированной ХСН, анализ частоты нежелательных явлений (НЯ).  
**Материал и методы.** Включено 65 больных с декомпенсированной ХСН II–IV ФК по NYHA (43 в группе диувера (Д), 22 в группе фуросемида (Ф)). Наблюдение 14 дней.

**Результаты.** Группы сопоставимы по возрастному (средний возраст в группе Д 65,2±3,6 лет, в группе Ф 69,5±5,1,

---

$p > 0,05$ ), половому (доля мужчин в группе Д 48%, в группе Ф 48%,  $p > 0,05$ ), основным заболеваниями, приведшим к ХСН. Уровень Na в плазме в группе Д  $145,00 \pm 9,91$  ммоль/л, в группе Ф  $151,10 \pm 14,50$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ), К  $4,31 \pm 0,47$  ммоль/л и  $4,08 \pm 0,96$  ммоль/л, соответственно ( $p > 0,05$ ), Mg  $0,89 \pm 0,07$  ммоль/л и  $0,93 \pm 0,10$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). При включении в исследование средний ФК ХСН 3,20 и 3,40 ( $p > 0,05$ ). Средняя дистанция, проходимая во время теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) в группе Д  $248,43 \pm 12,14$  м, в группе Ф  $244,24 \pm 14,02$  м ( $p > 0,05$ ). Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ): одиночная желудочковая экстрасистолия (ОЖЭ) в группе Д  $411,52 \pm 392,84$ , в группе Ф  $286,57 \pm 198,76$  ( $p > 0,05$ ), парная мономорфная ЖЭ  $2,94 \pm 6,28$  и  $0,57 \pm 0,98$  ( $p > 0,05$ ). После лечения компенсация в группе Д наступала раньше по сравнению с Ф ( $8,8 \pm 2,32$  дня и  $10,2 \pm 1,48$  дня соответственно), средний ФК ХСН 2,78 и 2,96 соответственно ( $p > 0,05$ ), дистанция ТШХ  $276,24 \pm 8,16$  м и  $269,54 \pm 6,19$  м ( $p > 0,05$ ). Уровень Na и Mg в плазме в обеих группах: Na  $139,99 \pm 8,79$  ммоль/л в группе Д и  $136,61 \pm 13,28$  ммоль/л в Ф ( $p > 0,05$ ), Mg  $0,91 \pm 0,12$  ммоль/л и  $0,84 \pm 0,08$  ммоль/л соответственно ( $p > 0,05$ ). Уровень К в группе Д  $4,11 \pm 0,57$  ммоль/л, в Ф  $3,45 \pm 0,69$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ), т.е. на фоне приема фуросемида отмечается большее снижение концентрации К (на 15,44%) по сравнению с Д (на 4,64%). ОЖЭ в группе Д  $144,24 \pm 562,69$ , в Ф –  $66,43 \pm 162,4$  ( $p > 0,05$ ), парная мономорфная ЖЭ  $0,06 \pm 0,28$  и  $1,29 \pm 4,811$  ( $p > 0,05$ ), парная полиморфная ЖЭ  $0,35 \pm 1,57$  и  $2,64 \pm 9,33$  ( $p > 0,05$ ). Т.о., при 14-дневном применении диуретиков отмечается снижение частоты ОЖЭ и парной мономорфной ЖЭ в 3-4 раза. В обеих группах появилась парная полиморфная ЖЭ (4Б градации по Ryan), регистрировалась в 7,5 раз чаще на фоне приема фуросемида. НЯ в группе Ф: гипотония (2), судороги икрожных мышц (7), потребовавшие введения препаратов К, в группе Д: гипотония (3), не потребовавшая коррекции.

**Выводы:** 1. Использование торасемида (диувера) в качестве дегидратационной терапии при декомпенсированной ХСН

---

---

позволяет добиться более ранней компенсации состояния при тенденции к меньшему выведению К. 2. ЖНР высоких града-  
ций чаще возникали на фоне приема фуросемида. 3. Наблюда-  
лась тенденция к лучшей переносимости торасемида по срав-  
нению с фуросемидом.

**ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ  
НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ  
СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ  
С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Захарова О.Ю., Батищева Г.А., Чернов Ю.Н.**

Ведение пациентов, страдающих артериальной гипертензи-  
ей (АГ) в сочетании с бронхиальной астмой (БА), является ак-  
туальной проблемой в связи с широкой распространенностью  
этих заболеваний во взрослой популяции. Частота выявления  
АГ у больных с патологией легких составляет до 34,3%. При  
этом системная гипертензия у больных БА часто сопровожда-  
ется повышением давления в малом круге кровообращения. В  
клинической практике важно применять антигипертензивные  
препараты с учетом характера сопутствующей бронхо-легочной  
патологии и возможности коррекции одновременно системной  
и легочной гемодинамики.

**Цель:** оценить влияние терапии антагонистом кальция ам-  
лодипином (Стамло-М) на показатели кардио-респираторной  
системы у больных БА в сочетании с АГ.

**Методы исследования:** группу исследования составили  
18 пациентов пульмонологического отделения НУЗ “Дорож-  
ная клиническая больница” г.Воронежа, страдавших БА сред-  
ней степени тяжести в сочетании с гипертонической болезнью  
I–II ст., средний возраст  $52 \pm 8,9$  лет. Все больные, наряду с ба-  
зисной терапией БА, в течение 1 месяца получали Стамло-М в

---

дозе 2,5–5 мг/сут. До начала лечения и через 4 недели терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления, УЗИ сердца с расчетом среднего давления в легочной артерии (СДЛА) и оценка показателей функции внешнего дыхания (ФВД).

**Результаты:** на фоне проводимой терапии у пациентов зарегистрировано снижение среднесуточного САД на 8% ( $p < 0,05$ ), ДАД на 7,4% ( $p < 0,05$ ). Индекс времени САД уменьшился с  $32,3 \pm 16,6\%$  до  $14,9 \pm 8,2\%$  ( $p < 0,05$ ), а индекс времени ДАД с  $64,1 \pm 24,3\%$  до  $45 \pm 20,9\%$  ( $p < 0,05$ ), отмечено также улучшение суточного профиля АД: увеличение суточного индекса САД на 4,5%. На фоне лечения Стамло-М установлено улучшение показателей гемодинамики по малому кругу со снижением СДЛА с  $23,6 \pm 9,1$  мм рт.ст. до  $18,6 \pm 4,4$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). По результатам оценки ФВД отмечено увеличение показателей пиковой скорости выдоха (ПСВ) и объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) на 15–18% в сравнении с исходными, что связано с уменьшением бронхообструктивного синдрома. При этом суточная вариабельность ПСВ уменьшилась с  $39 \pm 7,1\%$  до  $28,5 \pm 8,1\%$  ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует об улучшении клинического течения БА.

**Выводы:** проводимая антигипертензивная терапия Стамло М позволяет достигнуть системного гипотензивного эффекта, корректируя одновременно гемодинамику в малом и большом круге кровообращения.

**ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ  
БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТ ИХ ОБРАЗОВАНИЯ И ДИНАМИКА  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ 6-ТИ НЕДЕЛЬНОЙ  
ТЕРАПИИ КОАКСИЛОМ**

**Земскова С.Е.**

*ГОУ ВПО “ Нижегородская государственная медицинская академия  
Росздрава”,  
г. Нижний Новгород*

**Цель:** Оценить зависимость тревожно – депрессивных расстройств у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) от уровня образования и проследить их динамику под влиянием приема антидепрессанта коаксила.

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 30 больных ЭГ II стадии, 2 степени в возрасте от 31 до 77 лет (средний возраст составил  $49,3 \pm 4,06$  лет), длительность заболевания от 1 до 30 лет, ( средняя продолжительность заболевания составила  $7,93 \pm 2,60$  лет). Из выборки 9 человек имели среднее образование (30%) и 21 человек (70%) высшее. Все больные получали антигипертензивную терапию в адекватных дозах. Уровень тревожно- депрессивных проявлений у больных оценивался в динамике с 6 недельным интервалом с помощью госпитальной шкалы HADS. В качестве антидепрессанта был добавлен селективный стимулятор обратного захвата серотонина (ССОЗС) препарат коаксил (тианептин, лаборатории Сервье, Франция) в дозе 12,5 мг 3 раза в день (суточная доза препарата составила 37,5 мг.)

**Результаты.** Исходно уровень тревожно- депрессивных проявлений у лиц со средним и высшим образованием варьировал в пределах от клинических до субклинических величин соответственно (8–10 баллов – субклинические, 11 баллов и выше – клинические проявления). Это могло быть связано с более низкой социальной адаптацией и востребованностью в

---

обществе лиц, имеющих среднее образование. На фоне проведенной 6 – ти недельной терапии коаксилом показатель тревоги и депрессии достоверно снизился ( $p < 0,05$ ) в группе лиц со средним образованием на 34,6% до субклинических величин (8–10 баллов), а у лиц с высшим образованием было отмечено снижение показателей на 38,2% как до субклинических величин так и показателей верхней границы нормы (0–7 баллов).

**Выводы.** У больных ЭГ с признаками тревоги и депрессии присоединение антидепрессанта коаксила к антигипертензивной терапии способствует адекватной коррекции тревожно-депрессивных проявлений, усугубляющих в свою очередь течение основной патологии.

**ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ И ФРАКЦИЯ  
ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ НАЛИЧИЯ У НИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Иванов А.П., Сайеда Е.А., Строкова Н.И., Гуреева Л.Н.**  
*Россия, г. Тверь, Тверская медицинская академия, Тверской  
кардиологический диспансер*

**Цель работы.** Установить частоту выявления нарушения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) и снижения фракции выброса (ФВ) до 45% и менее среди больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от наличия у них клинических проявлений сердечной недостаточности (СН).

**Материал и методы.** В исследование было включено 130 больных АГ без клинических проявлений стенокардии. Всем обследованным проводилось эхокардиографическое исследование. Степень нарушения диастолической функции ЛЖ (СНДФ) диагностировалась на основании величины отношения скоростей раннего и позднего трансмитрального потока (Е/А),

---

---

что сопоставлялось с наличием признаков застойной СН. ФВ определялась по методике Simpson. В зависимости от наличия клинических проявлений СН больные были разделены на 2-е группы. В 1-ю группу были включены 36 больных без клинических проявлений СН, во 2-ю группу вошли 94 пациента с клиническими проявлениями СН.

**Результаты.** При изучении частоты выявления ФВ менее или равной 45% и диастолической дисфункции среди обследованных больных с АГ в зависимости от наличия клиническими проявлениями СН установлено, что среди больных 1-й группы у 14 пациентов наблюдалось нарушение диастолической функции и/или снижение ФВ до 45% и менее, что составило 38,9% от всех больных без клинических проявлений СН. Среди больных 2-й группы у 79 человек наблюдалось нарушение диастолической функции и/или снижение ФВ до 45% и менее, что составило 84% от всех больных с клиническими проявлениями СН. У остальных 15 пациентов 2-й группы без снижения ФВ и нарушения диастолической функции определялся II функциональный класс СН, что объясняет отсутствие эхокардиографических признаков нарушения функции ЛЖ в покое и, возможно, требует проведения стресс-эхокардиографии.

**Выводы:** 1. У 38,9% больных ИБС без клинических проявлений СН выявляются нарушение диастолической функции ЛЖ и/или снижение ФВ до 45% и менее. Больные ИБС с признаками СН в 84% случаев имеют нарушение диастолической функции ЛЖ и/или снижение ФВ до 45% и менее. 2. У больных ИБС с II функциональным классом СН могут отсутствовать эхокардиографические признаки нарушения функции ЛЖ в покое.

---

**ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Иванова Е.П.**

*Коми Республиканская больница,  
Отделение торакальной хирургии, г. Сыктывкар*

**Цель:** изучить частоту сердечно-сосудистых заболеваний у больных с деструктивными заболеваниями легких.

**Методы исследования:** Обследованы 285 больных с деструктивными процессами в легочной ткани (абсцедирующая пневмония, эмпиема, абсцессы легких), госпитализированные в торакальное хирургическое отделение Коми республиканской больницы в течении 30 месяцев. Средний возраст пациентов составил 48,08 лет. Проанализированы амбулаторные карты, всем пациентам проведена ЭКГ, ЭХО-КГ, коагулограмма.

**Результаты:** У 21,4% больных с деструктивными процессами в легких выявлены следующие поражения сердечно-сосудистой системы: у 11,5% выявлена ИБС ( стенокардия напряжения I функциональный класс – 1,6%, стенокардия напряжения II функциональный класс – 6,5%, стенокардия напряжения III функциональный класс – 3,4%), в одном случае – (1,6%) – обнаружен острый передне-боковой Q-инфаркт миокарда. У 18,1% – постинфарктный кардиосклероз, у 9,8% – атеросклеротический кардиосклероз. У 9,8% пациентов с деструкцией легочной ткани выявлены пароксизмы мерцательной аритмии. На фоне тяжелой деструкции легкого отмечались дисметаболические и гипоксические изменения в организме в связи с чем процент миокардиодистрофии составил 47,5%, дилатационной кардиомиопатии 6,5%. Выявлено 14,7% больных с артериальной гипертензией III ст, III ст, риск 4 и 9,8% – артериальная гипертензия II ст, II ст, риск 3. В 8,1% – выявлена рецидивирующая тромбоэмболия мелких и средних ветвей легочной артерии; в 3,3% – экссудативный перикардит.

---

---

**Выводы:** выявлены высокая частота сердечно-сосудистой патологии при деструктивных заболеваниях легких, приводящей к более тяжелому течению заболевания, что необходимо учитывать при проведении комплексной терапии пациентов с подобной патологией.

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
НА ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА**

**Инарокова А.М., Анзорова З.З., Сакиева Д.Н.,  
Альмова И.Х., Дидигова Р.Т., Екажева М.Я.**

**Цель:** Изучить влияние психологических и психофизиологических показателей на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у водителей автотранспорта.

**Методы исследования:** Для психофизиологического исследования использован универсальный хронорефлексометр КХР-01 с автоматической подачей раздражителей по заданной программе. Для психологического тестирования использованы: СМОЛ (модифицированный сокращенный вариант теста ММРІ), который позволяет судить о личностных свойствах и степени адаптированности обследуемого и цветовой тест Люшера.

**Результаты:** В конечной модели потребность в удовлетворении привязанностей, дружелюбия является показателем, определяющим надежность водителей с ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертонией (АГ) и другими факторами риска (ФР). Отмечено снижение импульсивности среди водителей, употреблявших алкоголь. В конечной модели остались регидность, степень импульсивности невротической переработки тревоги, являющиеся определяющими в надежности водителей. Было отмечено увеличение показателя

---

---

телей ошибок при выполнении, характеризующих латентную зрительно-моторную реакцию в группе водителей с наличием ИБС, по сравнению с группой без ИБС (0,24 и 0,14 соответственно). У лиц с избыточной массой тела реакция запаздывания на движущийся объект было больше, чем у лиц с нормальной массой тела (0,63 и 0,49 соответственно,  $P < 0.05$ ). В группе курящих водителей показатель ошибок реакции запаздывания на движущийся объект был значительно выше, чем у не курящих водителей ( $P < 0.01$ ). Этот показатель был достоверно выше у водителей такси, по сравнению с водителями грузовиков ( $P < 0.01$ ). У водителей, употреблявших алкоголь, время реакции было более удлиненным, по сравнению с непьющими водителями. Эти показатели были достоверно выше и в группе водителей с АГ. Из всех психофизиологических показателей наиболее значимыми в многомерной модели оказались моторная зрительно-двигательная реакция и ошибки реакции запаздывания на движущийся объект, что свидетельствует о наличии профессиональных проблем, обуславливающих надежность водителей с ИБС, АГ и другими ФР.

**Выводы:** В результате исследования была отобрана группа факторов, вносящих значимый вклад в интегральный риск, определяющий надежность водителей на автотранспорте: ошибки реакции запаздывания на движущийся объект, шкалы, характеризующие ригидность; потребность в удовлетворении привязанностей и дружелюбия, моторная зрительно-двигательная реакция, шкалы, характеризующие степень импульсивности невротической переработки тревоги и импульсивность.

---

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ  
МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ**

**Кабиева С.М.**

*Казахстан, г. Караганда, Карагандинская государственная  
медицинская академия*

Одной из важнейших проблем неонатальной кардиологии является гипоксическое поражение сердечно-сосудистой системы. Транзиторная ишемия миокарда, развивающаяся у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, значительно ограничивает функциональные возможности мышцы сердца и при несвоевременной коррекции может приводить к отдаленным последствиям в виде развития миокардиодистрофии, стойких проявлений вегето-сосудистой дистонии, нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности. Одним из ранних доклинических признаков снижения сократительной способности сердечной мышцы является оценка функциональных резервов миокарда с помощью антиортостатической пробы.

**Цель исследования:** определение уровня функциональных резервов миокарда у новорожденных детей, перенесших перинатальную гипоксию.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось в отделении II этапа выхаживания новорожденных и недоношенных областной детской клинической больницы г. Караганды в 2008 году. Для оценки функциональных резервов миокарда определялись показатели сократительной способности миокарда: фракция выброса (ФВ) и фракция укорочения (ФУ) до и после антиортостатической нагрузочной пробы.

Под наблюдением находилось 52 ребенка в возрасте от 13 дней до 1,5 месяцев, из них 26 детей, перенесли хроническую внутриутробную гипоксию, 16 детей родилось в асфиксии средней степени тяжести, 10 – с тяжелой асфиксией.

---

**Полученные результаты.** По результатам исходной оценки систолической функции миокарда установлено, что из обследуемых детей только у 8 (15,4%) отмечены нормальные показатели сократительной способности миокарда (ФВ=66,6±0,6%, ФУ=34,7±0,4%). У большинства детей (67,3%) в исходном положении зарегистрированы повышенные показатели систолической дисфункции миокарда (ФВ=79,9±0,8%, ФУ=46,1±0,6%). Снижение сократительной способности миокарда (ФВ=61,2±0,6%, ФУ=31,0±0,5%) выявлено у 9 пациентов (17,3%).

В процессе исследования выделены разные варианты адаптации детей к нагрузке. Только у 23,1% детей наблюдается адекватное возрастание показателей сократимости миокарда, что расценивается как удовлетворительный резерв адаптации миокарда к нагрузке. Около трети детей (30,8%) можно отнести к группе с напряженным вариантом адаптации миокарда к нагрузке. Данный вариант свидетельствует о слабой выраженности гемодинамических и метаболических изменений в миокарде или о его начальной стадии. У 28,9% показатели сократительной способности характеризуют субкомпенсированный вариант функциональных резервов и более выраженные качественные изменения в миокарде. Декомпенсированный вариант функциональных резервов отмечен в 17,2% случаев, характеризуется значительным изменением систолической функции миокарда и свидетельствует об истощении резервных возможностей миокарда. Эти нарушения можно расценивать как доклиническую (скрытую) стадию сердечной недостаточности.

**Выводы.** Чем более выражены гемодинамические и метаболические изменения в миокарде, тем выше напряжение механизмов поддержания адекватной гемодинамики и появление значимых гемодинамических нарушений при нагрузке.

Диагностика функциональных резервов адаптации миокарда к нагрузке и своевременное лечение способны предотвратить отдаленные неблагоприятные последствия транзиторной ишемии миокарда.

---

---

**РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА  
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ  
ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Казакова Н.Ю., Мазур В.В.**

Электроимпульсная терапия (ЭИТ) – самый эффективный метод восстановления синусового ритма у больных с фибрилляцией предсердий (ФП), однако, в ряде случаев он не дает желаемого результата. Это делает актуальным изучение факторов, влияющих на эффективность ЭИТ при ФП, особенно у больных артериальной гипертензией (АГ).

**Цель работы** – изучить влияние структурно-функциональных особенностей левых отделов сердца на эффективность ЭИТ при ФП у больных АГ.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 69 больных АГ (48 мужчин и 21 женщина, в возрасте от 40 до 77 лет) с персистирующей формой ФП. До ЭИТ больным проводилось ЭХОКГ, в ходе которого определялись индекс массы миокарда (ИММЛЖ) и конечный диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ), его фракция выброса (ФВЛЖ), состояние диастолической функции (по скорости распространения волны раннего диастолического наполнения с помощью цветного доплеровского картирования в М-режиме), а также максимальный объем (ОЛП) и максимальный передне-задний размер (РЛП) левого предсердия. В зависимости от результатов ЭИТ больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 54 пациента, у которых ЭИТ привела к восстановлению синусового ритма, во 2-ю – 15 больных, у которых ЭИТ оказалась неэффективной.

**Результаты.** Проведенное исследование показало, что у больных 2-й группы, по сравнению с 1-й, были достоверно больше средние величины ИММЛЖ ( $126,0 \pm 2,3$  г/м<sup>2</sup> и  $148,1 \pm 16,8$  г/м<sup>2</sup> соответственно в 1-й и 2-й группах,  $p < 0,01$ ) и КДОЛЖ

---

---

(90,8±1,5 мл и 142,7±19,2 мл соответственно,  $p<0,01$ ), но меньше ФВЛЖ (56,8±2,1 % и 47,4±4,3 % соответственно,  $p<0,01$ ) и средняя величина скорости распространения волны раннего диастолического наполнения левого желудочка (55,8±6,3 см/с и 40,1±4,3 см/с соответственно,  $p<0,05$ ). Кроме того, у больных 2-й группы были достоверно больше средние величины ОЛП (82,3±5,9 мл и 117,7±10,6 мл соответственно,  $p<0,01$ ) и РЛП (4,2±0,1 см и 4,8±0,2 см соответственно,  $p<0,01$ ).

**Выводы.** Эффективность ЭИТ при ФП у больных АГ снижается при нарастании массы миокарда левого желудочка и его конечного диастолического объема, присоединении систолической и диастолической дисфункции, увеличении объема левого предсердия.

**СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ  
И ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ**

**Калинкин А.М.**

*Россия, г. Тверь, ГОУ ВПО*

*Тверская государственная медицинская академия, кафедра  
госпитальной терапии*

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) и постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – два заболевания, сопровождающиеся развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН), оказывающих выраженное влияние на состояние системной гемодинамики, в частности, на уровень артериального давления (АД). В связи с этим представляет интерес изучение особенностей суточного профиля АД (СПАД) при данной патологии.

Суточное мониторирование АД (СМАД) проведено 47 больным ДКМП (мужчин – 42, женщин – 5, средний возраст – 43,1±2,0 года) и 92 больным ПИКС (мужчин – 89, женщин – 4,

---

средний возраст –  $56,0 \pm 1,0$  года). В исследование включались больные, у которых на момент обследования и в анамнезе не было артериальной гипертензии. По данным СМАД рассчитывались величины ночного снижения систолического (НССАД) и диастолического (НСДАД) АД, показывающие, на сколько процентов средний уровень АД ночью ниже, чем днем.

Недостаточное НССАД выявлено у 67% больных ДКМП и 65% больных ПИКС; диастолического – соответственно у 72% и 45%,  $p < 0,01$ .

У больных ДКМП отмечена отчетливая тенденция к уменьшению НССАД и НСАД при нарастании тяжести ХСН. Так, на I стадии ХСН средние величины НССАД и НСАД составили  $9,6 \pm 2,8$  и  $15,6 \pm 3,8\%$ , на II А стадия –  $5,3 \pm 2,8$  и  $5,0 \pm 1,8\%$ , на II Б стадия –  $2,8 \pm 2,8$  и  $4,5 \pm 4,0\%$ . У больных ПИКС подобной тенденции не наблюдалось. Средние величины НССАД и НСАД на соответствующих стадиях ХСН равнялись  $6,5 \pm 1,6$  и  $9,1 \pm 2,0\%$ ,  $6,0 \pm 2,1$  и  $12,7 \pm 3,5\%$ ,  $4,8 \pm 3,3$  и  $7,0 \pm 4,2\%$ .

Таким образом, проведенное исследование показало, что у большинства больных ХСН, не имеющих в анамнезе АГ, отмечается нарушение СПАД в виде недостаточного НССАД и/или НСАД. При этом у больных ДКМП проявляется отчетливая тенденция к уменьшению НССАД и НСАД по мере нарастания тяжести ХСН.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА**

**Калмыкова М.А., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А.**

*Россия, г. Нальчик,*

*Кабардино-Балкарский госуниверситет*

---

**Цель:** изучить влияние гипотензивной и антиаритмической терапии водителей автотранспорта (ВА) с артериальной гипер-

---

---

тонией (АГ) и нарушениями ритма сердца (НРС) на систему оперативного реагирования.

**Материал и методы:** из эпидемиологической базы данных случайным образом отобраны 36 ВА с АГ I и II ст. и НРС (экстрасистолическая аритмия, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция предсердий) в возрасте 34–59 лет, которым осуществлена комплексная (небилет 2,5 мг 1 раз в день и пропафенон в однократной нагрузочной дозе 600 мг внутрь; в 4 наблюдениях из-за отсутствия эффекта через 6 часов назначалась вторая доза 300 мг. Влияние АГ и НРС, осуществленной терапии на систему безопасности дорожного движения (БДД) обеспечено клиническим, инструментальным (суточное мониторирование ЭКГ) обследованием и психофизиологическим тестированием (ПФТ) до и после лечения (12 недель).

**Результаты.** В исходном состоянии у ВА с АГ и НРС наряду с частыми головными болями, сердцебиением, болями в области сердца, раздражительностью и возбудимостью, неустойчивостью настроения, бессонницей, повышенной утомляемостью отмечены значительные уровни систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) –  $196,7 \pm 4,2$  и  $102,5 \pm 3,4$  мм рт.ст. соответственно, выраженные отклонения суточного профиля АД (75,0%), эпизоды транзиторной ишемии миокарда (ЭТИМ) и НРС – в 61,6 и 65,8% наблюдений. Вместе с этим, ПФТ обнаружило высоко достоверные отклонения профессионально значимых функций и качеств (ПЗФик) шоферов, на что указывали удлинение времени латентной ( $1,765 \pm 0,094$ ) и моторной ( $0,298 \pm 0,096$ ) реакции, замедление скорости за движущимся объектом ( $20,24 \pm 0,96$ ).

Комплексная оценка результатов динамического мониторинга после фармакотерапии обнаружила: во-первых, улучшение самочувствия и снижение ( $p < 0,05 < 0,01$ ) средних САД и ДАД до  $139,8 \pm 4,1/88,3 \pm 3,6$  мм рт.ст., восстановление показателей суточного профиля АД у 50,0% ВА, сокращение частоты ЭТИМ (в 1,9 раза) и НРС (в 2,5 раза); во-вторых, из 19 ВА с НРС пропафенон (разовая доза 600 мг) восстановил ритм у 15 (78%) через 2 часа, а у остальных 4 – через 12 часов после повтор-

---

---

ной дозы (300 мг). Заключительное ПФТ несмотря на благоприятную клинико-гемодинамическую динамику изученных показателей установило нарастание “ухудшения” ПЗФиК у всех ВА с НРС, которое сохранялось 12–14 дней после купирования аритмии сердца. В остальных случаях применение небилета у ВА с АГ I и II ст. сопровождалось достоверным ( $p < 0,05$ ) улучшением системы оперативного реагирования индивида, что имеет значение для БДД.

**Выводы:** АГ и НРС у шоферов-профессионалов ухудшают их ПЗФиК; применение небилета эффективно и безопасно у шоферов с АГ; после купирования аритмий сердца рекомендуется ПФТ ВА для решения вопроса о возвращении к основной работе.

**ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА  
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ  
ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**Каменева О.А., Казанцева Л.В., Ветрова И.П.,  
Максимов Д.Б., Искендеров Б.Г.**

*Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО “Пензенский институт  
усовершенствования врачей Росздрава”*

**Цель работы:** изучить частоту и спектр нарушений ритма сердца (НРС), возникающих в раннем послеоперационном периоде после проведенных кардиохирургических вмешательств.

**Материал и методы.** В течение 1 месяца госпитального этапа реабилитации после кардиохирургических вмешательств были обследованы 73 больных (40 мужчин и 33 женщин) в возрасте от 25 до 64 лет (средний возраст –  $57,3 \pm 2,1$  года). Из них у 45 больных проводилась хирургическая реваскуляризация миокарда: аортокоронарное шунтирование (АКШ) – у 20 больных, маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) – у 12 боль-

---

---

ных и сочетание АКШ и МКШ – у 13 больных. По поводу приобретенных и врожденных пороков сердца оперировались 28 больных. В 89,0% случаев операции осуществлялись в условиях искусственного кровообращения. По данным медицинской документации, выясняли наличие НРС до операции. После операции при подозрении на НРС, а также для количественной оценки выявленных аритмий проводили холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ)

**Результаты исследования.** Необходимо отметить, что в раннем послеоперационном периоде у 51 больного (69,8%) диагностировались НРС, в том числе у всех 19 больных (37,3%), имевших НРС до операции. Анализ частоты и спектра НРС в послеоперационном периоде выявил следующее: у 32 больных (62,74%) НРС появились впервые после проведенных операций (1-я группа); у 12 больных (23,53%) с исходными НРС изменился их характер – появились сочетанные НРС и/или участились эпизоды/пароксизмы аритмий (2-я группа); у 7 больных (13,73%) с исходными НРС существенной динамики после операции не выявлено (3-я группа). Наиболее частыми НРС являлась желудочковая экстрасистолия – ЖЭ (в 58,8% случаев), частотой которой, по данным ХМ ЭКГ, составила от 100 до 22 тыс. за сутки. У 8 больных (15,7%) выявлялись пароксизмальные формы фибрилляции (у 5 больных) и трепетания предсердий (двое больных) и предсердной тахикардии (у одного больного). Кроме того, у 2 больных при ХМ ЭКГ и на фоне частой ЖЭ выявлялись “пробежки” желудочковой тахикардии. В одном случае, после коррекции митрально-аортального порока следующий день возникла полная атриовентрикулярная блокада проксимального типа.

**Выводы.** Выявлена провоцирующая роль проведенных кардиохирургических вмешательств: высокая частота НРС; сложность их характера (сочетанные и прогностически тяжелые НРС), а также многофакторная причина возникновения НРС.

---

## ПРИЧИНЫ ПРОВОЦИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

### У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Каменева О.А., Лихтер Т.А.,  
Максимов Д.Б., Искендеров Б.Г.

Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО «Пензенский институт  
совершенствования врачей Росздрава»

**Цель работы:** с помощью однофакторного анализа определить потенциально аритмогенные факторы в генезе нарушений ритма сердца (НРС) у кардиохирургических больных в госпитальном этапе наблюдения в течение 1 месяца.

**Материал и методы.** Для сравнительной оценки 73 больных (40 мужчин и 30 женщин) после кардиохирургических вмешательств разделили на 2-е группы: 1-я группа (51 больной) – больные с НРС; 2-я группа (19 больных) – без НРС. Из них у 45 больных проводилась хирургическая реваскуляризация миокарда: аортокоронарное шунтирование (АКШ) – у 20 больных, маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) – у 12 больных и сочетание АКШ и МКШ – у 13 больных. По поводу приобретенных и врожденных пороков сердца оперировались 28 больных. В 89,0% случаев операции осуществлялись в условиях искусственного кровообращения. При подозрении на НРС, а также для количественной оценки выявленных аритмий проводили холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ).

**Результаты исследования.** Выявлено, что после хирургической реваскуляризации миокарда, т.е. у больных с ИБС преимущественно диагностировались желудочковые НРС (желудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии, фибрилляция желудочков), а после коррекции клапанных пороков сердца – наджелудочковые НРС. Однако наличие аритмологического анамнеза, т.е. наличие НРС до операции, не зависело от характера проведенных операций (28,9 и 21,4% соответственно). Наличие умеренно выраженной анемии

---

(вследствие кровопотери и гипокоагуляции) особенно в группе больных после хирургической реваскуляризации миокарда часто ассоциировалась НРС (в 32,4% случаев). При нормальных показателях гемоглобина (у 8 больных) НРС диагностировались лишь в одном случае (12,5%). После коррекции клапанных пороков НРС наиболее часто выявлялись при сохранении или появлении признаков перегрузки камер сердца, особенно после коррекции дефекта межпредсердной перегородки, митральной и аортальной регургитации. Также отмечена прямая корреляция между выраженностью симптоматики хронической сердечной недостаточности и выявляемостью НРС. Нами также показано, что наличие электролитного дисбаланса, в том числе обусловленного применением петлевых диуретиков предрасполагает возникновению или учащению эпизодов НРС.

**Выводы.** Таким образом, кардиохирургические вмешательства провоцируют электрическую нестабильность и НРС, которые носят многофакторный характер.

**ВАРИАбельНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА  
У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С РАЗЛИЧНОЙ  
СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА  
И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Каракин А.А., Струтынский А.В.**

*ОКБ, г. Ярославль; РГМУ, г. Москва, Россия*

**Цель:** оценить вариабельность сердечного ритма при различной степени избыточного веса у женщин в постменопаузе с гипертонической болезнью (ГБ).

**Методы:** Обследовано 47 женщин (средний возраст-56 лет), из них 1 группа с ГБ 3ст ИМТ-25.1-30.0 -15 человек (избыточный вес)- , 2 группа ГБ 3ст ИМТ-30.1-40.0 – 22 женщины (легкая и средняя степень ожирения) , 3 группа ГБ 3ст ИМТ-40.1 и выше – 10 человек (тяжелая степень ожирения).

---

---

Всем проводили суточное мониторирование АД с определением среднесуточного систолического (САД) и диастолического давления (ДАД), индекса времени систолического (ИВСАД) и диастолического АД (ИВДАД) монитором ТМ-2421 (А&D, Япония) и суточное ЭКГ-мониторирование с определением временных и спектральных показателей variability ритма сердца (BPC). Из временных параметров BPC определяли: стандартное отклонение среднего значения интервалов RR (SDNN), среднее значение стандартных отклонений всех пятиминутных интервалов RR (индекс SDNN), стандартное отклонение величин усредненных интервалов NN, полученных за все 5-минутные участки, на которые поделен период наблюдения (SDANN), стандартное отклонение разницы последовательных интервалов RR (rMSSD) и частоту последовательных интервалов RR, разница между которыми превышала 50 мс (pNN50). При спектральном анализе определяли мощность спектра на высоких частотах (0,15–0,4 Гц) – HF, мощность спектра на низких частотах (0,05–0,15 Гц) – LF и соотношение LF/HF, как чувствительный показатель баланса активности симпатической и парасимпатической части вегетативной нервной системы (BHC). Группы сравнивали с пациентками не имеющими сердечно-сосудистой патологии.

**Результаты:** в 1 группе САД/ДАД составили – 192/109 мм рт.ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100 4%. SDNN оказалось сниженным на 39%, индекс SDNN на 45%, SDANN снижено на 44,6%, rMSSD на 36,8%, pNN50 оказалось сниженным на 36,4%, LF снижена на 27,6% , HF на 39,4%. Во 2 группе САД/ДАД составили – 195/110 мм рт.ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100%. SDNN оказалось сниженным на 54,9%, индекс SDNN на 50%, SDANN снижено на 50%, rMSSD на 42,1%, pNN50 оказалось сниженным на 81,8%, LF снижена на 14,3% , HF на 12,1%. В 3 группе САД/ДАД составили – 207/114 мм рт.ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100 %. SDNN оказалось сниженным на 57,8%, индекс SDNN на 50%, SDANN снижено на 57,8%, rMSSD на 81,8%, pNN50 оказалось сниженным на 74%.

---

---

**Выводы:** значимым показателем оценки ВРС является 24-часовой ЭКГ-анализ, у пациенток с ГБ в постменопаузе при увеличении степени избыточного веса средние показатели дневного и ночного АД значительно увеличиваются. Временные показатели ВРС значительно снижаются, также снижаются и показатели общей мощности спектра ВРС. При более выраженной степени избыточности веса снижение показателей ВРС более выражены, что является значимым предиктором пароксизмальных нарушений ритма и риска внезапной смерти.

**НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН  
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ  
ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА  
И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Каракин А.А., Струтынский А.В., Большакова М.А.  
*ОКБ, г. Ярославль; РГМУ, Москва, Россия*

**Цель:** оценить степень влияния различной степени избыточного веса у женщин в постменопаузе с гипертонической болезнью (ГБ) на аритмии сердца (АС).

**Методы:** Обследовано 47 женщин (средний возраст – 56 лет), из них 1 группа с ГБ 3 ст ИМТ-25.1-30.0 – 15 человек (избыточный вес), 2 группа ГБ 3 ст ИМТ-30.1-40.0 – 22 женщины (легкая и средняя степень ожирения), 3 группа ГБ 3 ст ИМТ-40.1 и выше – 10 человек (тяжелая степень ожирения).

Всем проводили суточное мониторирование АД с определением среднесуточного систолического (САД) и диастолического давления (ДАД), индекса времени систолического (ИВСАД) и диастолического АД (ИВДАД) монитором ТМ-2421 (A&D, Япония) и суточное ЭКГ-мониторирование с определением количества одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ), парных и групповых ЖЭ (ГРЖЭ), пробежек желудочковой тахикардии (ЖТ), одиночных наджелудочковых экстрасистол

---

---

(НЖЭС), парных и групповых наджелудочковых экстрасистол (ГРНЖЭС), пробежек наджелудочковой тахикардии (НЖТ) на кардиокомплексе ДМС (Москва, Россия).

**Результаты:** в 1 группе САД/ДАД составили – 192/109 мм рт. ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100%. ЖЭ выявлены у 35% пациентов (в среднем 15 в час), НЖЭС выявлены у 40% (в среднем 101 в час). Во 2 группе САД/ДАД составили – 195/110 мм рт. ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100 %. ЖЭ выявлены у 47% пациентов (в среднем 115 в час), НЖЭС выявлены у 65% (в среднем в 59 час). В 3 группе САД/ДАД составили – 207/114 мм рт.ст., ИВСАД-100%, ИВДАД-100 %. ЖЭ выявлены у 84% пациенток (в среднем 254 в час), ГРЖЭ- у 36% больных (в среднем 19 в час), НЖЭС выявлены у 95% (в среднем 341 в час), ГРНЖЭС зарегистрирована у 25% (в среднем 11 в час), пробежки НЖТ у 9 пациенток, пароксизмальная мерцательная аритмия зарегистрирована у 11 пациенток. Во всех группах выявлена корреляция между ИВСАД и НЖЭС, ИВДАД и НЖЭС.

**Выводы:** у пациенток с ГБ в постменопаузе при увеличении степени избыточного веса средние показатели дневного и ночного АД значительно увеличиваются, часто выявляются различные формы АС, больше желудочковых АС, причем их форма и количество значительно увеличивается с ростом степени избыточности веса. При повышении ИВСАД и ДАД количество наджелудочковых нарушений ритма увеличивается.

---

**ДИНАМИКА ПРИЧИН НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ  
К ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ  
БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
ЗА ПЕРИОД 9-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**Каулина Е.М.**

*Россия, г. Нижний Новгород, филиал Сочинского государственного  
университета туризма и курортного дела в г. Нижний Новгород*

**Актуальность:** В последнее время пристальное внимание уделяется проблеме низкой приверженности амбулаторных больных артериальной гипертонией (АГ) к назначаемым лечебно-реабилитационным мероприятиям (ЛРМ). Низкая приверженность больного АГ к ЛРМ приводит к невозможности достижения контролируемого уровня артериального давления (АД), что ведет к повышению риска развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

**Цель:** показать динамику причин низкой приверженности к ЛРМ больных АГ в амбулаторной практике.

**Материалы и методы:** В исследовании участвовали 100 амбулаторных пациентов АГ (случайная выборка): 39 мужчин и 61 женщина. Средний возраст пациентов – 64,6 года. В избранной группе ежегодно проводился опрос о назначенных им ЛРМ и о причинах несоблюдения врачебных рекомендаций. Полученные данные представлены в динамике за 9-летний период наблюдения.

**Результаты:** Несмотря на то, что за период наблюдения информированность пациентов об АГ и необходимом комплексе ЛРМ увеличилась, среди причин недостаточной приверженности к ЛРМ пациенты продолжали отмечать: боязнь побочных эффектов антигипертензивных препаратов (АГП) (62% пациентов в 2000 г. и 38,4% пациентов в 2008 г.) и опасность “привыкания” к АГП (63% пациентов в 2000 г. и 32,9% – в 2008 г.). “Забывчивость”, как причина нерегулярности приема АГП, не превышала 10% на протяжении всего периода наблюдения.

---

---

За период 2000–2008 гг. первое место среди причин недостаточной приверженности к ЛРМ занимали финансовые трудности (31% пациентов отметили эту причину в 2000 г. и 50,8% в 2008 г.).

Необходимо отметить, что коррекция больными АГ рекомендованных ЛРМ снизилась до 10% только к 9 году исследования (в 2000 г. корректировали назначенные ЛРМ 82% больных АГ).

Полученные данные свидетельствуют о преимущественной приверженности больных АГ к медикаментозным ЛРМ. При проведении оценки динамики приверженности больных АГ к рекомендованным ЛРМ был отмечен рост среднегрупповых данных приверженности пациентов к медикаментозным ЛРМ на 93,9% (с 37,8 балла в 2000 г. до 73,3 балла в 2008 г.), к немедикаментозным ЛРМ – на 17,2% (с 37,8 балла в 2000 г. до 44,3 балла в 2008 г.).

**Заключение:** В ходе исследования продемонстрирована динамика причин низкой приверженности к ЛРМ амбулаторных больных АГ. Полученные результаты свидетельствуют о сохранении социально-экономических причин низкой приверженности на фоне повышения информированности избранной когорты больных по вопросам ЛРМ при АГ.

**ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО  
РИТМА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛОМ**

**Кильдебекова Р.Н., Ахметова К.К.,  
Кривошеева Л.Н., Мингазова Л.Р.**

*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа*

Нарушение общего тонуса вегетативной нервной системы имеет решающее значение в формировании артериальной гипертензии.

**Цель исследования:** Изучить динамику вариабельности сердечного ритма (ВСР) у военнослужащих с АГ на фоне проводимого лечения метопрололом.

**Материалы и методы.** Исследованы показатели ВСР у 65 военнослужащих с АГ 1 и 2 степени, средний возраст составил  $40,5 \pm 2,31$  лет. Контрольная группа – 20 практически здоровых лиц. Больным АГ проводилось общеклиническое исследование, показатели ВСР исследовали на аппарате “Полиспектр”. Метопролол назначали 50-100 мг, в индивидуальной подобранной дозе в течение 4 недель, средняя доза составила  $75 \pm 8,36$  мг/сут.

**Результаты.** У больных АГ исходно отмечалось снижение временных показателей ВСР, по анализу спектральных показателей выявлено снижение тонуса парасимпатической нервной системы и увеличение тонуса симпатической нервной системы. Спектральная мощность высокочастотного компонента (HF) у военнослужащих с АГ 1 степени составила  $696 \pm 549$  мс<sup>2</sup>, при АГ 2 степени –  $275,1 \pm 149,2$  мс<sup>2</sup>, а вклад в структуру спектра – на 6,67% и 5,51%, соответственно, было меньше контроля. Так же оценивали у военнослужащих с АГ показатели вариационной пульсометрии по Баевскому Р.М. (1984), амплитуда моды (АМо) была повышена у больных АГ 1 степени на  $24,72 \pm 5,59\%$ , а при АГ 2 степени на  $44,62 \pm 21,85\%$  в сравнении с контролем, вариационный размах (BP) был снижен на  $0,12 \pm 0,019$  с

---

и  $0,23 \pm 0,085$  с, соответственно, ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует об уменьшении вариабельности сердечного ритма. Наблюдалось повышение индекса вегетативного равновесия (ИВР)- на  $87,83$  у.е. у больных АГ 1 степени, и на  $15,62$  у.е. при АГ 2 степени. В результате проводимой терапии метопрололом у больных АГ улучшились показатели гемодинамики: САД и ДАД при АГ 1 степени снизилось до  $123,4 \pm 9,7$  и  $72,4 \pm 7,3$  мм рт.ст., при АГ 2 степени до  $135,3 \pm 12,7$  и  $81,2 \pm 6,9$  мм. рт.ст. Положительная динамика ВСР у больных АГ отмечалась в усилении парасимпатических влияний и снижении централизации управления ритмом сердца, показатели АМо, ИВР снижались достоверно ( $p < 0,05$ ) больше при АГ 1 степени. Наблюдалось увеличение спектральной мощности высокочастотного компонента, нормализовался баланс между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Результаты исследования показывают, что на фоне проводимого лечения метопрололом увеличился суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения и исследование ВСР является доступным методом контроля и эффективности лечения больных артериальной гипертензией.

**ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА  
И ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
И КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

**Клименко И.С., Глотова Н.А., Сергеева А.Н.,  
Коновалов Р.Н., Фонякин А.В., Танащян М.М.  
ГУ Научный центр неврологии РАМН, г. Москва**

**Цель исследования.** Изучить влияние параметров артериального давления (АД) на мозговой кровоток у больных с артериальной гипертензией (АГ) и каротидным атеросклерозом.

---

**Методы.** Обследовано 50 больных с АГ 1-3 степени и атеросклерозом сонных артерий различной степени выраженности (степень стеноза от 30% до 90%). Всем больным проводилась базисная антигипертензивная терапия с использованием комбинации препаратов, относящихся к различным классам. Всем пациентам и лицам контрольной группы проводили терапевтический и неврологический осмотр, суточное мониторирование АД (СМАД), компьютерную томографию головного мозга в стандартном и перфузионном режиме с определением значений мозгового кровотока (МК, мл/100 г/мин) в корковых отделах лобных, височно-теменных и затылочных областей и глубоких отделах белого вещества обоих полушарий головного мозга. Группу сравнения составили 11 пациентов, страдающих АГ без признаков цереброваскулярных заболеваний и атеросклероза магистральных артерий головы.

**Результаты.** При анализе суточного профиля АД средний уровень систолического АД (СрСАД) за сутки составил  $124,5 \pm 9,9$  мм рт.ст., а средний уровень диастолического АД (СрДАД)  $75,5 \pm 7,4$  мм рт.ст. Выявлена прямая корреляционная зависимость ( $r=0,42$ ,  $p<0,005$ ) между СрСАД и показателем МК в глубоких отделах обоих полушарий головного мозга. Значения МК между основной и контрольной группами были сопоставимы по лобным, височно-теменным корковым сегментам и глубокими отделами белого вещества левого полушария и всем корковым сегментам правого полушария. Напротив, в затылочных областях коры левого полушария головного мозга и глубоких отделах белого вещества правого полушария были выявлены отличия. Так, в затылочных областях коры левого полушария МК в основной группе составил  $48,3 \pm 10,3$  мл/100г/мин, а в группе сравнения –  $55 \pm 14,5$  мл/100г/мин ( $p=0,04$ ); в глубоких отделах белого вещества правого полушария в основной группе –  $23,9 \pm 4,9$  мл/100г/мин, а в группе сравнения –  $26,8 \pm 6,3$  мл/100г/мин ( $p=0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, у больных с хронической цереброваскулярной патологией и каротидным атеросклерозом уровень СрСАД тесно взаимосвязан с МК в глубоких отделах

---

---

белого вещества обоих полушарий головного мозга, что свидетельствует о преимущественной заинтересованности этих отделов мозга при снижении уровня систолического АД. При существенном (в т. ч. медикаментозном) снижении уровня АД на фоне каротидного атеросклероза создаются условия для формирования церебральной гипоперфузии в глубоких отделах белого вещества головного мозга и повышения риска прогрессирования церебральной патологии.

**НОВОЕ ДЛЯ БОЛЬНОГО –  
ЭТО “ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ” ДЛЯ ВРАЧА?**

**Колесников В.В., Филипченко Е.М.**

*Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет,*

*Кафедра поликлинической терапии с курсом*

*“Общая врачебная практика*

*(семейная медицина)” ФПК и ППС*

Современная лекарственная терапия позволяет предотвращать серьезные осложнения у кардиологических больных. Тем не менее, практически все известные лекарственные средства могут приводить к различным побочным эффектам и каждый практикующий специалист обязан не только знать все возможные побочные эффекты, но и информировать пациента о побочных действиях назначаемых лекарств. В реальной клинической практике нередко приходится встречаться с обратной ситуацией. Приводим клиническое наблюдение случая часто отмечаемого побочного эффекта на фоне лечения блокаторами кальциевых каналов. Больная М., 76 лет, находится под наблюдением в муниципальной поликлинике № 3 г. Краснодара с 1992 года. С 1999 г проводится постоянная поддерживающая терапия по поводу: ИБС. Стабильная стенокардия 3 ф.к. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4. ХСН 3 ф.к. 2 А ст., включа-

---

ющая ингибитор АПФ, диуретик, ацетилсалициловую кислоту,  $\beta$ -блокатор. Последние четыре месяца к проводимой терапии был дополнительно назначен антагонист кальция. На фоне проводимой лекарственной терапии состояние больной было полностью стабилизировано, но 31 октября 2008 г., поздним вечером, больная М. отметила, что стопы и голени обеих нижних конечностей “на глазах начали увеличиваться в объёме и появилось ощущение распираания”. Муж пациентки “заподозрив тромбофлебит”, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрев и расспросив больную, врач СМП направил пациентку в сосудистое отделение Городской больницы № 3 г. Краснодара, с диагнозом в сопроводительном листе: Тромбофлебит глубоких вен голени. После проведённого осмотра дежурный ангиохирург указал в выписке: На момент осмотра данных за острую сосудистую патологию не выявлено.

**Рекомендовано:** 1. лечение у кардиолога; 2. лечение у невролога по месту жительства. После бессонной ночи больная явилась на приём к кардиологу поликлиники и рассказав свою историю болезни сказала: “Перед приходом в поликлинику я прочитала в аннотации к амлодипину, что лекарство может вызывать выраженные отёки нижних конечностей, может быть эти отёки вызваны именно амлодипином и меня напрасно возили в больницу?”. После проведённого осмотра врач согласился с подозрением больной.

Таким образом, несмотря на “общеизвестный” и довольно распространённый побочный эффект антагонистов кальция, именно сама пациентка смогла разгадать причину выраженной отёчности, но ни один из врачей, к которым ей пришлось обратиться не догадался об истинной причине этого состояния.

---

## ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ГИПОЛИПЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Колесников В.В., Филипченко Е.М.

*Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский  
университет,  
Кафедра поликлинической терапии с курсом ФПК и ППС “Общая  
врачебная практика  
(семейная медицина)”*

**Цель работы** – проанализировать опыт применения производных фиброевой кислоты и препаратов ПНЖК в кардиологической практике. Методом добровольного анкетирования опрошены 15 врачей кардиологов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Краснодара. Стаж работы по специальности у респондентов: до 10-ти лет – 6%, до 15-ти лет – 27%, более 15-ти лет – 67% врачей. Анкеты содержали вопросы по опыту применения фибратов и препаратов  $\omega$ -3 ПНЖК. Исследование показало, что для большинства кардиологов фибраты не являются препаратами выбора при гипертриглицеридемии: так лишь 6 врачей указали, что применяют фибраты в своей работе (1 врач в течение 8 лет, 1 врач – 4 года, 1 – 2 года, 2 – 1 год, 1 – 4 месяца); 6 врачей не используют препараты (2 врача указали, что остерегаются побочных эффектов; 1 – “предпочитаю статины”; 3 – “препараты дорогие”), а 3-и кардиолога отметили, что фибраты используют редко – “высокая цена”. Врачи, имеющие опыт применения препарата, используют липантил и трайкор. По мнению одного кардиолога, имеющего опыт использования липантила в течение 8 лет, достижение целевого значения триглицеридов возможно только при применении комбинации фибрата и статина. Все врачи, которые используют препарат (за исключением одного специалиста), указали, что целевой уровень триглицеридов достигнут не был. При применении фибратов врачи не отмечали побоч-

---

ных эффектов препарата. Все респонденты имели опыт применения омакора, но при этом 13 врачей указали, что препарат практически не используют – “больные отказываются принимать из-за цены”, “очень дорогой”, “нет по льготе”. За исключением единичного случая отмены омакора из-за диареи (указал 1 врач, имеющий опыт применения в течение 1, 5 лет), кардиологи отмечают отсутствие каких-либо побочных эффектов препарата.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует, что в настоящее время существует огромный разрыв между реальной клинической практикой и современными рекомендациями по гиполипидемической терапии; следует заметить, что одной из главных причин, лимитирующих применение современных высокоэффективных препаратов, является их недоступность, учитывая цену. Только неотложное решение важных задач, стоящих не только перед кардиологической службой, лечебными учреждениями, но и прежде всего государством (доступность медикаментов каждому нуждающемуся пациенту) сможет реально преодолеть этот разрыв.

**АНГИОНОРМ В ТЕРАПИИ АНГИОПАТИЙ**  
**Колхир В.К., Корсун В.Ф., Воскобойникова И.В.,**  
**Корсун Е.В., Чуйко Т.В.**  
*Россия, г. Москва, Кафедра фитотерапии РУДН;*  
*ЗАО “ФАРМВИЛАР”*

**Актуальность:** Тромбозы и тромбоземболии (закупорка сосудов) продолжают оставаться одной из наиболее актуальных, далеко не решенных, проблем современной медицины.

**Цель:** Оценка эффективности применения препарата “Ангинорм” (“ФармВИЛАР”, Россия) растительного происхождения для лечения больных с часто встречающимися заболеваниями сосудов.

---

---

**Материалы и методы:** Наблюдалось 62 больных, страдающих рядом сосудистых нарушений (хроническая венозная недостаточность, посттромбофлебитические состояния, геморрой, постинфарктный кардиосклероз, лимфостаз после мастэктомии, крапивница). Среди пациентов преимущественно были женщины – 60 (96,7%) человека, мужчин – 2 (3,3%). Пациенты имели возраст от 18 до 78 лет, средний возраст составил  $48,0 \pm 3,1$  лет. Давность патологии составляла от 1,5 до 40 лет. Средняя продолжительность патологии –  $17,0 \pm 2,5$  лет. Давность  $5 \pm 2,5$  лет имели 20% пациентов, до 12 лет – 45%, от 20 до 25 лет – 29%. Контрольную группу составляли 15 пациентов с тромбофлебитом, которые не получали ангионорм. В рамках клинической оценки эффективности препарата в динамике проводилось определение некоторых показателей системы гемостаза. Полученные результаты: После приема Ангионорма улучшились показатели трофики тканей: после лечения жжение в области измененных вен сохранялось только у 13,4% пациентов хроническим тромбофлебитом (при наличии III или IV стадии ХВН), судороги исчезли или уменьшились у 92,4% больных, а боли исчезли совсем у 68,1% и, снизилась их интенсивность у 27,8% больных. При использовании Ангионорма в течение месяца у больных постинфарктным кардиосклерозом уменьшались боли в икроножных мышцах у 93,3% пациентов, у 81,8% – одышка при физической нагрузке и общая утомляемость – у 80,9%, тогда как прием препарата мало влиял на чувство боли и дискомфорта в грудной клетке (в отношении этих симптомов положительный эффект отмечен у 8,9% пациентов), и общую утомляемость (эффект от ангионорма был у 19,1% пациентов). При приеме Ангионорма в течение 2 – 4 недель у больных геморроем на 52% уменьшались боли при дефекации, на 46,1% зуд в области заднего прохода и кровоточивость геморроидальных узлов на 58,3%. Было отмечено, что прием препарата Ангионорм в течение месяца у большинства больных приводил к увеличению содержания тромбоцитов на 5,2%, удлинению показателя тромбопластинового времени на 2,3% за

---

---

счет ингибции внутреннего механизма свертывания крови, протромбинового и тромбинового времени, снижению уровня фибриногена в плазме крови на 4,4%, что увеличивало агрегационной активности тромбоцитов на 71,4% и приводило к стабилизации MNO.

**Выводы:** Препарат Ангионорм обладает системным воздействием на венозное русло организма человека и проявляет высокие антиагрегационные, ангиопротективные, венотонизирующие свойства, что позволяет использовать данный препарат в ангиопатологии. Препарат не оказывает нежелательного воздействия на морфологические показатели крови, легко переносится пациентами.

### АНГИОНОРМ В ТЕРАПИИ АНГИОПАТИЙ

Корсун В.Ф., Воскобойникова И.В.,  
Колхир В.К., Корсун Е.В., Чуйко Т.В.

*Россия, г. Москва, Кафедра фитотерапии РУДН;  
ЗАО "ФАРМВИЛАР"*

**Актуальность:** Тромбозы и тромбоэмболии (закупорка сосудов) продолжают оставаться одной из наиболее актуальных, далеко не решенных, проблем современной медицины.

**Цель:** Оценка эффективности применения препарата "Ангионорм" ("ФармВИЛАР", Россия) растительного происхождения для лечения больных с часто встречающимися заболеваниями сосудов.

**Материалы и методы:** Наблюдалось 62 больных, страдающих рядом сосудистых нарушений (хроническая венозная недостаточность, посттромбофлебитические состояния, геморрой, постинфарктный кардиосклероз, лимфостаз после мастэктомии, крапивница). Среди пациентов преимущественно были женщины – 60 (96,7%) человек, мужчин – 2 (3,3%). Пациенты имели возраст от 18 до 78 лет, средний возраст со-

---

---

ставил  $48,0 \pm 3,1$  лет. Давность патологии составляла от 1,5 до 40 лет. Средняя продолжительность патологии –  $17,0 \pm 2,5$  лет. Давность  $5 \pm 2,5$  лет имели 20% пациентов, до 12 лет – 45%, от 20 до 25 лет – 29%. Контрольную группу составляли 15 пациентов с тромбозом, которые не получали Ангионорм. В рамках клинической оценки эффективности препарата в динамике проводилось определение некоторых показателей системы гемостаза. Полученные результаты: После приема Ангионорма улучшились показатели трофики тканей: после лечения жжение в области измененных вен сохранялось только у 13,4% пациентов хроническим тромбозом (при наличии III или IV стадии ХВН), судороги исчезли или уменьшились у 92,4% больных, а боли исчезли совсем у 68,1% и снизилась их интенсивность у 27,8% больных. При использовании Ангионорма в течение месяца у больных постинфарктным кардиосклерозом уменьшались боли в икроножных мышцах у 93,3% пациентов, у 81,8% – одышка при физической нагрузке и общая утомляемость – у 80,9%, тогда как прием препарата мало влиял на чувство боли и дискомфорта в грудной клетке (в отношении этих симптомов положительный эффект отмечен у 8,9% пациентов), и общую утомляемость (эффект от Ангионорма наблюдали у 19,1% пациентов). При приеме Ангионорма в течение 2–4 недель у больных геморроем на 52% уменьшались боли при дефекации, на 46,1% – зуд в области заднего прохода, на 58,3% – кровоточивость геморроидальных узлов. Было отмечено, что прием препарата в течение месяца у большинства больных приводит к удлинению показателей тромбопластинного, протромбинового и тромбинового времен (вероятно, за счет ингибции внутреннего механизма свертывания крови), снижению уровня фибриногена в плазме крови на 4,4%, снижению агрегационной активности тромбоцитов на 71,4% и стабилизации MNO.

**Выводы:** Препарат Ангионорм обладает системным воздействием на венозное русло организма человека и проявляет высокие антиагрегационные, ангиопротективные, вено-тонизирующие свойства, что позволяет использовать данный

---

---

препарат при ангиопатологиях различного генеза. Препарат не оказывает нежелательного воздействия на морфологические показатели крови, легко переносится пациентами.

**МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ  
ЛЕЙКОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ  
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ**

**Космачева Е.Д., Никитина Г.В., Павловец В. П.**

*Кубанский государственный  
медицинский университет,  
Краевая клиническая больница №1  
им. проф. С.В. Очаповского г. Краснодар*

**Актуальность темы.** Острый коронарный синдром (ОКС) – обострение коронарной болезни сердца. Один из механизмов развития ОКС связан с активацией цитокиновой системы и образованием активных форм кислорода нейтрофильными лейкоцитами в процессе респираторного взрыва. Продукция агрессивных метаболитов кислорода, зависит от степени активации НАДФН-оксидазной системы нейтрофилов.

**Цель** – определить активность НАДФН-оксидазы нейтрофильных лейкоцитов периферической крови больных с ОКС при применении аторвастатина.

**Материалы и методы:** исследована кровь 29 пациентов в возрасте от 55 до 63 года с ОКС. В первую группу вошли 15 пациентов, которые принимали аторвастатин с первого дня госпитализации. Вторую группу составили 14 человек, не получавших гиполипидемическую терапию. Активность НАДФН-оксидазы определяли с помощью НСТ-теста. Визуально в лейкоконцетратах крови определяли количество положительно реагирующих клеток (КПРК), вычисляли средний цитохимический коэффициент (СЦК).

---

---

**В результате** исследования выяснилось, что до начала терапии у всех пациентов с ОКС в 5 раз повышается активность НАДФН-оксидазы. При этом КПРК возрастает до  $57,4 \pm 1,3\%$ , а СЦК увеличивается до  $2,54 \pm 0,06$  отн. ед. На 7 сутки развития ОКС у пациентов первой группы КПРК падает до  $23,7 \pm 1,1\%$ , а СЦК снижается до  $1,34 \pm 0,08$  отн.ед. У пациентов не принимавших аторвастатин КПРК составляет  $38,1 \pm 1,4\%$ , СЦК равен  $2,02 \pm 0,04$  отн.ед. Таким образом, на фоне терапии аторвастатином отмечалось статистически значимое уменьшение активности НАДФН-оксидазы, как маркера ишемического повреждения миокарда.

Полученные результаты указывают на то, что развитие острого коронарного синдрома приводит к мобилизации нейтрофилов крови, проявляющейся значительным возрастанием активности НАДФН-оксидазы. В условиях ишемии усиленная выработка активных форм кислорода приводит к аутоагрессивному повреждению мышцы сердца, однако на фоне терапии аторвастатином активность НАДФН-оксидазы уменьшается, что, возможно, способствует менее выраженному повреждению миокарда.

**ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ  
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ЯЗВЕННОМ  
КРОВОТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Кравцова Т.Ю., Щекотов В.В., Алеева Н.Г.**

*ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития", Россия*

**Цель** – охарактеризовать параметры холтеровского мониторирования (ХМ) электрокардиограммы (ЭКГ) у больных артериальной гипертензией (АГ) в острый период язвенного кровотечения (ЯК).

---

---

**Методы исследования.** Проведено контролируемое открытое параллельное обследование 61 больного в острый период ЯК с лёгкой и средней кровопотерей. В зависимости от наличия сопутствующей АГ больные рандомизированы на две группы. Первая группа состояла из 33 нормотензивных больных ЯК. Во вторую группу включили 28 больных ЯК в сочетании с АГ. ХМ ЭКГ осуществляли портативным кардиорегистратором фирмы “КТ-4000” (Россия) с последующим автоматизированным анализом на IBM PC – совместимом компьютере. Для прогностической оценки экстрасистолии использовали систему градаций, разработанную В. Lown и М. Wolf (1971). Всем больным АГ проводили унифицированную гипотензивную терапию, включавшую эналаприл (ренитек; MSD) в дозе 20 мг/сут. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ STATISTIKA – 6,0 и BIOSTAT.

**Полученные результаты.** Нарушения ритма сердца в обеих группах больных представлены экстрасистолией различных градаций. В группе нормотензивных больных одиночные наджелудочковые экстрасистолы (ОНЖЭС) выявлялись в 100% наблюдений, причём больных с редкими экстрасистолами было существенно больше, чем с частыми ( $p < 0,001$ ). Парные и групповые экстрасистолы регистрировались реже ОНЖЭС ( $p < 0,001$ ). Одиночные желудочковые экстрасистолы (ОЖЭС) преобладали над парными ( $p = 0,01$ ) и групповыми ( $p = 0,002$ ) экстрасистолами, редкие ОЖЭС превалировали над частыми ( $p < 0,001$ ). Нарушения проводимости сердца представлены синоатриальными (СА) блокадами у 18,18% больных. У больных АГ, как и в группе нормотензивных больных, редкие ОНЖЭС и ОЖЭС преобладали над частыми ( $p = 0,002-0,001$ ). СА блокады регистрировались у 11,76% больных. У 17,86% больных АГ, в отличие от нормотензивных больных ( $p = 0,03$ ), выявлена переходящая депрессия ST на 1 мм до 1 минуты при тахикардии.

**Выводы.** В обеих группах больных нарушения ритма и проводимости сердца представлены экстрасистолией и СА блокадами. При ЯК на фоне АГ, в отличие от группы нормотензивных больных, регистрировалась переходящая депрессия ST. При-

---

---

чины данных изменений можно интерпретировать как проявления остро развившейся на фоне кровопотери миокардиодистрофии.

**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО  
ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО  
МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН  
В ПЕРИОД ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ**

**Кравченко О.В., Малютина С.К., Лютова Ф.Ф.**

*Россия, г. Новосибирск,*

*ГУ НИИ терапии Сибирское отделение РАМН*

Менопауза считается признанным фактором кардиоваскулярного риска. Дефицит эстрогенов способствует симпатикотонии и активации ренин-ангиотензиновой системы. Более чем у 50% женщин в период половой инволюции повышается АД и выявляется АГ с формированием гипертрофии левого желудочка.

**Цель исследования.** Изучить связь показателей АД с менструальным статусом у женщин 40–59 лет по результатам суточного мониторирования АД.

**Материал и методы.** В исследование была включена последовательная амбулаторная выборка женщин (258 человека) в возрасте 40–59 лет. Исследование включало стандартизованный опрос с оценкой менструального статуса (МС), характеристик образа жизни; оценку гипотензивной терапии; антропометрию, суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭКГ. Выделены две возрастные группы: 40–49 лет (106 женщин) и 50–59 лет (152). Все женщины были разделены на три подгруппы МС: менструирующие (82), в пременопаузе (63) и в постменопаузе (113). Все полученные средние показатели подвергались многоступенчатой стандартизации по возрасту, ИМТ, АД, гипотензивной терапии, курению, приему алкоголя и наличию

---

сахарного диабета. Обработка данных проводилась на основе пакета программы SPSS 13.0.

**Результаты.** Показатели офисного АД в зависимости от менструального статуса достоверно различались ( $p < 0,001$ ): в постменопаузе показатели офисного САД и ДАД составили  $146,9 \pm 9,9/91,6 \pm 6,8$  мм рт.ст против  $130,0 \pm 15,6/82,2 \pm 10,6$  мм рт.ст у женщин репродуктивного возраста. Между группами женщин в пременопаузе и менструирующими различие по САД и ДАД также было достоверным ( $p = 0,001$ ). Различие офисных показателей между менструирующими и женщинами в постменопаузе при стандартизации нивелировались.

По данным СМАД нестандартизованные показатели дневного, ночного и среднесуточного САД и ДАД были достоверно выше в постменопаузе по сравнению с менструирующими женщинами ( $p < 0,001$ ). В группе пременопаузы по сравнению с менструирующими женщинами также были выявлены различия по всем средним показателям как САД, так и ДАД ( $p < 0,05$ ). При стандартизации различие всех показателей амбулаторного АД между менструирующими и женщинами в пременопаузе сохранилось, между крайними подгруппами менструального статуса по ДАД стандартизации усилилось, а в отношении дневного САД появилась тенденция к достоверности.

Различие в увеличении ИВ как САД, так и ИВ ДАД было достоверным между менструирующими и женщинами в постменопаузе только для дневного и ночного времени. При стандартизации увеличенного ИВ ночного САД различия нивелировались, а для дневного САД сохранялись на уровне тенденции ( $p_{1-3} = 0,054$ ). Для увеличения ИВ ДАД оказалось характерным не только сохранение достоверных различий между менструирующими и постменопаузальными женщинами в дневное и ночное время, но также и появление различий увеличения ИВ ДАД за 24 часа ( $p_{1-3} = 0,006$ ). При стандартизации показателя ИВ ДАД во все временные промежутки достоверные различия между этими подгруппами сохранились ( $p_{1-2} = 0,010-0,042$ ).

**Заключение.** Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что увеличение АД в период гормональной пе-

---

---

рестройки у женщин только частично связано с увеличением возраста и массы тела и независимо от них ассоциировано с наступлением менопаузы.

Следует отметить, что офисных измерений для выявления артериальной гипертензии может быть недостаточно. Проведение СМАД позволяет выявить маскированную, или скрытую АГ и гипертонию “белого халата”, что требует коррекции лечения.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ  
ПОКАЗАТЕЛИ У ТРОПОНИНОТРИЦАТЕЛЬНЫХ  
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

**Кратнов А.А., Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е.,  
Работнова Л.А., Паукова Т.В.**

*Государственная медицинская академия,  
г. Ярославль, Россия*

**Цель исследования** – изучение иммунологических и цитохимических показателей у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от уровня тропонина Т.

**Материалы и методы.** Обследовано 58 больных с ОКС (средний возраст  $56 \pm 11,4$  года), среди которых было 31 (53,4%) больной с нестабильной стенокардией и 27 (46,6%) – с инфарктом миокарда. В крови определялись уровни интерлейкина-6, фактора некроза опухоли  $\alpha$ , С-реактивного протеина, фактора фон Виллебранда, циркулирующих иммунных комплексов и малонового диальдегида. Проводилось также изучение кислородзависимого метаболизма нейтрофилов и состояния их антиоксидантной защиты. Уровень тропонина Т изучался у 36 (62,1%) больных с ОКС, у 21 (58,3%) пациентов его уровень был ниже 0,1 нг/мл. Контрольную группу составили 17 доноров (средний возраст  $54,7 \pm 4,1$  года) без клинически и инструментально подтвержденной ишемической болезни сердца.

---

---

**Результаты.** В течение года с момента поступления в стационар у 32 (55,2%) больных с ОКС наблюдался неблагоприятный исход (повторная стенокардия покоя – 18 (56,3%), инфаркт миокарда – 6 (18,7%), инсульт – 2 (6,3%), смерть – 6 (18,7%). У тропонинположительных пациентов, в отличие от тропонинотрицательных, при поступлении в стационар наблюдалось более высокое количество лейкоцитов в периферической крови ( $8,8 \pm 2,7 > 6,5 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,003$ ), уровень С-реактивного протеина ( $44,5 \pm 46,5 > 4,6 \pm 7,5$  мг/л;  $p=0,002$ ) и циркулирующих иммунных комплексов ( $85,6 \pm 64,3 > 56 \pm 53,8$  ед.опт.пл.;  $p=0,04$ ). У тропонинотрицательных больных с неблагоприятным исходом в течение года наблюдения при поступлении в стационар был достоверно выше уровень фактора фон Виллебранда ( $3,9 \pm 1,6 > 2,3 \pm 0,8$  МЕ/мл;  $p=0,009$ ), показателя спонтанного ( $111,6 \pm 12,3 > 99 \pm 19,4$  нмоль восст. НСТ;  $p=0,04$ ), стимулированного *Staphylococcus aureus* ( $125 \pm 22,5 > 101,2 \pm 24,6$  нмоль восст. НСТ;  $p=0,03$ ) и фитогемагглютинином ( $134,1 \pm 17,1 > 100,9 \pm 12,3$  нмоль восст. НСТ;  $p=0,0002$ ) НСТ-теста, содержание малонового диальдегида ( $82,4 \pm 24 > 56,5 \pm 15,4$  мкмоль/л;  $p=0,01$ ). Между уровнем фактора фон Виллебранда, отражающим развитие эндотелиальной дисфункции, и значениями стимулированного фитогемагглютинином НСТ-теста выявлялась прямая корреляция ( $r=0,52$ ;  $p=0,02$ ).

**Заключение.** У больных с острым коронарным синдромом, имеющих при поступлении в стационар уровень тропонина Т ниже 0,1 нг/мл, развитие неблагоприятного исхода в течение года наблюдения связано с развитием эндотелиальной дисфункции на фоне праймирования мембранной НАДФ-оксидазы нейтрофилов.

---

**ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЙ  
МЕТАБОЛИЗМ И АНТИОКСИДАНТНУЮ ЗАЩИТУ  
НЕЙТРОФИЛОВ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Кратнов А.Е., Хабарова И.В.**

*Ярославская государственная медицинская академия, 150000*

*Ярославль, ул. Революционная, 5*

*Influence of Smoking on Redox Regulation Metabolism and  
Antioxidative Protection*

*of Neutrophils at Healthy People and Patients with Ischemic Heart  
Disease*

**Kratnov A.E., Habarova I.V.**

*State Medical Academy, ul. Revolucionnaya 5, 150000 Yaroslavl, Russia*

Доказано, что повышенный риск сердечно-сосудистых событий, включая развитие инфаркта миокарда и наступление коронарной смерти у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), связан с дисфункцией эндотелия. Важная роль в эндотелиальной дисфункции при ИБС принадлежит “окислительному стрессу”, развивающемуся вследствие повышенного образования реактивных форм кислорода, одним из источников которых являются нейтрофилы. Несмотря на то, что как активное, так и пассивное курение является важным фактором эндотелиальной дисфункции у здоровых людей и больных ИБС, точный механизм ее развития неизвестен. Предполагается, что одним из механизмов дисфункции эндотелия у курильщиков может быть избыточная продукция кислородных радикалов, разрушающих как эндотелийзависимый релаксирующий фактор – оксид азота, так и его кофактор – тетрагидробиоптерин.

**Целью** настоящего исследования было изучение влияния курения на образование кислородных радикалов и активность антиоксидантных ферментов в нейтрофилах (НФ) у здоровых людей и больных ИБС.

---

**Материал и методы.** В исследование было включено 153 человека. У 66 (43,1%) пациентов выявлялась ИБС – у 23 (34,8%) нестабильная стенокардия, у 43 (65,2%) инфаркт миокарда. В качестве группы сравнения было обследовано 87 (56,9%) здоровых пациентов, которым для исключения ИБС выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Среди обследованных людей на момент исследования курили 62 (40,5%) человека, из них 15 (24,2%) больных ИБС и 47 (75,8%) здоровых пациентов группы сравнения. Стаж курения составлял  $22,3 \pm 9,9$  лет, интенсивность курения –  $21,1 \pm 10,5$  сигарет в сутки.

Для изучения активности мембранной НАДФ-оксидазы и образования НФ супероксидного анион-радикала использовался спонтанный и стимулированный тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест), который проводили количественным спектрофотометрическим методом. Индуктором кислородзависимого метаболизма нейтрофилов служил фитогемагглютинин из бобов фасоли (*Phaseolus vulgaris*). Определение активности каталазы и глутатионредуктазы в НФ проводилось количественным спектрофотометрическим методом.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ STATISTICA 5.5. Данные исследования представлены в виде их средних значений и стандартного отклонения. Различия между группами считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Выявлено, что у курящих людей, как здоровых, так и больных ИБС, по сравнению с некурящими, наблюдалось достоверное увеличение стимулированного лектином НСТ-теста. ( $115,2 \pm 38,1 > 99,8 \pm 29,8$  и  $121,1 \pm 27,9 > 115,8 \pm 25,8$  мкМоль восстановленного НСТ,  $p < 0,05$ ) при отсутствии различий в спонтанных значениях. Это предполагает, что курение приводит к нарушению рецепторной активности или трансмембранной передачи стимула вследствие развития дефектов гликопротеидных рецепторных детерминант на поверхности плазматической мембраны НФ.

---

---

При этом если у некурящих здоровых людей, по сравнению с некурящими больными с ИБС, были достоверно ниже показатели НСТ-теста ( $99,8 \pm 29,8 < 115,8 \pm 25,8$  мкМоль восстановленного НСТ,  $p < 0,05$ ), то у курящих различие в активности мембранной НАДФ-оксидазы НФ и, следовательно, образовании клетками супероксидного анион-радикала отсутствовало ( $115,2 \pm 38,1 < 121,1 \pm 27,9$  мкМоль восстановленного НСТ,  $p > 0,05$ ). У курящих здоровых людей уровень кислородзависимого метаболизма НФ по данным НСТ-теста был такой же высокий, как и у больных ИБС, которые не курили ( $115,2 \pm 38,1$  и  $115,8 \pm 25,8$  мкМоль восстановленного НСТ,  $p > 0,05$ ). При этом у здоровых людей, выкуривающих более 2 пачек сигарет в сутки, на фоне достоверно более высоких показателей активности мембранной НАДФ-оксидазы НФ по данным стимулированного НСТ-теста ( $121,9 \pm 8,5 > 112 \pm 20,4$  мкМоль восстановленного НСТ,  $p < 0,05$ ) выявлялась более низкая активность каталазы ( $539,4 \pm 288,9 < 795,4 \pm 280,1$  мкат/л,  $p < 0,05$ ) и глутатионредуктазы ( $56,2 \pm 46,8 < 71,9 \pm 48,2$  мкМоль·л<sup>-1</sup>·сек<sup>-1</sup>,  $p > 0,05$ ) в клетках. Таким образом, курение приводит к нарушению рецепторной активности и снижению антиоксидантной защиты в НФ.

Доказано, что в условиях гипоксии или длительного воздействия различных повреждающих факторов (воспаление, интоксикация) преимущественным ответом эндотелиальных клеток даже на обычные стимулы становятся вазоконстрикция и пролиферация. Выявлено, что никотин изменяет выражение множества эндотелиальных генов, продукты которых (синтаза оксида азота, ангиотензин-1, активатор профибринолизина, фактор фон Виллебранда, VCAM-1) играют важную роль в регуляции сосудистого тонуса и тромбогенеза в коронарной артерии. Никотин также модулирует в эндотелиальных клетках ген ядерного фактора транскрипции каппа В (NF-kb), контролирующего синтез провоспалительных цитокинов, экспрессию адгезивных молекул (VCAM-1) и хемоаттрактантов фагоцитов. Полагается, что НФ вовлечены в процесс цитокин-опосредованного межклеточного взаимодействия, при котором совокупность образующих ими активных форм кислорода через экспрессию NF-

---

---

kb ведёт к индукции выработки провоспалительных цитокинов, которые в свою очередь праймируют фагоцитарную НАДФ-оксидазу. Следовательно, модулируя ген NF-kb в эндотелиальных клетках, никотин способен активировать выработку в НФ кислородных радикалов, усиливающих воспаление. Обнаружено, что растворимые в воде компоненты папиросного дыма приводят к нарушению расслабления каротидных артерий, увеличению производства пероксида водорода и активации НАДФ-оксидазы у здоровых крыс. При этом существуют доказательства активации НАДФ-оксидазы фагоцитов, играющей основную роль в производстве клетками супероксидного анион-радикала, в развитии атеросклероза.

На сегодняшний день доказано, что курение способствует развитию “окислительного стресса”, который проявляется активацией процесса перекисного окисления липидов – увеличением содержания в крови окисленных липопротеинов низкой плотности и снижением фермента параоксоназы, защищающей липопротеины от окислительной модификации. Выкуривание даже одной сигареты здоровым человеком резко увеличивает концентрацию окисленных фосфолипидов (фрагментированного фосфатидилхолина) на фоне роста количества в крови циркулирующих НФ. Показано, что развитие “окислительного стресса” сопровождается депрессией антиоксидантной защиты – снижением содержания в эритроцитах и сыворотке крови супероксиддисмутазы и каталазы, причем как у активных, так и пассивных курильщиков.

**ВРЕМЕННАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ  
СУБКОМПЕНСАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ  
ЦИРКАДИАННОГО РИТМА ДАВЛЕНИЯ  
НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**Краюшкин С.И., Апухтин А.Ф.**

*ГОУ ВПО Волгоградский медицинский университет*

Нарушения диастолической податливости ЛЖ выявляются на ранней стадии АГ до обнаружения ГЛЖ и, как правило, свидетельствуют о начальной стадии субкомпенсации миокарда.

**Целью** исследования явилось разработка рекомендаций по временной оптимизации лечения ранней субкомпенсации миокарда АГ на основании данных циркадианного ритма давления наполнения левого желудочка (ДНЛЖ) сердца.

**Материал и методы.** Исследовано 2 группы больных с АГ 2–3 ст. риска (60 человек, все мужчины, ср. возраст 45,8 лет) 1 гр. (n=30) – риск 2 и 2гр. (n=30) – риск 3. С помощью РПГ2-02 в условиях основного обмена, без медикаментозной терапии в течение суток методом Л.З. Полонецкого (1985) регистрировали показатель ДНЛЖ в 700, 1200, 1700, 2200, 0200. За исходный уровень принимали показатель ДНЛЖ в 700.

**Результаты.** Акрофаза циркадианного ритма ДНЛЖ у больных АГ с высоким риском сдвигалась в вечерние и утренние часы в противофазу в сравнении со средним риском. Мезор циркадианного ритма ДНЛЖ увеличивался по мере нарастания степени риска и тяжести АГ. Так у больных с средним риском показатель ДНЛЖ превышал норму в 0200 и в 1700 ( $p < 0,05$ ). В группе больных с высоким риском АГ показатель ДНЛЖ достоверно превышал норму с 2200-до 0200 и в 700 ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** 1. Акрофаза циркадианного ритма ДНЛЖ у больных АГ с высоким риском сдвинута в противофазу в вечернее и утреннее время в сравнении с больными АГ со средним ри-

---

ском. Мезор циркадианного ритма ДНДЛЖ увеличивается по мере нарастания тяжести течения АГ.

2. Больным со средним риском АГ рационально применение препаратов снижающих ДНЛЖ в полуденные и поздние вечерние часы. У пациентов АГ с высоким риском целесообразен прием препаратов нормализующих ДНЛЖ в вечерние, ночные и ранние утренние часы.

**ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ НОЛИПРЕЛА  
У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Ксенева С.И., Бородулина Е.В.,**

**Кулакова Н.В., Семиглазова Т.А.**

*ГУ НИИ Фармакологии ТНЦ СО РАМН, лаборатория клинической  
фармакологии и физиологии,  
г. Томск, Россия*

В последнее время для лечения артериальной гипертензии (АГ) созданы и успешно внедряются в клиническую практику низкодозовые комбинации антигипертензивных средств в фиксированной форме. Отличительной особенностью подобного рода лекарственных препаратов являются возможность одновременного воздействия на несколько патогенетических звеньев заболевания, простой и удобный режим приема для пациента, что способствует повышению приверженности к лечению; уменьшение нежелательных явлений за счет снижения доз применяемых компонентов. К числу таких препаратов относится нолипрел ("Servier", Франция), представляющий собой комбинацию периндоприла 2 мг с метаболически нейтральным диуретиком индапамидом 0,625 мг. В ряде клинических исследований было показано, что лечение нолипрелом оказывает выраженное гипотензивное действие у пациентов с артериальной гипертензией на фоне метаболического синдрома (МС). Учитывая, что антигипертензивный препарат должен быть, по

---

меньшей мере, метаболически нейтральным, представляется целесообразным оценить влияние терапии нолипрелом на компоненты, составляющие МС.

**Целью** исследования явилась оценка эффективности нолипрела в коррекции МС.

В исследовании приняли участие 18 пациентов (12 мужчин и 6 женщин, средний возраст 48,7 лет) с АГ, соответствовавшие критериям International Diabetes Federation (2005) для верификации метаболического синдрома. Комплекс лечебных мероприятий, наряду с низкокалорийной диетой (1200 калорий в сутки) и соблюдением физически активного образа жизни (ходьба 30 минут в день), включал назначение нолипрела 1 раз в сутки.

Мониторирование оцениваемых показателей, включающее измерение объема талии и массы тела, суточное мониторирование артериального давления, биохимический анализ крови с исследованием липидного спектра, проводилось до начала лечения, на 3-ей неделе и через 3 месяца лечения.

Полученные результаты обрабатывались статистически с использованием непараметрических методов Вилкоксона-Манна-Уитни и углового преобразования Фишера.

Достижение целевых уровней АД было зарегистрировано уже через 3 недели терапии. Суточные систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление составили  $128,36 \pm 3,42$  мм рт.ст. и  $75,36 \pm 1,99$  мм рт.ст. соответственно, при исходном уровне САД –  $142,91 \pm 4,29$  мм рт.ст., ДАД –  $84,36 \pm 3,64$  мм рт.ст. ( $p < 0,01$ ). Стабильный гипотензивный эффект сохранялся в течение 3-х месячного периода наблюдения, к окончанию которого значения САД составило  $130,30 \pm 3,89$  мм рт.ст. и ДАД  $74,60 \pm 1,89$  мм рт.ст. ( $p < 0,01$  относительно исходного уровня).

Через 3 месяца терапии нолипрелом была зарегистрирована тенденция к уменьшению объема талии (у женщин в среднем на 2,67 см и у мужчин – на 4,15 см) и массы тела (на 3,67 кг у женщин и 3,38 кг у мужчин). Уровни тощаковой и постпрандиальной глюкозы существенно не менялись на всех

---

---

этапах наблюдения. Зарегистрировано некоторое уменьшение концентрации общего холестерина с  $5,45 \pm 0,24$  ммоль/л исходно до  $5,03 \pm 0,20$  ммоль/л через 3 месяца лечения. Наиболее выраженная динамика была отмечена со стороны фракции липопротеидов низкой плотности от  $3,47 \pm 0,16$  ммоль/л до  $3,18 \pm 0,15$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ). Уровень липопротеидов высокой плотности практически не менялся. Следует отметить позитивную динамику интегративного показателя, отражающего склонность к развитию и прогрессированию атеросклероза, – индексу атерогенности. До начала лечения он был повышен у 61% пациентов, а через 3 месяца терапии – только у 16,6% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, нолипрел – низкодозовый комбинированный антигипертензивный препарат, наряду с выраженным гипотензивным действием оказывает ряд позитивных метаболических эффектов, что позволяет позиционировать его в качестве базисной терапии АГ при ИС.

**ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ  
У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА  
С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
ПРИ РАЗЛИЧНОМ НАРУШЕНИИ  
КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА**

**Кузьмина Т.М., Горькова Н.Б.**

*Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский  
университет*

**Цель работы:** определить выраженность изменения морфофункционального состояния левого желудочка (ЛЖ) при постинфарктном ремоделировании у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения (СШ) III функционального класса (ФК), осложненным сердечной недостаточностью, при различной степени поражения коронарного русла.

---

---

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 72 больных с ИБС ССН III ФК с постинфарктным кардиосклерозом (ПК), осложненным сердечной недостаточностью II функционального класса по NYHA. Оценка характера поражения коронарного русла проводилась с помощью контрастной селективной коронарографии с расчетом коронарного индекса, предложенного Ю.В.Беловым (1987). Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы изучалось с помощью эхокардиографии, проведенной на аппаратах ACUSON 128 XP/10 и SHJMADZU SDU – 500, контрастной левой венгерулографии и электрокардиографии (ЭКГ). В качестве контроля взята группа из 126 здоровых лиц.

Подавляющее большинство больных (56) перенесло 1 инфаркт миокарда. В нашем исследовании визуализация постинфарктного повреждения ЛЖ показала в 72,2% гипокинезию и в 25% – акинезию. В 2,8% наблюдалась дискинезия соответствующих сегментов, что сопровождалось возникновением аневризмы ЛЖ. Локализация рубца в 44,44% случаев была в передне-боковой стенках, в 16,67% – задне-боковой, в 20,83% – задне-базальной. У 7 больных имелось сочетание передней и задне-боковой локализации, у 6 – сочетание передней и задне-базальной. Данные были подтверждены контрастной левой венгерулографией и ЭКГ.

Поскольку среднее значение коронарного индекса (КИ), отражающего уровень, степень и распространенность стенозирования коронарных артерий, среди обследованных составило 17 баллов, мы разделили больных на группы с КИ менее 17 и КИ 17 и более. В обеих группах больных имело место увеличение массы левого желудочка (МЛЖ), индекса МЛЖ и коэффициента МЛЖ/рост, а также толщины задней стенки (ЗС) и межжелудочковой перегородки (МЖП) ЛЖ в диастолу. Следует отметить, что утолщение МЖП в диастолу в группе пациентов с КИ 17 и более было достоверно выше, однако по остальным показателям достоверных различий выявлено не было. В тоже время, по параметрам конечно-диастолического и конечно-систолического объемов (КДО и КСО) имелось достоверное

---

---

различие между группами пациентов с более выраженной дилатацией у больных с КИ 17 и более. Снижение фракции выброса у пациентов обеих групп проявилось на 15,36% при  $p < 0,05$  в 1-й группе и на 18,88% при  $p < 0,001$  во 2-й группе больных. Показатели локальной сократимости укорочение переднезаднего диаметра ЛЖ (%DS), степень циркулярного укорочения волокон миокарда (VCF), степень утолщения ЗС и МЖП ЛЖ в большей степени уменьшились у больных с КИ 17 и более.

**Заключение.** Изучение влияния степени и распространенности коронарного стеноза на течение постинфарктного ремоделирования у больных с ИБС ССН III ФК с сердечной недостаточностью (СН) II ФК по NYHA показало не только большую выраженность процессов гипертрофии и дилатации ЛЖ в группе с КИ 17 и более, но и большее снижение функциональных показателей сократимости миокарда. Данные результаты заслуживают внимания для выбора наиболее адекватной тактики ведения данных пациентов с подбором медикаментозной и немедикаментозной терапии – возможности хирургической реваскуляризации.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО  
БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ  
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Куркина Т.В., Свистунов А.А., Лучинина Е.В.,  
Шульдяков В.А., Богословская С.И.**

*Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО "Саратовский государственный  
медицинский университет Росздрава"*

**Актуальность:** в патогенезе артериальной гипертензии важная роль отводится нарушению электролитного баланса, что требует динамического наблюдения за содержанием

---

основных электролитов крови на фоне терапии антигипертензивными средствами.

**Цель:** изучить действие телмисартана и бисопролола на показатели электролитного обмена у больных артериальной гипертонией (АГ).

**Материалы и методы исследования:** обследовано 60 больных АГ II стадии риск III обоого пола в возрасте 33–55 лет, находившихся на лечении в ГУЗ “Областной госпиталь ветеранов войн”. Контрольная группа составила 30 человек.

Больные АГ были разделены на 2 группы:

- получавшие телмисартан (микардис) в дозе 80 мг фирмы Boehringer Ingelheim Pharma – 30 человек;
- получавшие бисопролол (коронал) в дозе 5 мг фирмы ZENTIVA – 30 человек.

Препараты применялись 1 раз в сутки утром в течение 3 месяцев после предварительной (в течение 3 недель) “отмывки”. Электролиты определяли в плазме крови до и после курсового лечения. В контрольной группе – однократно.  $K^+$ ,  $Na^+$  и общий  $Ca^{2+}$  исследовали фотометрическим методом;  $Mg^{2+}$ - ксидил синим методом. Ионизированный  $Ca^{2+}$  рассчитывали по формуле.

**Результаты исследования:** в контрольной группе уровень электролитов находился в состоянии динамического равновесия и колебался в пределах нормы, в группах больных АГ до приема терапии наблюдался дисбаланс электролитов и повышенные цифры АД.

В группе больных, получавших телмисартан, общий  $Ca^{2+}$  исходно был снижен до  $2,06 \pm 0,014$  ммоль/л. После курса терапии его уровень увеличился до  $2,14 \pm 0,016$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Ионизированный  $Ca^{2+}$  первоначально также был снижен до  $0,96 \pm 0,014$  ммоль/л, после лечения увеличился до  $1,01 \pm 0,002$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), однако не достиг нормальных величин. Уровень  $K^+$  до лечения составлял  $4,69 \pm 0,158$  ммоль/л, после терапии увеличился до  $5,03 \pm 0,052$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Содержание  $Mg^{2+}$  в плазме крови исходно было повышено до  $1,10 \pm 0,064$  ммоль/л, после курса лечения наметилась тенден-

---

---

ция к снижению до  $0,95 \pm 0,060$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Концентрация  $\text{Na}^+$  исходно была в пределах нормы –  $145,2 \pm 1,6$  ммоль/л, после терапии уменьшилась до  $141,0 \pm 0,7$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Утреннее и вечернее САД и ДАД снизилось в среднем на 19–24 мм рт.ст. и 10–11 мм рт.ст.

В группе больных получавших бисопролол, исходно уровень общего  $\text{Ca}^{2+}$  был снижен до  $2,04 \pm 0,023$  ммоль/л, после терапии увеличился до  $2,42 \pm 0,037$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Ионизированный  $\text{Ca}^{2+}$  до лечения тоже был снижен  $0,96 \pm 0,015$  ммоль/л. После курса лечения увеличился и восстановился до нормальных величин  $1,10 \pm 0,021$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Концентрация  $\text{K}^+$  исходно была в пределах нормы  $4,77 \pm 0,062$  ммоль/л, после приема препарата незначительно увеличилась до  $4,93 \pm 0,094$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Уровень  $\text{Mg}^{2+}$  в плазме крови до лечения был повышен  $1,24 \pm 0,022$  ммоль/л, после терапии уменьшился до  $0,95 \pm 0,048$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Содержание  $\text{Na}^+$  исходно колебалось в пределах нормы  $145,1 \pm 1,0$  ммоль/л, после курса лечения несколько снизилось до  $143,4 \pm 1,1$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Утреннее и вечернее САД и ДАД снизилось в среднем на 18–22 мм рт.ст. и 10–11 мм рт.ст.

**Заключение:** в результате курсового лечения телмисартаном и бисопрололом у больных АГ наблюдалась тенденция к нормализации электролитного баланса.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК  
И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Куркина Т.В., Свистунов А.А., Лучинина Е.В.,  
Шульдяков В.А., Богословская С.И.**

*Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО “Саратовский государственный  
медицинский университет Росздрава”*

**Актуальность:** у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) часто выявляется нарушение функции почек и, как следствие, развивается электролитный дисбаланс. Явные изменения со стороны мочи встречаются редко: только в далеко зашедших стадиях, поэтому необходимо раннее выявление почечной дисфункции.

**Цель:** изучить показатели функционального состояния почек (креатинин, мочевины, микроальбуминурия (МАУ)) и электролитного обмена (ЭО) у больных АГ.

**Материалы и методы исследования:** обследованы больные АГ II стадии риск III обоего пола в возрасте 33–55 лет с длительностью заболевания более 5 лет в количестве 91 человек. Контрольная группа включала практически здоровые лица – 30 человек. Клиническое исследование проводилось на базе ГУЗ “Областной госпиталь ветеранов войн”.

Больные АГ были разделены на 2 группы: 1) больные АГ без МАУ; 2) больные АГ с МАУ. Перед началом исследования в течение 3 недель проводилась “отмывка” больных.

Электролиты определяли в плазме крови:  $K^+$ ,  $Na^+$  и общий  $Ca^{2+}$  исследовали фотометрическим методом;  $Mg^{2+}$  ксилидил синим методом. Ионизированный  $Ca^{2+}$  рассчитывали по формуле. Креатинин и мочевины определяли кинетическим методом. МАУ исследовали в утренней порции мочи качественным методом с помощью иммунохроматографического теста.

**Результаты исследования:** представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнение средних значений показателей ЭО, креатинина и мочевины по группам больных АГ с группой контроля при помощи *t* – критерия Стьюдента

Показатель	Группа контроля M ± m, n=30	Больные АГ без МАУ M ± m, n=75	P (сравнение с контролем)	Больные АГ с МАУ M ± m, n=16	P (сравнение групп б-х)
Ca <sup>2+</sup> общий, N=2,3–2,8 ммоль/л	2,45± 0,021	2,07± 0,01	P<0,05	2,03± 0,03	P<0,05
Ca <sup>2+</sup> ионизированный, N=1,03– 1,3 ммоль/л	1,10± 0,016	0,95± 0,01	P<0,05	0,94± 0,02	P<0,05
K <sup>+</sup> , N=3,6– 5,5 ммоль/л	4,27± 0,089	4,62± 0,07	P<0,05	4,84± 0,20	P<0,05
Mg <sup>2+</sup> , N=0,78– 1 ммоль/л	0,89± 0,012	1,17± 0,03	P<0,05	1,06± 0,07	P<0,05
Na <sup>+</sup> (N=135– 155 ммоль/л)	142,8± 0,7	144,84± 0,9	P>0,05	146,12 ±2,09	P>0,05
Креатинин	98,63± 1,5	98,57± 1,3	P>0,05	100,54 ±2,8	P>0,05
Мочевина	5,03± 0,19	5,88± 0,14	P<0,05	6,35± 0,34	P<0,05

Как показало исследование, МАУ обнаружилась у 17,6 %, а у 82,4% больных она отсутствовала. В группе больных с МАУ наблюдается более выраженное достоверное снижение в плазме крови концентраций общего и ионизированного Ca<sup>2+</sup>, Mg<sup>2+</sup>

---

и некоторое повышение уровня  $K^+$ . Существенного изменения содержания  $Na^+$  в плазме крови не отмечалось. Креатинин и мочевина в группах больных колебались в пределах нормы, однако в группе больных с МАУ уровень мочевины достоверно был выше.

**Вывод:** МАУ у больных АГ является ранним маркером патологии почек, показывает первоначально развивающийся период скрытой почечной дисфункции и сопровождается

достоверным повышением уровня мочевины, снижением в плазме крови концентраций общего и ионизированного  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$  и повышением уровня  $K^+$ .

**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЗАРТАНОМ  
И ЭНАЛАПРИЛОМ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ  
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**Кучеренко О.Д., Брек В.В., Кучеренко Д.О.,  
Огнева Е.В., Кучеренко Е.О.**

*Украина, г. Харьков, Харьковский национальный медицинский  
университет*

**Цель:** изучить влияние лечения эналаприлом и лозартаном на показатели кардиогемодинамики у больных с дисфункцией левого желудочка.

**Материалы и методы.** У 21 больного ишемической болезнью сердца (ИБС) с дисфункцией левого желудочка II-III функционального класса (ФК) по NYHA и желудочковыми экстрасистолами (ЖЭ) изучено влияние эналаприла и лозартана на функциональное состояние миокарда и коронарное кровообращение. В динамике лечения препаратами больным проводилась импульсная ЭхоКГ, статические нагрузочные тесты, тетраполярная грудная реография, суточное мониторирование ЭКГ, измерялось артериальное давление (АД).

---

**Результаты исследования.** После 12 недельного лечения эналаприлом в дозе 2,5-20 мг в сутки и лозартаном в дозе 50 мг в сутки отмечено умеренное увеличение фракции изгнания с  $41,4 \pm 1,8\%$  до  $46,9 \pm 2,2\%$  ( $P < 0,05$ ) у больных II ФК и с  $35,6 \pm 1,9\%$  до  $40,5 \pm 1,7\%$  у больных III ФК. При этом отмечалось уменьшение конечного систолического размера на 14% у больных II ФК и 19% у больных III ФК. Статистически значимо у больных II и III ФК снизилось АД. У больных II ФК показатель АДс- $158,4 \pm 6,3$  мм рт.ст. и  $123,7 \pm 4,9$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ). У больных III ФК показатель АДс снизился с  $156,3 \pm 9,8$  мм рт.ст. до  $129,6 \pm 6,9$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ). АДд снизилось с  $93,8 \pm 3,4$  мм рт.ст. до  $79,6 \pm 2,2$  мм рт.ст. Одновременно с этим наблюдалось снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). У больных II ФК с  $1792,3 \pm 135,4$  дин.с.см<sup>-5</sup> до  $1228,8 \pm 119,6$  дин.с.см<sup>-5</sup>; у больных III ФК ОПСС уменьшилось с  $1898,7 \pm 141,9$  дин.с.см<sup>-5</sup> до  $1392,4 \pm 129,1$  дин.с.см<sup>-5</sup> ( $P < 0,05$ ). По данным холтеровского мониторирования частота ЖЭ снизилась на 23%. По данным статических нагрузочных тестов степень депрессии уменьшилась после лечения на 19,8%.

Выводы. Комбинированное лечение эналаприлом и лозартаном больных с дисфункцией левого желудочка сопровождалось улучшением не только сократительной функции миокарда и коронарного кровотока, но и снижением частоты ЖЭ.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ  
ПОКАЗАТЕЛИ У ТРОПОНОТРИЦАТЕЛЬНЫХ  
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

**Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Кратнов А.А.,  
Работнова Л.А., Паукова Т.В.**

*Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия*

**Цель исследования** – изучение иммунологических и цитохимических показателей у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от уровня тропонина Т.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных с ОКС (средний возраст  $56 \pm 11,4$  года), среди которых было 31 (53,4%) больной с нестабильной стенокардией и 27 (46,6%) – с инфарктом миокарда. В крови определялись уровни интерлейкина-6, фактора некроза опухоли  $\alpha$ , С-реактивного протеина, фактора фон Виллебранда, циркулирующих иммунных комплексов и малонового диальдегида. Проводилось также изучение кислородзависимого метаболизма нейтрофилов и состояния их антиоксидантной защиты. Уровень тропонина Т изучался у 36 (62,1%) больных с ОКС, у 21 (58,3%) пациентов его уровень был ниже 0,1 нг/мл. Контрольную группу составили 17 доноров (средний возраст  $54,7 \pm 4,1$  года) без клинически и инструментально подтвержденной ишемической болезни сердца.

**Результаты.** В течение года с момента поступления в стационар у 32 (55,2%) больных с ОКС наблюдался неблагоприятный исход (повторная стенокардия покоя – 18 (56,3%), инфаркт миокарда – 6 (18,7%), инсульт – 2 (6,3%), смерть – 6 (18,7%). У тропонинположительных пациентов, в отличие от тропонотрицательных, при поступлении в стационар наблюдалось более высокое количество лейкоцитов в периферической крови ( $8,8 \pm 2,7 > 6,5 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,003$ ), уровень С-реактивного протеина ( $44,5 \pm 46,5 > 4,6 \pm 7,5$  мг/л;  $p=0,002$ ) и циркулирующих иммунных комплексов ( $85,6 \pm 64,3 > 56 \pm 53,8$  ед.опт.пл.;  $p=0,04$ ). У тропонотрицательных больных с неблагоприятным исходом в

---

течение года наблюдения при поступлении в стационар был достоверно выше уровень фон Виллебранда ( $3,9 \pm 1,6 > 2,3 \pm 0,8$  МЕ/мл;  $p=0,009$ ), показатели спонтанного ( $111,6 \pm 12,3 > 99 \pm 19,4$  нмоль восст. НСТ;  $p=0,04$ ), стимулированного *Staphylococcus aureus* ( $125 \pm 22,5 > 101,2 \pm 24,6$  нмоль восст. НСТ;  $p=0,03$ ) и фитогемагглютинином ( $134,1 \pm 17,1 > 100,9 \pm 12,3$  нмоль восст. НСТ;  $p=0,0002$ ) НСТ-теста, содержание малонового диальдегида ( $82,4 \pm 24 > 56,5 \pm 15,4$  мкмоль/л;  $p=0,01$ ). Между уровнем фактора фон Виллебранда, отражающим развитие эндотелиальной дисфункции, и значениями стимулированного фитогемагглютинином НСТ-теста выявлялась прямая корреляция ( $r=0,52$ ;  $p=0,02$ ).

**Заключение.** У больных с острым коронарным синдромом, имеющих при поступлении в стационар уровень тропонина Т ниже 0,1 нг/мл, развитие неблагоприятного исхода в течение года наблюдения связано с развитием эндотелиальной дисфункции на фоне праймирования мембранной НАДФ-оксидазы нейтрофилов.

**ИЗМЕНЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ  
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Лютова Т.А., Гуранова Н.Н,  
Фазлова И.Х., Радайкина О.Г**

*Россия, г. Саранск, ГОУ ВПО МГУ им. Н. П. Огарева*

С возрастом увеличивается частота сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего артериальной гипертонии (в России более 40 миллионов человек). Цереброваскулярная патология занимает второе-третье место в ряду причин смертности и является ведущей причиной инвалидности в экономически развитых странах. Удовлетворительный контроль АД является

---

важнейшим условием профилактики сердечно-сосудистых катастроф и прежде всего церебрального инсульта.

**Целью работы** явилось изучение состояния церебрально-го кровотока у больных гипертонической болезнью.

**Материалом для написания** данной работы послужило обследование 40 больных, наблюдаемых амбулаторно в лечебном учреждении МУЗ “Поликлиника № 10” п. Ялга, Республика Мордовия, обращавшихся за медицинской помощью к кардиологу в 2007–2008 годах, с диагнозом: “Гипертоническая болезнь” в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст  $60,5 \pm 10,6$ ), среди них 30 женщин (75%) и 10 (25%) мужчин. Длительность гипертонического анамнеза составила от 2 до 40 лет, в среднем  $12,4 \pm 9,5$  лет. Диагноз “Гипертоническая болезнь” всех больных основан на определении цифровых значений АД, объективных и инструментальных признаков поражения органов-мишеней (ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу по данным осмотра окулиста и гипертрофия левого желудочка по данным электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиоскопии (ЭХО КС). Инструментальное исследование церебральной гемодинамики заключалось в проведении реоэнцефалографии (РЭГ) на реографическом аппаратно-программном комплексе “Мицар-РЕО” по стандартной методике, оценивались тонус сосудов, пульсовое кровенаполнение в бассейнах сонной и позвоночной артерий (FM и OM отведения соответственно).

Нами были проанализированы **результаты реоэнцефалограмм пациентов** с ГБ в зависимости от степени повышения АД. По результатам проведенного нами исследования с увеличением степени ГБ наблюдается тенденция к снижению реографического индекса, что указывает на снижение уровня кровенаполнения в сосудах головного мозга. РИ среди трех групп в FM отведении составил при ГБ I степени –  $0,170 \pm 0,015$ ; ГБ II степени –  $0,149 \pm 0,06$ ; ГБ III степени –  $0,145 \pm 0,07$  в OM отведении этот показатель ниже ( $0,074 \pm 0,03$ ;  $0,082 \pm 0,05$ ;  $0,077 \pm 0,04$  соответственно). С увеличением уровня АД также имеется тенденция к снижению скорости медленного кровенаполнения. Показатель составил: в группе больных ГБ I сте-

---

---

пени  $0,5 \pm 0,07$ , в группе с ГБ II степени –  $0,48 \pm 0,28$ , в группе с ГБ III степени –  $0,43 \pm 0,16$  (отведение FM); для ОМ отведения: в группе ГБ I степени –  $0,34 \pm 0,16$ , в группе с ГБ II степени –  $0,32 \pm 0,26$ , в группе с ГБ III степени –  $0,22 \pm 0,08$ . Дикротический индекс в исследуемых группах составил: группа больных ГБ I степени –  $69,7 \pm 6,8$ , группа ГБ II степени –  $69,2 \pm 14,7$ , группа ГБ III степени –  $64,3 \pm 14,4$  (FM отведение), группа ГБ I степени –  $68,75 \pm 18,5$ , группа ГБ II степени –  $67,3 \pm 12,2$ , группа ГБ III степени –  $60,44 \pm 20,3$  (ОМ отведение). Периферическое сосудистое сопротивление, в соответствии с дикротическим индексом, повышено во всех группах наблюдения, максимальное значение дикротический индекс принимает в группе ГБ I:  $69,72 \pm 6,8$  и  $68,75 \pm 18,5$  в FM и ОМ отведении соответственно, что может свидетельствовать о достаточной степени ауторегуляции мозгового кровотока. Снижение тонуса сосудов и уменьшение скорости быстрого кровенаполнения с увеличением степени АД могут свидетельствовать об увеличении объемной скорости кровотока, формировании “застойного” типа кровоснабжения в каротидной системе.

У больных ГБ по результатам РЭГ выявлено повышение тонуса сосудов мелкого калибра, изменения уровня кровенаполнения. С увеличением степени ГБ снижается уровень церебрального кровотока, замедляется скорость быстрого кровенаполнения, снижается сосудистый тонус.

---

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С КРИЗОВЫМ  
ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Максютова Л.Ф., Максютова С.С.,  
Фазлыева Р.М., Папкина С.Я.**

*ГОУ ВПО БГМУ, МУ ГKB №5, г. Уфа, Россия*

**Цель:** оценить эффективность и безопасность использования карведилола при лечении больных гипертонической болезнью (ГБ), осложненной кризовым течением.

**Методы исследования:** обследовано 42 больных с ГБ (из них: 22 мужчин и 20 женщин, длительностью заболевания  $8,8 \pm 4,3$  лет, в возрасте  $48,2 \pm 6,5$  лет), поступивших в стационар с неосложненным гипертоническим кризом (ГК) (АД > 170/110 мм рт.ст. при отсутствии прогрессирующих клинических проявлений со стороны пораженных органов-мишеней). Были диагностированы ГК I (гиперкинетического) (n=19) и II (гипокинетического) (n=33) типов. Для купирования ГК использовался К в дозе 12,5 мг с повторным назначением в той же дозе, если через 1 час снижение АД было менее 20% от исходного уровня. Далее в течение 10–14 дней больные продолжали принимать К в суточной дозе 12,5–25 мг в сутки. При необходимости назначались другие антигипертензивные препараты. Проводились оценка общего клинического состояния больных, ежедневное измерение АД и контрольное суточное мониторирование АД, ЭКГ в динамике, эхокардиография (ЭХО-КГ).

**Полученные результаты:** больные с ГК I и II типов не различались по исходному уровню САД и ДАД. По данным ЭХО-КГ у 43% пациентов выявлялась диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) I типа, у 68% – гипертрофия межжелудочковой перегородки и у 49% – задней стенки ЛЖ. Пациенты с ГК I типа имели большую ЧСС по сравнению с пациентами с ГК II типа (p<0,001). В течение 1 часа после назначения К у этих

---

больных САД снизилось на 18% (с  $189,5 \pm 5,2$  до  $155,3 \pm 4,5$  мм.рт.ст.,  $p < 0,001$ ), ДАД- на 10,8% (с  $114,4 \pm 2,9$  до  $102,1 \pm 4,6$  мм.рт.ст.,  $p < 0,001$ ), ЧСС- на 18%. У больных ГК II типа наблюдалось снижение САД на 19,1% (с  $193,5 \pm 6,3$  до  $156,5 \pm 5,9$  мм.рт.ст.,  $p < 0,001$ ), ДАД- на 11,6% ( $115,3 \pm 5,2$  до  $101,9 \pm 4,4$  мм.рт.ст.,  $p < 0,05$ ), ЧСС- на 17%. Достоверных различий по динамике САД и ДАД, ухудшения клинического состояния между исследуемыми группами не выявлено. Однако большинству больных (12 больным с ГК I типа и 14 больным с ГК II типа) потребовалось повторное назначение К в дозе 12,5 мг или применение других дополнительных гипотензивных препаратов (5 больным с ГК I типа и 6 больным с ГК II типа). Однако различий в увеличении частоты применения других антигипертензивных препаратов при назначении повторной дозы К не наблюдалось и не отличалось между группами ( $p > 0,05$ ).

Выводы: К эффективен и безопасен для лечения неосложненных ГК независимо от их типа. Рекомендуется постоянный прием карведилола у больных с частыми обострениями ГБ, проявляющимся возникновением ГК.

**ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

**Матвиенко Е.Е.**

*Россия, г. Воронеж, ГУЗ "Воронежская областная клиническая  
больница №2"*

Наступление менопаузы связано с повышением риска сердечно-сосудистых заболеваний и частоты артериальной гипертонии (АГ) у женщин. Осложнения АГ занимают первое место в структуре женской смертности. В настоящее время стратегия лечения АГ основывается на определении риска развития осложнений, степень которого зависит от величины АД,

---

---

наличия факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний (АКС).

**Цель:** оценить дополнительный риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у женщин с АГ в постменопаузе.

**Материалы и методы:** Амбулаторно обследованы 120 женщин от 51 до 72 лет, в состоянии постменопаузы (естественной или хирургической) с эссенциальной АГ. Средний возраст составил  $60,7 \pm 0,5$  года; длительность заболевания –  $10,7 \pm 0,7$  года; менопаузы –  $10,0 \pm 0,6$  лет. Проведено общеклиническое обследование с оценкой ФР, ЭКГ, ЭХОКГ; исследованы показатели креатинина крови, глюкозы, липидемического профиля, МАУ, рассчитаны скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD формуле и клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта. На основании проведенного обследования определен дополнительный риск ССО.

**Результаты:** Большинство женщин (71%) регулярно получали антигипертензивную терапию. При этом только 15,9% пациенток достигали целевого уровня АД; 61,4% имели АГ 1 степени и 22,7% – АГ 2 степени. Наличие трех и более ФР выявлено у 76,7% женщин. Семейный анамнез ранних ССЗ установлен у 25,8% пациенток; курение – у 7%. Избыточный вес ( $ИМТ > 25$  кг/м<sup>2</sup>) имели 88,8% женщин, признаки абдоминального ожирения ( $OT > 88$  см) – 63,5%. Гиперхолестеринемия диагностирована у 83,1% пациенток; уровень глюкозы плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л – у 33,3% больных. Средний уровень холестерина составил  $5,9 \pm 0,1$  ммоль/л; глюкозы –  $5,8 \pm 0,2$  ммоль/л. НТГ было выявлено у 11,5% больных.

При анализе ЭХОКГ признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) были диагностированы у 51,2% женщин; из них в 62,8% случаев выявлялась ГЛЖ концентрического типа, имеющая неблагоприятное значение в отношении прогноза сердечно-сосудистой заболеваемости. Небольшое повышение сывороточного креатинина (107–124 мкмоль/л) отмечалось только у 3 пациенток (2,5%). Вместе с тем, снижение клиренса креатинина было выявлено у 12%, а уменьшение СКФ – у 37,3% пациенток. Таким образом, практически у каждой третьей женщины

---

---

в постменопаузе с АГ имело место поражение почек на доклинической стадии.

У большинства больных (54,03%) АГ сочеталась с АКС. ИБС, стабильная стенокардия напряжения наблюдалась у 40,3% женщин; 6 человек (4,8%) перенесли ранее ОИМ, одна пациентка – коронарную реваскуляризацию. ОНМК в анамнезе отмечалось у 15,3% женщин (из них у 21% – повторное), ТИА – у 4,8%. Сахарный диабет был выявлен у 13,7% больных.

При стратификации дополнительного риска ССО большинство пациенток (59,8%) были отнесены к группе очень высокого риска; 25,5% – к группе высокого риска. Только 15,3% женщин имели средний дополнительный риск ССО.

**Выводы:** Подавляющее большинство (более 85%) женщин в постменопаузе с АГ имеют высокий и очень высокий дополнительный риск ССО. Выявленные особенности необходимо учитывать при определении тактики ведения больных и целевого уровня АД. Как правило, пациентки в постменопаузе с АГ нуждаются в назначении комплексного лечения, включающего комбинированную антигипертензивную, липидснижающую и антитромботическую терапию.

**ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
У КОРЕННОГО ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ  
БОЛЬНЫХ ИБС С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

**Махарова Н.В.**

*Россия, г. Якутск, Якутский научный центр СО РАМН*

По мнению экспертов ВОЗ, на некоторых территориях определяющее значение в развитии манифестирующих осложнений атеросклероза и артериальной гипертензии имеют особенности климатогеографических факторов (ВОЗ, 1996). Суровость климата северных широт определяется комплексным воздействием на организм человека низкой температуры, перепадов

---

---

атмосферного давления, влажности воздуха, сильного ветра (Авцын А.П., Жаворонков Л.А., Марачев А.Г., Милованов А.К., 1985). Геомагнитные возмущения усиливают действие этих факторов (Катюхин В.Н., Кострюкова Н.К., Заика А.В., Григорук С.Д., 2001). Артериальная гипертензия является одной из наиболее распространенных патологий в условиях Крайнего Севера. По результатам 13-летнего эпидемиологического исследования (1987–2000 гг.) среди мужского населения города Якутска произошло существенное увеличение распространенности ИБС. Ведущим фактором риска в популяции Якутии является АГ, частота которой у больных ИБС составляет 74,7% (Иванов К.И., 2006).

**Цель исследования.** Изучить частоту АГ у больных ИБС с коронарным атеросклерозом у коренного и пришлого населения Якутии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены результаты обследования больных ИБС с ангиографически подтвержденным диагнозом в отделениях кардиологии, кардиохирургии Клинического центра Республиканской больницы №1 – Национального центра медицины г. за период 2004–2007 гг. (n=482). Из них коренных 238(49,4%), пришлых – 244(50,6%). Средний возраст был сопоставим, и составил соответственно  $56,7 \pm 0,5$  и  $55,2 \pm 0,5$  лет. Больные с нестабильной стенокардией, острым инфарктом миокарда, с интактными коронарными артериями, аномалиями развития коронарных артерий не включались в анализ. Измерение артериального давления проводилось по стандартной методике ВОЗ (1980). За АГ принимался уровень АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. Степень повышения АД определяли по Российской рекомендации, разработанной Комитетом экспертов ВНОК, 2004.

Результаты и обсуждение. В результате анализа, артериальная гипертензия выявлена у 93,3% коренных и 82,0% пришлых, причем чаще у коренных ( $p=0,000$ ) больных ИБС с коронарным атеросклерозом. С 1 степенью повышения АД выявлены 20(8,4%) коренных и 47(19,3%) – пришлых больных ИБС с коронарным атеросклерозом ( $p=0,585$ ), с 2 степенью повышения

---

---

АД соответственно выявлены 62(26,1%) и 47(19,3%) ( $p=0,076$ ), 3 степень – 140(58,8%) и 129(52,9%) больных ИБС ( $p=0,189$ ). У 16(6,7%) коренных и 44(18,0%) больных ИБС уровень повышения АД был нормальным.

Таким образом, частота АГ у коренных больных ИБС с коронарным атеросклерозом выше, чем у пришлых. По степени повышения АГ коренные больные отличались более тяжелым проявлением заболевания, чем пришлых больных. Возможно это связано с контингентом обследованных нами больных, однако последними исследованиями было показано, что больные ГБ якутской национальности, жители Якутии по сравнению с сопоставимыми по возрасту и длительности течения ГБ больными, жителями г. Москвы, отличались более тяжелыми проявлениями и сопутствующих осложнений (наличием ИБС, мультифокального атеросклероза, перенесенного инсульта) (Петрова И.Р., 2004). Последними популяционными исследованиями было показано, что эффективно лечатся лишь 14% мужчин и 28,8% женщин больных с гипертонической болезнью, также было показано, что АГ среди пришлых женщин достоверно выше, чем у коренных, у мужчин распространенность АГ была одинаковой (Иванов К.И., 2006).

**ЧАСТОТА САХАРНОГО ДИАБЕТА У КОРЕННОГО  
И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ БОЛЬНЫХ ИБС  
С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

**Махарова Н.В.**

*Россия, г. Якутск, Якутский научный центр СО РАМН*

Сахарный диабет 2 (СД) является одним из главных независимых факторов риска сердечно-сосудистой заболеваемости. Установлено, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается в 2–4 раза чаще у больных СД 2, чем среди людей того же возраста без СД 2 (E.Feskens и соавт., 1992). Число больных

---

---

СД 2 типа в Республике Саха (Якутия) за последние годы прогрессивно увеличивается, в настоящее время в Якутии СД 2 типа страдают более 14,7 тыс. человек (Гагарин В.И., 2007).

**Цель исследования.** Изучить частоту СД 2 типа у больных ИБС с коронарным атеросклерозом у коренного и пришлого населения Якутии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены результаты обследования больных ИБС с ангиографически подтвержденным диагнозом в отделениях кардиологии, кардиохирургии Клинического центра Республиканской больницы №1 – Национального центра медицины г. за период 2004–2007 гг. ( $n=482$ ), из них коренных 238(49,4%), пришлых – 244(50,6%), средний возраст составил соответственно  $56,7\pm 0,5$  и  $55,2\pm 0,5$  лет. Больные с нестабильной стенокардией, острым инфарктом миокарда не включались в исследование. В диагностике сахарного диабета типа 2 и оценке степени компенсации углеводного обмена руководствовались рекомендациям ВОЗ 1999 г. и национальными стандартами сахарного диабета (Дедов И.И., 2002).

**Результаты и обсуждение.** В результате анализа, выявлено, что СД 2 типа имели 74 (15,4%) больных ИБС с коронарным атеросклерозом. Из 238 коренных больных СД 2 типа имели 36 (15,1%) больных, из 244 пришлых больных СД 2 типа имели 38(15,6%) больных ( $p=0,892$ ).

Таким образом, частота СД 2 типа у обследованных нами больных ИБС с коронарным атеросклерозом не отличалась между коренными и пришлыми. В последние десятилетия в Якутии отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа. Если 20 лет назад соотношение заболеваемости среди коренного и пришлого населения примерно соответствовало 1:10, то в настоящее время этот показатель составляет 1:1 (Платонов Ф.А., 2005). Возможно, это связано с переменой образа жизни, характера питания коренного населения.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, УРОВЕНЬ  
ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ 2 ТИПОМ  
САХАРНОГО ДИАБЕТА СТАРШЕ 40 ЛЕТ**

**Махмудов Э.А.**

*Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД  
России, г. Балашиха*

К настоящему времени во всем мире сахарным диабетом (СД) страдают более 60 млн. человек. Атеросклероз у больных СД характеризуется ранним развитием и распространением, что позволяет говорить о СД как о естественной модели атеросклероза.

Нашей задачей было изучение некоторых показателей липидного обмена и уровня С-пептида и иммунореактивного инсулина (ИРИ) у больных СД 2 типа с нормальной массой тела 35 больных (17 женщин, 18 мужчин) и с ожирением 84 (44 женщины, 40 мужчин) в зависимости от возраста и пола. Изучались следующие показатели: ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, концентрация холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) в крови общепринятыми методами. Контрольная группа состояла из 50 женщин и 46 мужчин аналогичного возраста без избытка массы тела. Исследования у больных СД 2 типа проводилось в стадии компенсации углеводного обмена.

У мужчин в возрасте 40–49 лет, страдающих СД 2 типа, отмечается достоверное увеличение ЛПОНП ( $36,4 \pm 1,9$  г/л) и ЛПВП ( $18,8 \pm 0,7$  г/л) по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$  и  $p < 0,01$  соответственно). В группе больных СД 2 типа мужчин в возрасте 50–59 лет наблюдалось достоверное увеличение концентрации ХС ( $6,9 \pm 0,4$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ) и ЛПНП ( $43,1 \pm 1,3$  г/л,  $p < 0,001$ ) при сравнении с аналогичной возрастной группой здоровых лиц. В возрастной группе мужчин больных СД 2 типа в возрасте 60–69 лет содержание ТГ ( $3,8 \pm 0,4$  ммоль/л), ХС ( $6,4 \pm 0,4$  ммоль/л) и ЛПОНП ( $31,2 \pm 1,8$  г/л) было существенно выше, чем в контроле. У больных СД 2 типа мужчин с воз-

---

растом имелась тенденция к увеличению в сыворотке крови ТГ, ЛПНП с максимумом в возрастной группе 60–69 лет. Максимальное содержание ЛПОНП в крови отмечалось у больных СД 2 типа мужчин в возрастной группе 40–49 лет. У женщин больных СД 2 типа в возрасте 40–49 лет содержание ТГ ( $2,6 \pm 0,3$  ммоль/л), ХС ( $5,7 \pm 0,5$  ммоль/л), ЛПОНП ( $30,8 \pm 1,9$  г/л), ЛПВП ( $30,6 \pm 2,2$  г/л) было выше, чем в контроле. У больных СД 2 типа с ожирением вне зависимости от пола имело место максимальная концентрация С-пептида и ИРИ в крови в возрасте 40–49 лет с тенденцией к снижению в группах 50–59 и 60–69 лет. У больных СД 2 типа с нормальной массой тела наблюдалась аналогичная динамика гормонов с возрастом, однако значения С-пептида и ИРИ были достоверно ниже, чем в группе пациентов с ожирением. Таким образом, при сахарном диабете 2 типа как у мужчин, так и у женщин наблюдаются возрастные изменения показателей липидного обмена в сочетании с гиперинсулинемией, что необходимо учитывать при разработке терапии данного заболевания.

**РАННЕЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА,  
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Мельниченко О.В., Некрасов А.А.,  
Шкарин В.В., Бязрова А.В.**

*Россия, Нижний Новгород, ГОУ ВПО НижГМА и ГКБ № 5*

**Актуальность:** инфаркт миокарда (ИМ) является одной из основных причин развития хронической сердечной недостаточности (СН), многократно увеличивая риск ее возникновения. В связи с тем, что СН оказывает значительное влияние на исход заболевания, ее прогнозирование у больных, перенесших ИМ, становится самостоятельной клинической задачей. Если

---

факторы определяющие риск возникновения СН в ранние сроки после ИМ к настоящему времени исследованы детально, то значение клинических данных и структурно-геометрических изменений левого желудочка (ЛЖ) в остром и постинфарктном периодах заболевания для отдаленного прогноза данного осложнения изучено менее подробно.

**Цель:** изучить прогностическое значение клинико-инструментальных данных и показателей раннего ремоделирования ЛЖ в группах пациентов с разной выраженностью СН, определяемой через 6 месяцев наблюдения после перенесенного ИМ.

**Материалы и методы:** обследовано 75 больных с ИМ (средний возраст –  $57,3 \pm 1,26$  лет, Q-ИМ-в 61,3%) и проведено сравнение групп пациентов с разной выраженностью СН, определяемой через 6 месяцев наблюдения: ФК СН $\leq$ 1 (гр.А) и ФК СН $\geq$ 2 (гр.В). Исходно, через 3 недели, 3 и 6 месяцев оценили фракцию выброса (ФВ), индексы конечного диастолического объема (ИКДО), конечного систолического объема (ИКСО), нарушений локальной сократимости (ИНЛС) ЛЖ, массы миокарда (ИММ) ЛЖ, относительную толщину стенок (ОТС) ЛЖ, миокардиальный стресс (МС), соотношение скоростей трансмитрального потока (Е/А). Использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) и определяли ФК ХСН. Применяли статистику Friedman ANOVA, критерий Манна-Уитни, Хи-квадрат, однофакторный и многофакторный регрессионный анализ.

**Результаты:** при сравнительном анализе группа больных с худшим в отношении развития СН прогнозом (гр. В) исходно отличалась от группы А по демографическим и клиническим показателям: больные были старше ( $p=0,003$ ), тенденция к увеличению доли женщин ( $p=0,052$ ), большая исходная выраженность СН по ШОКС ( $p=0,0001$ ) и чаще осложнения в виде ОЛЖН ( $p=0,005$ ), выше концентрация С-реактивного белка (СРБ) при поступлении ( $p=0,007$ ), а также по структурно-функциональным характеристикам сердца: меньшие показатели ИММ ( $p=0,040$ ) и ОТС ЛЖ ( $p=0,013$ ), больший ИНЛС ЛЖ в остром периоде ИМ ( $p=0,018$ ), тенденция к увеличению МС ( $p=0,08$ ). В динамике

---

---

выявлены особенности ремоделирования ЛЖ: разнонаправленные изменения ИКСО в виде снижения в гр.А и увеличения в гр.В ( $p_{3_{нед}}=0,009$ ,  $p_{3_{мес}}=0,005$ ), однонаправленные изменения ИКДО в сторону увеличения, более выраженные в гр. В (межгрупповой  $p_{3_{нед}}=0,08$ ), замедленное восстановление глобальной и локальной систолической функции в гр. В (по показателю ФВ межгрупповые  $p_{3_{нед}}=0,014$  и  $p_{3_{мес}}=0,0001$ ; по ИНЛС межгрупповые  $p_{3_{нед}}=0,002$  и  $p_{3_{мес}}=0,016$ ), разнонаправленные нарушения диастолы (через 3 нед. уменьшение Е/А в гр.А и увеличение в гр. В, межгрупповой  $p_{3_{нед}}=0,040$ ).

**Выводы:** 1) выявлены предикторы СН: возраст, развитие ОЛЖН в остром периоде ИМ, исходная сумма баллов по ШОКС, повышение титра СРБ и ЭХО-КГ показатели (МС и ИНЛС); 2) прогностическими факторами, независимо связанными с СН, оказались исходная сумма баллов по ШОКС и ИНЛС, выявляемые на 3-й день ИМ; 3) для раннего постинфарктного ремоделирования у пациентов с худшим прогнозом развития СН характерны: большая дилатация ЛЖ, замедленное восстановление глобальной и локальной систолической функции и большая частота развития диастолической дисфункции 2-го типа.

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА VDR, КОДИРУЮЩЕГО  
РЕЦЕПТОР ВИТАМИНА D, АССОЦИИРОВАН  
С ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

**Милотова Н.М., Игнатьев И.В., Ших Е.В.**

*ФГУ НЦ ЭСМП Росздрава, Москва, Россия*

**Цель:** Поиск ассоциации полиморфизма Fok I в гене VDR, кодирующем рецептор витамина D, с различиями в активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и состоянии фосфорно-кальциевого обмена при артериальной гипертензии (АГ).

---

**Методы:** Обследовано 49 больных с диагнозом АГ I–II стадии, 1–2 степени, среднего и высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (19 мужчин и 30 женщин). Всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анализ параметров РААС (ренина, ангиотензина I), уровней общего и ионизированного кальция, фосфора, а так же генетическое тестирование методом ПЦР-ПДРФ для идентификации генотипов полиморфизма Fok I в гене VDR.

**Результаты:** Распределение генотипов в группе обследованных было следующим: FF-генотип – 19 человек (38,77%), Ff-генотип – 22 человека (44,90%) и ff-генотип – 8 человек (16,33%). Средний возраст пациентов FF-, Ff- и ff-генотипов составил  $48,89 \pm 10,08$ ,  $47,32 \pm 9,70$  и  $58,38 \pm 12,21$ , соответственно У пациентов с генотипами FF и Ff начало заболевания регистрируется в более раннем возрасте, в сравнении с генотипом ff ( $p < 0,05$ ). Кроме того, средние значения систолического АД (САД) в течение дня составили у пациентов с FF-генотипом –  $141,16 \pm 16,86$ , с Ff-генотипом –  $139,82 \pm 9,28$ , с ff-генотипом –  $128,38 \pm 8,99$ . Т.о. средние значения САД днем выше также у пациентов с генотипами FF и Ff, в сравнении с генотипом ff ( $p < 0,05$ ). Среднесуточные значения САД составили у пациентов с FF-генотипом –  $136,47 \pm 16,98$ , с Ff-генотипом –  $134,14 \pm 9,19$ , с ff-генотипом –  $124,75 \pm 9,50$ . По данному параметру мы наблюдали тенденцию к наличию статистической достоверности различий между генотипами ( $p = 0,06$ ).

Значения параметров РААС, общего и ионизированного кальция, фосфора статистически значимо не отличались у пациентов с различными генотипами.

**Выводы:** Полиморфизм Fok I в гене VDR ассоциирован с более ранним возникновением АГ, а так же с более высокими средними значениями САД в дневное время.

Проведенная оценка взаимосвязи развития АГ с нарушениями в системе биосинтеза витамина Д позволяет по-новому взглянуть на фундаментальные механизмы регуляции РААС и дает возможность оптимизировать фармакотерапию АГ.

---

---

## **ТРОМБОЛИЗИС В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

**Михненко М.С., Латышев П.Э., Храмович С.Б.**

*МУЗ Нефтеюганская городская больница,  
г. ХМАО-Югра*

В 2008 г. на территории Ханты-Мансийского автономного округа стартовал окружной инновационный проект “Югра-Кор”. Его целью является снижение инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за счет создания единой сбалансированной системы обеспечения неотложной кардиологической и кардиохирургической помощью населения региона с применением высокотехнологичных методов лечения. Однако внедрение таких технологий требует существенного укрепления материально-технической базы больниц округа, подготовки и переподготовки врачей и медсестер. На реализацию проекта запланировано направить в окружные медицинские учреждения ХМАО 595 млн. рублей.

Итогом внедрения проекта “Югра-Кор” должно стать снижение смертности от острого инфаркта миокарда с 9,5% в 2008 году до 7,5% в 2010 году и сокращение пребывания больного в стационаре с 17 до 14 дней.

На сегодняшний день тромболитическая терапия считается одним из наиболее эффективных и доступных методов в лечении инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Тромболизис не только увеличивает выживаемость пациентов с инфарктом миокарда, в среднем на 10–11%, но и улучшает качество жизни, предотвращает развитие сердечной недостаточности, снижает инвалидизацию. Время, в течение которого можно “спасти миокард”, ограничивается несколькими часами, поэтому тромболизис нужно начинать как можно раньше. В целом он наиболее эффективен в первые 1–3 часа от начала ангинозного приступа. Тромболизис, выполненный через 3–6 часов, дает меньший прирост выживаемости, но и через 6–12 часов

---

после окклюзии тромболизис не бесполезен, особенно если сохраняются боль в груди и подъем сегмента ST в тех отведениях, где ещё нет патологических зубцов Q. Особенно важен тромболизис при переднем инфаркте, нарушениях гемодинамики и обширном повреждении миокарда по данным ЭКГ. В последнее время инфаркт “помолодел”, поэтому вышесказанное особенно актуально, ведь сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин не только смертности населения, но и первичного выхода на инвалидность. Тромболитическая терапия, проводимая пациентам на территории отделения реанимации Нефтеюганской городской больницы, осуществляется одним из имеющихся в наличии тромболитиков: рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (ТПА) или стрептокиназой. ТПА чаще, чем стрептокиназа полностью восстанавливает перфузию и больше увеличивает выживаемость. ТПА вводим: 15 мг внутривенно струйно, затем 50 мг внутривенно за 30 минут и ещё 35 мг в течение 1 часа. Стрептокиназу вводим в дозе до 1,5 миллиона МЕ внутривенно в течение 30–60 мин. Стрептокиназа у 2% пациентов вызывает аллергические и другие побочные реакции (в том числе тяжелую артериальную гипотонию, требующую поддерживающую инфузию симпатомиметиков), у 4–10% наблюдается незначительное снижение АД, тошнота, рвота.

Год	Пролечено больных с ОИМ	Смертность при ОИМ за 30 дней		Выполнено тромболизисов	
		кол-во	%	кол-во	%
2006	155	11	7,1	12	7,7
2007	155	8	5,2	21	13,5
2008	168	7	4,1	40	23,8

Финансирование медикаментов для тромболитической терапии проводится из муниципального бюджета. Из 40 тромболизисов при инфаркте миокарда, проведенных в 2008 году, 4

---

выполнены ТПА и 36 стрептокиназой. Учитывая превосходство ТПА перед Стрептокиназой, при назначении препарата для тромболизиса приходится руководствоваться его стоимостью и наличием необходимого количества в лечебном учреждении. Стоимость: 100 мг ТПА (“Актилизе”, Германия) – 55000 рублей; 1,5 миллиона МЕ “Стрептокиназа” (“Белмедпрепараты”) – 3630 рублей.

**ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС,  
ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Морозова Т.Е., Иванова Е.П.**

*Россия, г. Москва, ГОУ ВПО Московская  
медицинская академия им. И.М. Сеченова*

**Актуальность.** В развитии ишемической болезни сердца (ИБС), одной из наиболее частых причин развития хронической сердечной недостаточности (ХСН), большая роль отводится нарушениям контрактильности миокарда с развитием его ишемии. Нормализация энергетического метаболизма в кардиомиоцитах является важным и перспективным подходом к лечению таких больных.

**Цель.** Изучить фармакодинамические эффекты триметазидина в составе комплексной терапии у больных ИБС, осложнившейся ХСН.

**Материалы и методы.** В исследование включено 82 больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ФК, осложнившейся развитием ХСН II-III ФК (м.–67, ж.–15, ср. возраст –  $62,2 \pm 7,3$  года). Перед включением в исследование у всех пациентов была достигнута стабилизация состояния на фоне проводимой терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, сердечными гликозидами, диуретиками, бета-

---

адреноблокаторами в индивидуально подобранных дозах. Не изменяя подобранную терапию, 40 больным (1 группа) был добавлен триметазидин в дозе 60 мг/сут., остальные 42 больных (2 группа) получали комплексную терапию без триметазида. Длительность наблюдения составила 16 недель. Контроль за эффективностью осуществлялся по динамике функционального класса ХСН, результатам Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ, теста с физической нагрузкой, эхокардиографии. Все исследования проводили до и через 16 недель непрерывной терапии.

**Результаты.** Анализ динамики ФК ХСН показал, что через 16 недель лечения 28% больных 1 группы и 26% больных 2 группы перешли в более низкий ФК ХСН. В целом ФК ХСН снизился на 11% ( $p < 0,05$ ) и 10% ( $p < 0,05$ ) соответственно. По данным ХМ ЭКГ наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭС) и изолированные желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) зарегистрированы у 100% больных обеих групп, пробежки наджелудочковой тахикардии – у 16,7% больных 1 группы и у 22,5% больных 2 группы, парные ЖЭС – у 42,8% и 42,5% больных соответственно, эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) – у 35,7% и 30% соответственно. У 65% больных 1 группы и у 68% больных 2 группы зарегистрированы эпизоды депрессии сегмента ST. Через 16 недель лечения в 1 группе количество парных ЖЭ уменьшилось на 57,6% ( $p < 0,05$ ), во 2 – на 28,8% ( $p < 0,05$ ), количество эпизодов неустойчивой ЖТ – на 58,3% ( $p < 0,05$ ) и 36,8% ( $p < 0,05$ ) соответственно, количество изолированных ЖЭ – на 23,6% ( $p > 0,05$ ) и 6,9% ( $p > 0,05$ ) соответственно, количество НЖЭС – на 26,4% ( $p > 0,05$ ) и 10,8% ( $p > 0,05$ ) соответственно. Также по данным ХМ ЭКГ отмечено достоверное уменьшение суточного количества эпизодов депрессии сегмента ST в 1 группе на 55,5% ( $p < 0,05$ ), во 2 – на 23,3% ( $p < 0,05$ ). Результаты тредмил-теста дают объективное подтверждение антиангинальной и антиишемической активности триметазида: максимальная мощность нагрузки у больных 1 группы возросла на 12,3% ( $p < 0,05$ ), у больных 2 группы – на 6,7% ( $p < 0,05$ ), общая про-

---

---

должительность нагрузки возросла на 16,8% ( $p < 0,05$ ) и на 8,2% ( $p < 0,05$ ) соответственно.

**Заключение.** Добавление к традиционной терапии больных ИБС в сочетании с ХСН метаболического препарата триметазида позволяет добиться более выраженной положительной динамики клинических проявлений заболевания. Триметазид обладает антиишемическим действием и снижает эктопическую активность сердца за счет уменьшения электрической нестабильности ишемизированного миокарда.

**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА  
В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

**Мравян С.Р., Петрухин В.А., Зарудский А.А.**

*Россия, г. Москва, МОНИИАГ*

**Цель:** оценка изменений вариабельности сердечного ритма (ВРС) и улучшение диагностики сердечной недостаточности у беременных с пороками сердца.

**Материалы и методы:** обследовано 143 женщины на сроках гестации 35-39 недель (средний возраст  $24,4 \pm 9,6$  лет), которым до родов и через 2-3 суток после проводили суточное мониторирование ритма сердца по Холтеру с оценкой основных общепринятых параметров ВРС. Первую группу составили 83 женщины с I функциональным классом сердечной недостаточности (ФК СН), вторую – 40 беременных со II ФК СН. Группу сравнению составили 20 здоровых беременных женщин.

**Результаты:** у беременных 1-ой группы до родов отмечалась тенденция к снижению общей ВРС, показатели которой находились на нижней границе нормативных значений. Во 2-ой группе отмечено достоверное (по отношению к нормативным показателям и показателям больных 1-ой группы) снижение общей ВРС ( $SDNN - 79,5 \pm 6,3$  ( $p < 0,05$ ) и  $141 \pm 39$ ;  $111,2 \pm 17,5$  мс

---

соответственно; HRvi –  $27,2 \pm 2,4$  ( $p < 0,05$ ) и  $37 \pm 15$ ;  $31,1 \pm 6,1$  ед. соответственно). Чувствительность и специфичность SDNN менее 90 мс для оценки II–III ФК СН составила 96,7% и 90,4%. Во 2-ой группе пациенток отмечалось достоверное по сравнению с нормативными показателями снижение SDANN ( $84,3 \pm 8,4$  и  $127 \pm 35$  мс  $p < 0,05$ ), что свидетельствует об активации симпатической части вегетативной нервной системы, причем ее степень нарастает с увеличением тяжести СН. У пациенток 2-ой группы спектральный анализ выявил тенденцию к снижению средних показателей высокочастотного компонента (HF), характеризующего парасимпатическую активность, и уменьшение общей мощности спектра (TP). В послеродовом периоде отмечалась нормализация показателей BCP у пациенток 1-ой группы, тенденция к росту LF/HF, отражающего снижение парасимпатической активности. У пациенток 2-ой группы не отмечено роста LF/HF. У женщин 2-ой группы на фоне сохраняющегося снижения средних значений общей BCP (SDNN –  $116 \pm 16,3$  мс и HRvi –  $27,8 \pm 5,9$  ед.) динамика SDNN для каждой больной была различной. У 8 пациенток не отмечено роста SDNN в послеродовом периоде (подгруппа 2а), а у остальных (подгруппа 2б) – этот показатель увеличивался и составил  $137,6 \pm 10,6$  мс. Подгруппы различались по клиническим данным. Подгруппу 2а составили 3 больных с радикальной коррекцией тетрады Фалло, 2 – с КТМС, 1 – с АВК, 1 – с выраженным аортальным стенозом и 1 – с недостаточностью митрального клапана 3 степени. Показатель, обратно отражающий активность симпатической части вегетативной нервной системы (SDANN), в дородовом периоде у этих женщин был достоверно ниже, чем у пациенток подгруппы 2б ( $63,5 \pm 5,4$  мс и  $175,2 \pm 94,2$  мс соответственно).

**Выводы:** Изучение BCP по результатам Холтеровского мониторинга является одним из методов оценки развития СН у беременных с пороками сердца. Снижение общей BCP и, особенно, активация симпатической нервной системы в дородовом периоде у ряда беременных с врожденными и приобретенными пороками сердца, сопровождающимися выра-

---

---

женными гемодинамическими расстройствами, сочетанием перегрузки объемом и давлением, являются самостоятельным фактором риска усугубления СН и во многом определяют тактику ведения родов.

**ИЗМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС  
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST: 1996–2006 ГОДЫ**

**Нестеров А.П., Новикова Н.А., Сыркин А.Л..**

*Россия, г. Москва, ММА им. И.М. Сеченова*

**Цель исследования:** Оценить изменения тактики лечения ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в течение 10-летнего промежутка времени (1996–2006 гг.).

**Материалы и методы:** Проанализированы материалы историй болезни 135 пациентов, проходивших стационарное лечение в клинике кардиологии и факультетской терапевтической клинике ММА им. И.М. Сеченова в период 1996–2006 гг. с диагнозами нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без Q-зубца и “острая ишемическая дистрофия миокарда”. Среди них – 92 мужчины (68,1%) и 43 женщины (31,9%). Средний возраст больных  $62,67 \pm 10,68$  лет (32–85 лет). В качестве рубежа “дотропониновой” и “тропониновой” эры в диагностике и лечении больных с ОКС был принят 2001 г.: год, в течение которого происходило внедрение нового определения инфаркта миокарда в повседневную клиническую практику. По периоду времени, когда проходила первичная госпитализация, пациенты были поделены на 2 группы: 1996–2001 гг. (48 человек) и 2002–2006 гг. (87 человек). Детали анамнеза уточнялись в личной или телефонной беседе с пациентом или его родственниками.

**Результаты:** В 2002–2006 гг. достоверно большее число пациентов подверглись реваскуляризирующим вмешательствам (6,3% против 44,8%,  $p < 0,001$ ), в подавляющем большин-

---

стве – ЧКВ. В 1996–2001 гг. достоверно реже назначались клопидогрель (8,3% против 47,7%,  $p < 0,001$ ) и статины (6,4% против 88,4%,  $p < 0,001$ ), но достоверно чаще использовались нитраты (76,6% против 47,7%,  $p = 0,001$ ) и недигидропиридиновые антагонисты кальция (12,8% против 1,2%,  $p = 0,008$ ). При анализе терапии, регулярно принимаемой больными, выявлена бóльшая приверженность к лечению у пациентов в 2002–2006 гг.. Аспирин принимали регулярно в обеих группах. В 2002–2006 гг. пациенты достоверно чаще принимали бета-блокаторы, ИАПФ, дигидропиридиновые антагонисты кальция ( $p < 0,01$ ) и статины ( $p < 0,001$ ). Нитраты и недигидропиридиновые антагонисты кальция достоверно чаще назначались врачами и регулярно принимались больными в 1996–2001 гг. ( $p < 0,01$ ). Клопидогрель активнее назначался пациентам в 2002–2006 гг., причем как после оперативного лечения, так и при использовании только медикаментозной терапии.

**Выводы:** После 2001 г. больным с ОКСбпСТ достоверно чаще назначаются статины и клопидогрель (как после ЧКВ, так и при медикаментозном лечении), и достоверно реже – недигидропиридиновые антагонисты кальция. Приверженность больных к развернутой медикаментозной терапии (бета-блокаторы, ИАПФ, антагонисты кальция, статины) достоверно выше в настоящее время.

### АНАЛИЗ ЭЛЕКТРЕТНЫХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Николаева Н.В., Пинчук Л.С., Булгак А.Г.

*Беларусь, г. Гомель, ГГМУ, ИММС им. В.А. Белого НАН Беларуси,  
г. Минск, РНПЦ “Кардиология”*

---

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является эпидемией второй половины XX века. В связи с этим мероприятия по снижению заболеваемости и смертности от ИБС приобретают все

---

---

большее медицинское и социальное значение. Среди них актуальна своевременная и ранняя, правильная и обоснованная диагностика этого заболевания.

Диагностика ИБС проблема, весьма подробно освещенная как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Тем не менее, специалисты вновь и вновь возвращаются к ней в связи, как с появлением новых поколений диагностической техники, так и с изменением концепций проведения лечебных мероприятий у больных. Современным аспектом проблемы ИБС, представляется определение роли гемоваскулярного гомеостаза в развитии ишемии миокарда.

В настоящее время, практическая медицина не всегда может применить достижения технических наук при обследовании пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, не только в связи с их длительностью, дороговизной и сложностью, но часто и в связи с отсутствием научного обоснования таких исследований. К сожалению, в современной лабораторной практике отсутствуют средства и методы, которые позволяют определять структурное состояние крови и её изменение. В физике диэлектриков для этого используется метод электретно-термического анализа.

**Цель** настоящей работы применить метод термостимулированной деполяризации для исследования крови, взятой у больных с различными формами ИБС, и провести интерпретацию полученных результатов с позиций фундаментальных представлений об электретном эффекте и патогенезе ИБС и у здоровых лиц.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 100 человек (66 мужчин и 34 женщины в возрасте 40–60 лет). 75 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) с различной длительностью коронарного анамнеза, представленной стенокардией напряжения I–III функциональных классов (ФК) (группа 1–3 соответственно). Контрольная группа состояла из 25 практически здоровых людей. Исследование электретных свойств крови осуществлялось на приборе, разработанном в ИММС им. В.А. Белого НАН Беларуси, применялся метод

---

---

электретно-термического анализа образцов крови, подвергнутых криоконсервации. Получали спектр термостимулированных токов (ТСТ). Площадь под кривой ТСТ – пропорциональна остаточному заряду образца, который характеризует наличие в образце электрически активных элементов. ГОСТ 25209-82 позволяет рассчитать данный остаточный заряд, который явится количественной характеристикой образца с точки зрения его квази-электретного состояния.

**Результаты и обсуждения.** С помощью метода термостимулированных токов установлено, что кровь человека проявляет электретный эффект, обусловленный координационной природой надмолекулярной структуры ее компонентов. Самый минимальный уровень остаточного заряда был получен в контрольной группе и составил 23,60. У пациентов с ИБС в зависимости от функционального класса отмечалось увеличение уровня остаточного заряда: в группе ФК-I-65, 10, в группе ФК-II-70, 49, в группе ФК-III-80, 15 соответственно. Статистически значимые отклонения в сравнении с контрольной группой были зафиксированы у пациентов групп 1–3 ( $p = 0,05$ ).

**Вывод.** В условиях дестабилизации гемоваскулярного гомеостаза у больных с ИБС, электретные свойства крови отличаются от здоровых лиц. В то же время, наличие в крови свободных носителей электрических зарядов может явиться одним из звеньев патогенеза, и возможно дать новую информацию, имеющую значительный диагностический и прогностический интерес.

**ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО  
ДЫХАНИЯ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА  
У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ  
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Николаева О.В., Булгак А.Г., Каминская Т.В., Яско С.Т.**  
*Беларусь, г. Минск, ГУ “Белорусская Медицинская Академия  
Последипломного Образования”;  
Беларусь, г. Минск, РНПЦ “Кардиология”;  
Беларусь, г. Минск, ГУ “Республиканский клинический  
медицинский центр” Управления Делами Президента РБ,  
отделение неврологии  
и отделение функциональной диагностики*

**Актуальность.** Инсульт является одной из наиболее актуальных проблем медицины, что обусловлено высокими показателями заболеваемости и инвалидизации при этом заболевании. В последнее время значительно расширены и уточнены представления о взаимозависимости кардиальной и церебральной патологии. Острая стадия ишемического инсульта (ИИ) часто сопровождается функциональными изменениями в состоянии сердечно-сосудистой системы. В частности, нарушения ритма сердца обнаруживаются у 70–75% больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Однако, оценки изменений показателей функции внешнего дыхания у больных с данной патологией и нарушений ритма сердца, и в зависимости от глубины и локализации инсульта, в доступной нам литературе мы не встретили.

**Цель.** Изучение изменений показателей функции внешнего дыхания и нарушений ритма сердца у больных в остром периоде ИИ.

**Материалы и методы.** Обследован 21 пациент в остром периоде ИИ 13 мужчин (62%) и 8 женщин (38%) средний возраст  $75,3 \pm 9,3$  года. Больные с патологий бронхо-легочной системы в исследование не включались. Характер и локализа-

---

ция очагового поражения вещества головного мозга у больных был верифицирован с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Согласно полученным результатам все обследуемые были разделены на 3 группы: в 1-ую были включены пациенты с поражением правой каротидной системы (ПКС) 8 человек (38,1%), во 2-ую с поражением левой (ЛКС) – 9 пациентов (42,9%), в 3-ую с поражением вертебро-базиллярной (ВБС) 4 пациентов (19%). У 47,6% (10 человек) был выявлен атеротромботический генез инсульта, 28,6% (6 человек) – лакунарный генез и 23,8% (5 человек) – кардиоэмболический. Всем больным проводилось детальное клиническое обследование, а для оценки сердечного ритма проводилось холтеровское мониторирование (ХМ) в течение 24 часов, в непрерывном режиме (SCHILLER MT-200). Изменения функции внешнего дыхания исследовались с использованием спирометра (SCHILLER).

**Результаты.** Проведение ХМ, в отличие от стандартной ЭКГ, позволило выявить у 85,7% больных с ИИ различные нарушения ритма и проводимости сердца: желудочковая экстрасистолия зарегистрирована у 61,9% (13 человек); суправентрикулярная экстрасистолия 47,6% (10 человек); фибрилляция предсердий 23,8% (5 человек). В единичных случаях имели место суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, синоатриальные и атриовентрикулярные блокады различных степеней.

Изменения со стороны показателей функции внешнего дыхания было отмечено у 76,2% (16 человек). Среди обследуемых пациентов у 5-ти (23,8%) – показатели функции внешнего дыхания были в пределах нормы. Снижение проходимости бронхиального дерева на всех уровнях были выявлены у 6 пациентов с локализацией инсульта в правом полушарии головного мозга (37,5%). У 7 пациентов с локализацией поражения в левой каротидной системе было отмечено сочетанное нарушение проходимости крупных и средних бронхов (43,75%). У 3 пациентов с локализацией очага поражения в вертебро-базиллярной системе были выявлены нарушение проходимости бронхов на различных уровнях (18,75%).

---

---

**Выводы.** В остром периоде ишемического инсульта у 85,7% пациентов выявлены нарушения ритма преимущественно экстрасистолия вне зависимости от локализации патологического очага. Показатели внешнего дыхания изменяются у 76,2% больных и наиболее значимые изменения, нарушения проходимости бронхов на всех уровнях и изменения жизненной емкости бронхов, отмечены у пациентов с локализацией инсульта в правом полушарии головного мозга.

**ЛЕГКО ЛИ УСТАНОВИТЬ ИСТИННУЮ ПРИЧИНУ  
СМЕРТИ, ИЛИ ЧТО СКРЫВАЕТ СТАТИСТИКА  
(ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РОССИЙСКОГО  
ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЗОНАНС)**

**Никулина Н.Н.<sup>1</sup>, Якушин С.С.<sup>1</sup>, Бойцов С.А.<sup>2</sup>,  
Фурменко Г.И.<sup>3</sup>, Акинина С.А.<sup>4</sup>**

*Россия, г. Рязань, Рязанский государственный медицинский  
университет им. И.П. Павлова<sup>1</sup>*

*Россия, г. Москва, Российский кардиологический научно-  
производственный комплекс<sup>2</sup>*

*Россия, г. Воронеж, Воронежская государственная медицинская  
академия<sup>3</sup>*

*Россия, г. Ханты-Мансийск, Клиническая больница г. Ханты-  
Мансийска<sup>4</sup>*

**Актуальность:** в настоящее время в Российской Федерации налицо ряд противоречий в имеющейся статистической информации о распространенности ИБС и смертности от ИБС, а медико-социальная значимость данного заболевания требует адекватного отражения сложившейся ситуации.

**Цель:** уточнить и проанализировать смертность от острых и хронических форм ИБС.

**Материал и методы:** среди населения 285'736 человек последовательно регистрировались все случаи смерти за 6 меся-

---

цев (в Воронеже) или 12 месяцев (в Ханты-Мансийске, Рязани). В каждом случае первоначальная причина смерти уточнялась на основании первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), протоколов вскрытий, информации, полученной от врача скорой медицинской помощи и родственников умершего.

**Результаты:** на основании анализа медицинских свидетельств о смерти, смертность от ИБС составила 325, 45 случаев на 100'000 в год (49,6% мужчин). Средний возраст мужчин на момент смерти – 67,00 (95% ДИ 40,48–93,50) лет, женщин 78,99 (58,59–99,39) лет. В стационаре регистрируется только 9,0% от всех случаев смерти по причине ИБС. Официальная смертность от острых форм ИБС оставила 67,36 на 100 000 в год (60,98% мужчин), из них аутопсия проведена в 72,36%. Официальная смертность от хронической ИБС – 257,74 на 100'000 в год (46,79% мужчин), и них аутопсия выполнена в 29,52%.

По результатам углубленного анализа уточненная причина смерти превысила официально зарегистрированную у мужчин как минимум в 2,13 раза, составив 198,65 на 100'000 мужского населения, у женщин – как минимум в 2,28 раза, оставив 110,95 на 100'000 женского населения. Уточнение причин смерти привело к увеличению показателей смертности от острых форм ИБС на догоспитальном этапе с 70,67% до 87,98% у мужчин и с 39,58% до 76,68% у женщин.

В 81,0% установленных нами случаев смерти от острой ИБС официальной причиной была хронической ИБС, в 5,03% случаев – заболевание, не относящееся к болезням системы кровообращения. В 92,03% случаев острая ИБС не была зарегистрированы по субъективным причинам: в 49,01% из-за недостаточного сбора информации, в 43,02% – код причины смерти не соответствовал заключению клинициста или патолого-анатомическому диагнозу. Только в 8% случаев причину невыявленной острой ИБС можно условно считать объективной, т.к. ограничения возможностей морфологического исследования не позволили подтвердить острый характер смерти.

---

---

**Заключение:** Недостаточно качественный сбор информации о симптомах, предшествовавших смерти, существенно искажает структуру смертности от ИБС в сторону увеличения смертности от хронических форм ИБС и недооценки смертности от острых форм ИБС.

Низкая частота аутопсий значительно ограничивает выявление истинной причины смерти, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, которые вносят основной вклад в формирование смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Трудности установления причины смерти без выполнения аутопсии обусловлены сочетанием нескольких заболеваний, атипичной клинической картиной и наличием энцефалопатии в старших возрастных группах. Наконец, в 9 из 10 случаев смерти имеют место неспецифические симптомы: боли в груди, одышка, выраженная слабость, – обусловленные процессами танатогенеза, но которые ошибочно могут приниматься за признаки сердечно-сосудистой причины смерти.

**ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ**

**Нилова С.А.**

*ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, г. Тверь, Россия*

**Цель исследования:** изучить особенности гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) с различным уровнем потребления поваренной соли (ПС).

**Материал и методы.** Обследованы 260 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с АГ (мужчин – 148 и женщин – 112, средний возраст  $57 \pm 4$  г.). У них изучалась суточная

---

---

экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. На основании СЭИНМ больные были разделены на 3 группы: низкая СЭИНМ ( $152 \pm 8,0$  Мм/сут) имела у 22% (57) больных, средняя ( $210 \pm 8,5$  Мм/сут) у 24% (63) и высокая ( $274 \pm 8,7$  Мм/сут) у 54% (140). При пересчете на ПС оказалось, что больные потребляли в среднем соответственно 9, 12 и 16 г. В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я – лица с низкой СЭИНМ, 2-я – с высокой.

**Результаты.** При первом измерении АД оказалось, что у больных 1-й группы систолическое АД составило  $146 \pm 5,0$  мм рт. ст., диастолическое –  $86 \pm 4,0$  мм рт.ст., тогда как у 2-й –  $168 \pm 4,4$  и  $98 \pm 5,0$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). При проведении СМАД установлено, что в процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в группе больных с низкой СЭИНМ ( $p < 0,05$ ). Напротив, доля недипперов среди лиц с высокой СЭИНМ почти в 3-и раза была выше, чем среди больных с низкой ( $p < 0,05$ ). При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе, тогда как найт-пикеры только во 2-й. По данным ЭхоКГ исследования: масса миокарда левого желудочка (ЛЖ) ( $p < 0,05$ ), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ были также существенно больше у больных с высокой СЭИНМ. Фракция выброса у больных 2-й группы была достоверно меньше, чем у 1-й ( $p < 0,05$ ). Практически у всех больных 2-й группы имела диастолическая дисфункция ЛЖ.

**Вывод.** У больных ПИКС с АГ с увеличением потребляемой ПС наблюдается повышение цифр АД, как днем, так и ночью. Выявление у больных ПИКС с АГ изменения суточного индекса (недипперы, найт-пикеры) позволяет считать, что в основе заболевания у этой группы больных лежит гиперволемиа индуцированная повышенным потреблением  $\text{Na}^+$ . Полученные данные фактически свидетельствуют, что повышенное потребление ПС способствует прогрессированию коморбидной патологии.

---

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА  
АСТРАХАНСКОГО ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО  
ЗАВОДА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН КРОВИ  
У РАБОТНИКОВ**

**Новакова А.И., Белолопенко И.А.**

*Россия, г. Астрахань, ГОУ ВПО Астраханская государственная  
медицинская академия*

В настоящее время доля сердечно-сосудистых заболеваний в структуре общей смертности населения нашей страны составляет 56,5%, причем около половины приходится на ИБС. Одним из определяющих факторов развития данной группы заболеваний является атеросклероз.

**Цель:** изучить длительное влияние неблагоприятных факторов при добыче и переработки природного газа на липидный спектр (ЛС) сыворотки крови у работников Астраханского газоперерабатывающего завода (АГПЗ).

**Материалы и методы.** Проанализированы данные ЛС крови 120 мужчин в возрасте от 35 до 50 лет и от 51 до 65 лет. Определяли общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицериды (ТГ), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА). Учитывался стаж работы (менее 15 и свыше 15 лет).

**Результаты.** В ходе исследования были получены следующие данные: в подгруппе работников в возрасте от 35 до 50 лет и со стажем работы менее 15 лет – ОХС –  $5,35 \pm 0,08$  ммоль/л, ЛПВП –  $1,32 \pm 0,04$  ммоль/л, ЛПНП –  $3,11 \pm 0,03$  ммоль/л, КА –  $3,1 \pm 0,2$  ед,  $\beta$  ЛП –  $48,23 \pm 3,38$ , ТГ –  $2,06 \pm 0,12$  ммоль/л, ХС ЛПОНП –  $0,93 \pm 0,05$  ммоль/л; в подгруппе работников в возрасте от 35 до 50 лет и со стажем работы более 15 лет – ОХС –  $6,5 \pm 0,12$  ммоль/л, ЛПВП –  $1,43 \pm 0,04$  ммоль/л, ЛПНП –  $4,26 \pm 0,11$  ммоль/л, КА –  $3,59 \pm 0,05$  ед,  $\beta$  ЛП –  $56,4 \pm 3,6$ , ТГ –

---

1,92±0,09 ммоль/л, ХС ЛПОНП – 0,79±0,03 ммоль/л; в подгруппе работников в возрасте от 51 до 65 лет и со стажем работы менее 15 лет – ОХС – 5,7±0,06 ммоль/л, ЛПВП – 1,4±0,04 ммоль/л, ЛПНП – 3,73±0,02 ммоль/л, КА – 3,29±0,05 ед, β ЛП – 47,2±2,1, ТГ – 1,58±0,03 ммоль/л, ХС ЛПОНП – 0,65±0,09 ммоль/л; в подгруппе работников в возрасте от 51 до 65 лет и со стажем работы более 15 лет – ОХС – 6,5±0,12 ммоль/л, ЛПВП – 1,43±0,04 ммоль/л, ЛПНП – 4,26±0,11 ммоль/л, КА – 3,59±0,05 ед, β ЛП – 56,4±3,6, ТГ – 1,92±0,09 ммоль/л, ХС ЛПОНП – 0,79±0,03 ммоль/л.

У рабочих со стажем работы менее 15 лет отмечается повышение уровня ОХС в крови, связанное с увеличением возраста. У лиц в возрасте 35–50 лет, при стаже более 15 лет – повышение уровней ОХС, ЛПНП, КА и β-ЛП. Нет существенных различий средних концентраций данных показателей в старшей возрастной подгруппе относительно младшей при трудовом стаже более 15 лет. Продолжительная работа на заводе приводит к снижению динамики естественного (с увеличением календарного возраста) подъема в крови концентрации липидов от “начального” уровня. При рассмотрении среднего уровня ХС ЛПВП в разных возрастных группах можно отметить подъем концентрации у работников со стажем работы более 15 лет (на 0,15 ммоль/л (5,6%)). Средняя концентрация ТГ и ХС ЛПОНП в крови уменьшалась с увеличением возраста обследованных, и стажа их работы во вредных условиях. Обращает на себя внимание отсутствие у работников характерного для популяции “возрастного” подъема концентрации этих липидов.

Таким образом, в результате длительной работы на заводе липидный обмен у молодых сотрудников, судя по липидограмме, приобретает черты жирового обмена, характерные для людей более старшего возраста. Все это может приводить к ускорению развития атеросклеротических процессов. Кроме химических на липидный обмен могут оказывать влияние и другие факторы, имеющиеся на заводе: шум, вибрация, электромагнитные излучения, нагревающий микроклимат, психо-эмоциональное напряжение работников, связанное с

---

---

повышенной взрыво-пожароопасностью, и непрерывный технологический процесс. Каждый из перечисленных факторов в отдельности способен вызывать как нарушения липидного обмена атерогенной направленности, так и другие биохимические сдвиги в организме, которые ускоряют развитие атеросклероза у работающих.

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
И ВЛИЯНИЯ НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ  
КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ  
СИНДРОМОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ**

**Олейников В.Э., Матросова И.Б., Елисеева И.В., Гусаковская  
Л.И., Герасимова А.С.**

*Россия, г. Пенза, Медицинский Институт ПГУ*

**Актуальность:** Объединение в кластеры маркёров инсулинорезистентности (ИР) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) является предиктором развития СД 2 типа, коронарной заболеваемости и смертности. ИР – лежит в основе патогенеза самого МС и формирования АГ при данном состоянии. В связи с этим выбор антигипертензивного препарата, способного не только эффективно нормализовать уровень АД, но и повышать чувствительность к инсулину у больных МС является весьма актуальным.

**Цель:** оценка клинической эффективности и влияния на ИР карветренда (Pliva) в виде монотерапии и совместно с коринфаром уно или в комбинации с форминном (Pliva) у больных метаболическим синдромом (МС) и АГ 1–2 степени.

**Материалы и методы исследования:** всего обследовано 62 пациента с МС: 28 мужчин (45%) и 34 женщины (55%) в возрасте от 32 до 61 лет (средний возраст  $50,87 \pm 8,61$  лет). Все лица были разделены на 2 группы: 1-ая группа (n=36, 13 мужчин – 36%

---

и 23 женщины – 64%, средний возраст  $49,85 \pm 9,35$  лет) включала больных, имевших 3 признака МС, во 2-ую группу ( $n=26$ , 15 мужчин – 60% и 11 женщин – 40%, средний возраст  $52,82 \pm 7,22$  лет) распределяли пациентов с 4-я и более признаками МС. Включение больных в исследование осуществляли согласно критериям МС установленным ВНОК, 2007. Офисное АД в первой группе составило  $148,8 \pm 11,7$  и  $97,2 \pm 5,1$  мм рт.ст.; ИМТ –  $31,8 \pm 4,7$  кг/м<sup>2</sup>, окружность талии –  $102,69 \pm 9,96$  см. Во второй группе указанные показатели были соответственно:  $151,2 \pm 10,1$  и  $97,0 \pm 5,2$  мм рт.ст.;  $33,88 \pm 5,22$  кг/м<sup>2</sup>,  $108,91 \pm 9,10$  см. ИР оценивалась по уровню иммунореактивного инсулина натощак и НОМА-IR ([инсулин натощак (мкЕд/мл)\*глюкоза натощак в цельной капиллярной крови (ммоль/л)]/ 22,5). Все больные получали карветренд  $12,5$ – $37,5$  мг/сут. При недостаточном антигипертензивном эффекте монотерапии добавляли коринфар уно (AWD pharma)  $20$ – $40$  мг/сут. Пациентам 2-й группы назначался формин  $850$  мг/сут. Длительность лечения составила 16 недель.

**Результаты:** Через 16 недель лечения отмечалось достоверное снижение офисного АД на  $14,9\%$  и  $18,2\%$  (до  $126,7 \pm 5,9$  и  $79,5 \pm 5,0$  мм рт.ст.;  $p < 0,01$ ) в 1-й группе; на  $16,2\%$  и  $15,5\%$  (до  $126,7 \pm 4,5$  и  $82,0 \pm 3,2$  мм рт.ст.;  $p < 0,01$ ) во 2-й группе. Наряду с положительной динамикой АД, у больных МС наблюдалось статистически значимое улучшение практически всех показателей ИР. До лечения в 1-ой и 2-ой группах: уровень гликемии натощак в цельной капиллярной крови  $5,46 \pm 0,7$  и  $6,57 \pm 0,9$  ммоль/л, инсулинемия натощак –  $24,16 \pm 8,3$  и  $27,0 \pm 16,8$  мМЕ/мл, НОМА-IR –  $5,95 \pm 2,4$  и  $7,9 \pm 4,9$ . Через 16 недель терапии в 1-й группе гликемия натощак в цельной капиллярной крови снизилась на  $2,2\%$  (до  $5,34 \pm 0,6$  ммоль/л;  $p = 0,18$ ), инсулинемия натощак на  $23,5\%$  (до  $18,49 \pm 9,7$  мМЕ/мл;  $p < 0,01$ ), НОМА-IR на  $25,4\%$  (до  $4,44 \pm 2,6$ ;  $p < 0,01$ ); во 2-й группе гликемия натощак в цельной капиллярной крови уменьшилась на  $11,6\%$  (до  $5,81 \pm 0,7$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ), инсулинемия натощак на  $36\%$  (до  $17,29 \pm 10,5$  мМЕ/мл;  $p < 0,05$ ), НОМА-IR на  $43,4\%$  (до  $4,47 \pm 2,8$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** препарат карветренд эффективно снижает офисное АД в виде монотерапии и в комбинации с коринфаром уно.

---

---

Лечение карветрендом отдельно и в сочетании с метформином оказывает достоверное положительное влияние на ИР у больных МС. Использование карветренда даже без сопутствующей коррекции нарушений углеводного обмена, снижает степень выраженности ИР и повышает чувствительность к инсулину, что является важным в коррекции основного звена патогенеза метаболического синдрома. Добавление к гипотензивным препаратам метформина у пациентов МС способствует достоверному улучшению углеводного обмена.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ  
ЭГИЛОКА РЕТАРД И ЭНАЛАПРИЛА  
НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ**

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

*Россия, г. Пенза, Медицинский институт ПГУ*

**Актуальность:** современные антигипертензивные препараты группы бета-блокаторов (ББ) и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) обеспечивают не только адекватный контроль уровня АД, но и оказывают кардиопротективный эффект, уменьшая степень ремоделирования ЛЖ.

**Цель:** оценить динамику морфофункциональных показателей левого желудочка (ЛЖ) по данным эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у пациентов с АГ 1-2 степени на фоне терапии эгилоком ретард и эналаприлом.

**Материалы и методы:** обследовано 70 пациентов с артериальной гипертонией 1–2 степени в возрасте  $51,8 \pm 8,9$  лет. Средняя продолжительность заболевания  $9,3 \pm 6,5$  лет. Структуру и сократительную функцию левого желудочка, состояние внутрисердечной гемодинамики изучали методом ЭхоКГ

---

с доплеровским анализом трансмитрального кровотока на эхокардиографе “MyLab 90” (Esaote, Италия). Среднесуточное артериальное давление определялось методом суточного мониторинга артериального давления на аппарате МнСДП-2 ВРLab (“Петр Телегин”). Статистическая обработка выполнена с использованием пакета программ Statistica 6.

**Результаты:** после проведенного обследования все пациенты были разделены на 2 группы методом случайной выборки: первая группа включала 38 человек (16 мужчин и 22 женщины), получавших эгилок ретард в дозе 100-200 мг/сут; вторая группа состояла из 32 человек (14 мужчин и 18 женщин), принимавших эналаприл в дозе 10-40 мг/сут. При оценке состояния диастолической функции в группе эгилока диастолическая дисфункция по гипертрофическому типу встречалась у 53% больных, в группе эналаприла – 68,2%. Спустя 24 недели антигипертензивной терапии оценивали динамику эхокардиографических показателей ЛЖ.

При сопоставлении структурно-функциональных показателей миокарда ЛЖ в первой группе отмечалось достоверное уменьшение ММЛЖ на 16,9% ( $p < 0,01$ ), ИММЛЖ на 4,8% ( $p < 0,01$ ), КДР снизился на 2% ( $p = 0,02$ ), толщина МЖП на 8,6% ( $p < 0,01$ ). Увеличился УО на 15,5% ( $p = 0,03$ ). При исследовании диастолической функции миокарда было выявлено достоверное увеличение отношения максимальной скорости потока в фазу раннего наполнения ( $V_e$ ) к максимальной скорости потока в фазу активного наполнения ( $V_a$ ) на 12,7% ( $p = 0,02$ ). Время изоволюмического расслабления увеличилось на 13,8% ( $p = 0,02$ ).

В группе эналаприла произошло достоверное снижение ИММЛЖ на 12% ( $p < 0,01$ ) и прирост ФВ на 13,4% ( $p = 0,04$ ). Достоверной динамики показателя  $V_e/V_a$  у пациентов, получавших эналаприл, не наблюдалось.

**Выводы:** на фоне терапии эгилоком ретард кардиопротективный эффект выражался в достоверном улучшении структурно-функциональных показателей миокарда ЛЖ. При лечении эналаприлом произошло более выраженное сниже-

---

---

ние ИММЛЖ, а также достоверный прирост ФВ, отражающей сократительную функцию ЛЖ.

Среди больных артериальной гипертонией ведущее место занимает нарушение диастолической функции по гипертрофическому типу. На фоне лечения эгилоком ретард произошло достоверное увеличение отношения  $V_e/V_a$ . Эналаприл не оказывал достоверного влияния на состояние диастолической функции.

**РОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ  
В ДИАГНОСТИКЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

**Осипова И.В., Антропова О.Н., Пырикова Н.В.**

*Алтайский государственный медицинский университет,*

*г. Барнаул, Россия;*

*НУЗ ОКБ ст. Барнаул, г. Барнаул, Россия*

Повышенная частота сердечных сокращений (ЧСС) должна учитываться как один из факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так как ассоциируется с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью, повышает риск развития артериальной гипертонии (АГ) и часто сочетается с метаболическим синдромом, что наиболее актуально для лиц стрессовой профессии. Взаимосвязь между ЧСС и показателем смертности была обнаружена даже среди молодых людей группы низкого риска.

**Целью исследования** было установить диагностическое значение ЧСС для выявления стресс-индуцированной артериальной гипертонии (СИАГ) у лиц, работа которых предъявляет высокие психоэмоциональные требования (машинистов и помощников машинистов локомотивов).

**Материалы и методы.** В исследование были включены 150 мужчин, средний возраст  $41,2 \pm 1,3$  лет, работа которых

---

---

связана с воздействием стрессовых факторов (профессия машиниста и помощника машиниста локомотивной бригады). Диагностика СИАГ проводилась по общепринятым критериям (среднее артериальное давление (АД) в рабочие часы  $\geq 135/85$  мм рт.ст., разница между средними значениями АД в рабочие часы и выходной день  $\geq 8/5$  мм рт.ст.) с помощью мониторинга АД в рабочие часы и часы отдыха на аппарате для автоматического измерения АД (модель UA-787, A&D Company, Уран). С использованием этого аппарата осуществлялось и мониторинг ЧСС в рабочие часы и часы отдыха.

Результаты и выводы. СИАГ была выявлена у 36,0% пациентов, которые составили 1-ю группу; у 18,7% диагностирована АГ, они составили 2-ю группу; а 3-ю группу – 45,3% человек с нормальными цифрами АД. В 1-й группе по результатам мониторинга ЧСС в рабочие часы (ЧСС р.ч.) была выше на 6 уд/мин (7,5%) ( $p < 0,001$ ), чем ЧСС в часы отдыха (ЧСС ч.о.). У пациентов со СИАГ и АГ во время нахождения в рейсе аритмия наблюдалась чаще, по сравнению со здоровыми мужчинами, на 58,6% ( $p < 0,001$ ) и на 56,1% ( $p < 0,001$ ) соответственно. В часы отдыха у работников локомотивных бригад 1-й группы, относительно лиц 3-й группы, аритмия встречалась чаще на 20,4% ( $p < 0,01$ ), а во 2-й группе – чаще на 17,6% ( $p < 0,05$ ), чем в 3-й группе. Среди больных СИАГ аритмия в рабочие часы регистрировалась чаще, чем в часы отдыха, на 42,6% ( $p < 0,001$ ), а среди пациентов с АГ – чаще на 42,9% ( $p < 0,01$ ). В 1-й группе, в сравнении с 3-й группой, ЧСС более 80 уд/мин выявлялась чаще на 22,3% ( $p < 0,05$ ), а ЧСС менее 70 уд/мин – реже на 20,1% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, только у пациентов со СИАГ ЧСС в рабочие часы была больше, чем в часы отдыха. У больных АГ, аналогично больным СИАГ, в рабочие часы более часто имело место нарушение сердечного ритма, более того аритмия у этих пациентов регистрировалась и в часы отдыха, в то время как среди здоровых лиц подобные изменения не выявлены. Помимо этого, у работников локомотивных бригад со СИАГ на рабочем месте чаще регистрировалась тахикардия, что свидетельству-

---

---

ет о повышенной реактивности симпатической нервной системы, а также неблагоприятном прогнозе развития сердечно-сосудистых осложнений.

**ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
НАГРУЗОК НА АРТЕРИАЛЬНОЕ  
ДАВЛЕНИЕ ОПЕРАТОРОВ**

**Осипова И.В., Антропова О.Н., Пырикова Н.В.**

*Алтайский государственный медицинский университет, г.*

*Барнаул, Россия;*

*НУЗ ОКБ ст. Барнаул, г. Барнаул, Россия*

В последнее время все чаще встречается повышение артериального давления (АД) только в рабочее время у лиц молодого возраста, преимущественно мужчин, чей труд связан с воздействием стрессовых факторов. А поскольку именно АД на рабочем месте в большей степени коррелирует с поражением органов-мишеней, контроль данного показателя очень важен при диагностике и оценке эффективности лечения артериальной гипертонии (АГ).

**Целью исследования** было выявить изменения гемодинамических показателей у лиц стрессовой профессии (машинистов и помощников машинистов локомотивов) во время рабочей нагрузки с использованием метода мониторинга АД.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 150 мужчин, средний возраст  $41,2 \pm 1,3$  лет, работа которых связана с воздействием стрессовых факторов (профессия машиниста и помощника машиниста локомотивной бригады). Всем пациентам было проведено мониторинг АД в рабочие часы и часы отдыха на аппарате для автоматического измерения АД (модель UA-787, A&D Company, Япония). В зависимости от полученных данных диагностировалась стресс-индуцированная АГ (СИАГ) (среднее АД в рабочие часы  $\geq 135/85$  мм рт.ст., раз-

---

ница между средними значениями АД в рабочие часы и выходной день  $\geq 8/5$  мм рт.ст.) или эссенциальная АГ (среднее АД  $\geq 135/85$  мм рт.ст, разница между средними значениями АД в рабочие часы и выходной день  $< 8/5$  мм рт.ст).

**Результаты и выводы.** СИАГ была выявлена у 36,0% пациентов, которые составили 1-ю группу; у 18,7% диагностирована ЭАГ, они составили 2-ю группу; а 3-ю группу – 45,3% человек с нормальными цифрами АД. У работников подвижного состава всех исследуемых групп во время управления локомотивом происходил постепенный подъем систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) с 4-го часа пребывания в рейсе, и к концу рабочей смены отмечались наибольшие цифры АД. У здоровых лиц к 11-му часу пребывания в пути регистрировалось снижение САД и ДАД, а к 12-му часу эти показатели практически достигали исходных. У пациентов со СИАГ и ЭАГ также отмечалось снижение САД и ДАД к 12-му часу пребывания в рейсе, но оно было менее выраженным, чем у здоровых лиц, и АД оставалось повышенным фактически до конца поездки. Максимальные цифры САД у больных СИАГ регистрировались через  $10,2 \pm 1,4$  часов пребывания в рейсе, у больных ЭАГ – через  $8,5 \pm 3,2$  часов, а у здоровых мужчин – через  $9,5 \pm 2,3$  часов поездки, так что у пациентов 2-ой группы максимальный подъем САД наступал раньше на 1,7 часа ( $p=0,001$ ), чем у работников локомотивных бригад 1-ой группы. У больных СИАГ максимума ДАД достигало через  $10,2 \pm 0,8$  часов, а у больных ЭАГ – через  $9,8 \pm 1,2$  часов рейса, что больше, чем у здоровых лиц, соответственно на 1,2 часа ( $p=0,001$ ) и на 0,8 часа ( $p<0,001$ ), поскольку у последних максимальное ДАД регистрировалось через  $9,0 \pm 1,0$  часов поездки.

Таким образом, для оценки максимальных значений АД во время работы, следует проводить его измерение через 9–10 часов от начала поездки. Через каждые 4 часа пребывания в рейсе работнику локомотивной бригады необходим отдых, а гипотензивная терапия должна назначаться по схеме, предполагающей максимальную концентрацию препарата в крови на 9-й час поездки.

---

---

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ  
СИСТЕМЫ ПРЕДРЕЙСОВОГО ОСМОТРА  
ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

**Осипова И.В., Антропова О.Н., Пырикова Н.В.**

*Алтайский государственный медицинский университет, г.*

*Барнаул, Россия;*

*НУЗ ОКБ ст. Барнаул, г. Барнаул, Россия*

Проблема стресс-индуцированной артериальной гипертонии (СИАГ) актуальна для широкого ряда профессий, связанных с высокими психоэмоциональными нагрузками. Наряду с этим остается не решенным вопрос ранней диагностики этого заболевания, поскольку бессимптомное, “маскированное” течение СИАГ сочетается с более высокой частотой поражения органов-мишеней и более высоким сердечно-сосудистым риском, который сопоставим с таковым у больных эссенциальной артериальной гипертонией (ЭАГ).

**Целью исследования** было установить диагностическое значение автоматизированной системы предрейсового осмотра (АСПО) для раннего выявления СИАГ.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 150 мужчин, средний возраст  $41,2 \pm 1,3$  лет, работа которых связана с воздействием стрессовых факторов (профессия машиниста и помощника машиниста локомотивной бригады). Диагностика СИАГ проводилась по общепринятым критериям (среднее АД в рабочие часы  $\geq 135/85$  мм рт.ст., разница между средними значениями АД в рабочие часы и выходной день  $\geq 8/5$  мм рт.ст.) с помощью мониторинга АД в рабочие часы и часы отдыха на аппарате для автоматического измерения АД (модель UA-787, A&D Company, Yaman). Использовались данные АСПО – измерение АД и оценка психофизиологического состояния перед каждым выходом в рейс работника локомотивной бригады.

---

---

**Результаты и выводы.** СИАГ была выявлена у 36,0% пациентов, которые составили 1-ю группу; у 18,7% диагностирована ЭАГ, они составили 2-ю группу; а 3-ю группу – 45,3% человек с нормальными цифрами АД. У больных 1-ой и 2-ой групп, по сравнению со здоровыми лицами, предрейсовое систолическое АД (САД) было выше в среднем на 5,2 мм рт.ст. ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ), а предрейсовое диастолическое АД (ДАД) – выше на 5,9 мм рт.ст. ( $p<0,001$ ) и на 3,8 мм рт.ст. ( $p<0,05$ ) соответственно. В 1-ой и 2-ой группах, по сравнению с 3-ей группой, пациенты, у которых регистрировался подъем САД  $\geq 135$  мм рт.ст. и/или ДАД  $\geq 85$  мм рт.ст. во время измерения АСПО, встречались чаще в среднем в 1,6 раза ( $p<0,05$ ;  $p<0,001$ ). Повышение только ДАД  $\geq 85$  мм рт.ст. (диастолическая гипертензия) более 7 раз в месяц у больных СИАГ и АГ наблюдалось чаще в два раза ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ), чем у здоровых лиц, а повышение САД  $\geq 135$  мм рт.ст. и ДАД  $\geq 85$  мм рт.ст. одновременно (систо-диастолическая гипертензия) более 7 раз в месяц в первых двух группах отмечалась чаще в пять раз ( $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ), по сравнению с 3-ей группой. Такой показатель психофизиологического состояния, как системная динамическая реакция (SDR) у пациентов со СИАГ был выше, по сравнению со здоровыми лицами на 20,2 усл.ед. ( $p<0,05$ ) и приближался к адаптивной реакции, что свидетельствует о преобладании процессов возбуждения, тенденции к усилению тяжести имеющихся затруднений и конфликтов, агрессивности и эгоцентричности.

Таким образом, у больных СИАГ и ЭАГ, в сравнении со здоровыми мужчинами, были выше предрейсовые показатели АД и чаще регистрировались эпизоды диастолической или систоло-диастолической гипертензии. АСПО позволяет выделить среди работников стрессовых профессий группу риска по развитию АГ для дальнейшего обследования и раннего выявления нарушений гемодинамики. Для прогнозирования СИАГ (в отличие от АГ и здоровых лиц) необходимо обращать внимание на повышение показателя SDR при прохождении предрейсового осмотра посредством АСПО.

---

---

**ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА  
И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ  
У БОЛЬНЫХ С ХСН**

**Осипова И.В., Соболева А.Б., Воробьев Р.И.**

*Россия, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский  
университет*

**Цель работы:** выявить причины, влияющие на степень эндотелиальной дисфункции и электрическую нестабильность миокарда у больных с ХСН.

**Материал и методы.** Обследовано 40 больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Причиной ХСН явились ИБС, ГБ или их сочетание. Средний возраст больных составил  $66,7 \pm 8,6$  лет. Больным проводилось общеклиническое обследование, 6-минутный тест ходьбы, ЭКГ, ЭХО-КГ. Электрическую нестабильность миокарда определяли с помощью прибора “КардиоВизор-06с”, являющегося компьютерным анализатором ЭКГ покоя (относится к новому поколению приборов для кардиоскрининга, основанных на технологии контроля низкоамплитудных колебаний ЭКГ-сигнала). В оценке данных использовали дисперсионные характеристики, которые при наличии патологических изменений выходят за пределы нормы. Чем больше площадь этих областей, тем больше отклонения от нормы. Величина площади оценивалась интегральным индикатором “миокард”. Индекс “миокард” (ИМ) измерялся в диапазоне от 0% до 100%, т.е. от полного отсутствия отклонений от нормы до патологического состояния с выраженными отклонениями во всех группах дисперсионных характеристик.

Проводили исследование липидов и липопротеидов сыворотки крови, определение дисфункции эндотелия по количеству десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в плазме (Hladovec J. 1978) с использованием микроскопа ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастного устройства КФ-4.

---

**Результаты исследования.** По результатам 6-минутного теста ходьбы пациентов отнесли ко II или III ФК сердечной недостаточности по NYHA. По классификации Василенко-Стражеско больных разделили на 3 группы в зависимости от стадии сердечной недостаточности (1, 2 А или 2 Б). У больных со II ФК ХСН индекс миокард (ИМ) составил  $24.4 \pm 0,08\%$ , а у пациентов с III ФК ХСН –  $27.5 \pm 0,07\%$ .

Количество десквамированных эндотелиоцитов при 2 ФК было больше, чем у больных с 3 ФК ( $6,4 \pm 0,02$  и  $5,8 \pm 0,04$  соответственно ( $p < 0,05$ )). У пациентов с I ст. ХСН ИМ составил  $22.8 \pm 0,03\%$ , количество ДЭ  $5,6 \pm 0,02$ , а у пациентов с более высокой стадией (IIА и IIБ) ИМ –  $35.3 \pm 0,3\%$ , количество ДЭ  $6,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

Давность заболевания так же повлияла на показатели ИМ и количество ДЭ. При длительности сердечно-сосудистого заболевания менее 10 лет – ИМ составил  $23,9 \pm 0,07\%$ , ДЭ –  $6,3 \pm 0,11$ , а более 10 лет ИМ –  $31,8 \pm 0,09$ , ДЭ  $7,1 \pm 0,07$  ( $p < 0,01$ ).

Наиболее высокая зависимость показателей ИМ и ДЭ выявлена от наличия или отсутствия у больных нарушений ритма (в группе с мерцательной аритмией ИМ составил  $30,8 \pm 1,6\%$ , ДЭ –  $6,8 \pm 0,2$ , в группе без нарушений ритма ИМ –  $16,4 \pm 0,9\%$ , ДЭ –  $6,2 \pm 0,1$  ( $p < 0,01$ )); а так же от наличия в анамнезе инфаркта миокарда (у больных с ПИКС среднее значение ИМ  $35,3 \pm 0,8\%$ , ДЭ –  $8,0 \pm 0,1$ ; у больных без инфаркта миокарда в анамнезе ИМ –  $23,1 \pm 0,7\%$ , ДЭ –  $5,5 \pm 0,06$  ( $p < 0,01$ )).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой зависимости у больных с ХСН показателя электрической нестабильности миокарда и количества десквамированных эндотелиоцитов от наличия в анамнезе инфаркта миокарда, нарушения ритма сердца, стадии ХСН и от давности заболевания и не зависит от функционального класса сердечной недостаточности.

---

**МЕТОДЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО  
АНАЛИЗА В ПРАКТИКЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАКУПОК  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Остапко М. И., Чернов Ю. Н., Батищева Г. А.**

*ВГМА им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия*

**Цель:** определить рациональность затрат на закупку лекарственных препаратов при оказании неотложной медицинской помощи при различных заболеваниях и оптимизировать процесс перераспределения финансовых средств в лечебном учреждении.

**Материалы и методы:** проведен фармакоэкономический анализ (ФЭА) закупок медикаментов за три месяца (декабрь, январь, февраль 2007 года) в негосударственном учреждении здравоохранения “Скорая медицинская помощь”. Методики ФЭА анализа включали: “ABC-VEN–анализ”, анализ “минимизации затрат”, для чего использовалась компьютерная программа созданная на кафедре клинической фармакологии Воронежской государственной медицинской академии.

**Результаты:** общая сумма затрат на лекарственные средства составила 159'337 руб., на которые было приобретено 62 препарата. В группу А вошло 12 препаратов на сумму 109'352 руб. что составило 70% от общей суммы закупок. В группу В вошло 16 препаратов на общую сумму 33'656 руб., что включало 20% расходов всех средств. Группа С была представлена 34 препаратами на сумму 16'329 руб., что составило 13% суммы затраченных средств. ФЭА позволил выделить наиболее затратные медикаменты, которые включали анальгетики (спазган, трамадол), психотропные средства (дроперидол, феназепам), миотропные спазмолитики (дротаверин), антигистаминные средства (супрастин), антиаритмические препараты (амиодарон), антиоксиданты (мексидол), нитраты (изомак-спрей), гипотензивные препараты (магния

---

сульфат). Для обоснования закупок медикаментов был выполнен VEN – анализ с распределением препаратов на 3 категории с анализом использования препаратов для лечения трех наиболее часто встречающихся заболеваний (гипертонический криз, нестабильная стенокардия и обострение хронического панкреатита). Это позволило выявить назначение препаратов с низкой эффективностью (рибоксин, папаверин, сульфокамфокаин) с последующим исключением их из закупок, что позволило сократить расходы лечебного учреждения на 4–10%.

**Выводы:** для рационального использования денежных средств, затрачиваемых ЛПУ на закупку медикаментов, необходимо исключить назначение препаратов с недоказанной эффективностью (рибоксин, сульфокамфокаин, папаверин). При этом денежные средства, сэкономленные на приобретении малоэффективных препаратов могут быть направлены на закупки медикаментов, необходимых для оказания скорой медицинской помощи в соответствии с существующими стандартами терапии.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ  
С НЕНОРМИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ  
ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ  
ИШЕМИИ МИОКАРДА**

**Охотин А. Н., Осипов М. А.**

*Россия, г. Таруса, МУЗ “Тарусская центральная районная  
больница”*

*Россия, г. Оренбург, Оренбургская Государственная  
Медицинская Академия*

**Цель.** Оценить диагностическую ценность эхокардиографии (ЭхоКГ) с ненормированной физической нагрузкой (НФН) для выявления преходящей ишемии миокарда.

---

---

**Задачи.** Изучить изменения локальной сократимости у больных с ИБС или подозрением на нее при ЭхоКГ с НФН. Сравнить результаты ЭхоКГ с НФН с результатами добутаминовой стресс-эхокардиографии (ДС-ЭхоКГ).

**Материалы и методы.** Обследовано 53 человека обоего пола с подозрением на наличие преходящей ишемии миокарда. В исследование включались больные с дискомфортом в груди при физической нагрузке, инфарктом миокарда в анамнезе. Из исследования исключались больные с патологией дыхательной системы или опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению физической нагрузки; больные с неудовлетворительной визуализацией при ЭхоКГ. Всем больным проводилась ЭхоКГ до и после НФН и ДС-ЭхоКГ. НФН состояла в приседаниях; в случае, если не достигалась субмаксимальная частота сердечных сокращений (ЧСС), НФН дополнялась бегом на месте. НФН прекращалась при достижении субмаксимальной ЧСС ( $0,85 \times [220 - \text{возраст}]$ ), при появлении дискомфорта в груди или усталости больного. ДС-ЭхоКГ проводилась по стандартному протоколу. Результаты ЭхоКГ с НФН и ДС-ЭхоКГ считались положительными, если после НФН или на фоне добутамина появлялись новые нарушения локальной сократимости (НЛС); отрицательными, если при достижении субмаксимальной ЧСС новых НЛС не возникало. Пробы считались незавершенными, если ЧСС не достигала субмаксимальной, и при этом не возникало новых НЛС.

**Результаты.** ЭхоКГ с НФН оказалась положительной в 19, отрицательна в 18, не завершена в 14 случаях; в 2 случаях проба была интерпретирована, как сомнительная. ДС-ЭхоКГ оказалась отрицательна в 25, положительна в 24, не завершена в 4 случаях. Среди тех 18 больных, у кого ЭхоКГ с НФН была отрицательна, ДС-ЭхоКГ была отрицательна у 16 (88,9%), положительна у 1 (5,6%), не завершена у 1 (5,6%). Среди тех 19 больных, у кого ЭхоКГ с НФН была положительна, ДС-ЭхоКГ оказалась положительна у всех 19 (100%). Среди тех 14 больных, у которых ЭхоКГ с НФН не была завершена, ДС-ЭхоКГ оказалась отрицательна у 8 (57,1%), положительна у 3 (21,4%),

---

---

не завершена у 3 (21,4%). Таким образом, ЭхоКГ с НФН информативна в 70% случаев, и если принять ДС-ЭхоКГ за эталон, специфичность ее составляет 100%, а чувствительность 94,4% (1 ложноотрицательная проба на 18 исследований). Если незавершенные пробы считать отрицательными, чувствительность падает до 87,5% (4 ложноотрицательных пробы на 32 исследования).

**Выводы.** Таким образом, ЭхоКГ с НФН — высокоспецифичный и достаточно чувствительный метод выявления преходящей ишемии миокарда, пригодный для применения в повседневной клинической практике.

### ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС НА РАЗВИТИЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Охотина Е.Н., Семагин А.П.

*Самарский областной клинический кардиологический диспансер,  
г. Самара, Россия*

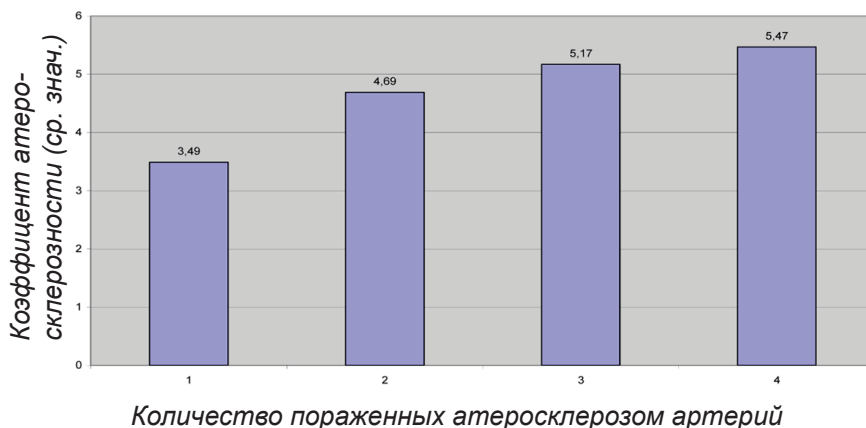
**Цель:** определить степень поражения коронарного русла в зависимости от выраженности дислипидемии и факторов риска атеросклероза.

**Методы исследования:** под наблюдением находилось 26 пациентов (24 мужчины и две женщины) с ИБС в возрасте от 36 до 61 года, которые были прооперированы по поводу ИБС. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование, биохимическое исследование, коронарография.

**Полученные результаты:** артериальная гипертензия сопутствовала в 69% (у 18 пациентов), из них артериальная гипертензия 2-й степени была у 50% (9 больных), и у 50% – 3-ей степени. Целевые уровни АД достигнуты у 88% (23 пациента). Сахарный диабет 2 типа, инсулинпотребный был у одного пациента и сопутствовал тяжёлому поражению коронарных артерий. Курильщики составили 61% (16 пациентов), из них курят

более пачки в день 31% (пятеро). Ожирение имелось у 11,5% (3-х пациентов), избыточная масса тела у 57,7% (15 больных). Диету по ограничению жиров в первую очередь животного происхождения соблюдало 8% (двое пациентов). Показатели липидного профиля были нарушены у 96%. Гиперхолестеринемия была у 57,7% (15 пациентов), гипертриглицеридемия – у 30% (у восьмерых), коэффициент атерогенности повышен у 53,8% (у 14). Терапию статинами ранее регулярно получали 30% (восемь человек). У всех пациентов помимо коронарного атеросклероза имелось и атеросклеротическое поражение аорты, у 38% (у 10-ти) были поражения артерий нижних конечностей или артерий головного мозга. По данным коронарографии однососудистое поражение было у 11,5%(у троих), двухсосудистое – у 30,7%(8 пациентов), трёхсосудистое – у 50%(у 13-ти), четырёхсосудистое – у 7,7%(у двоих). Столбиковая диаграмма отображает взаимосвязь коронарного атеросклероза от коэффициента атерогенности.

*Зависимость распространенности коронарного атеросклероза от коэффициента атерогенности*



**Выводы:** 1. В субпопуляции больных ИБС существует прямая взаимосвязь между факторами риска атеросклероза и вы-

---

раженностью атеросклероза коронарных артерий. У всех пациентов в группе было 3 и более факторов риска атеросклероза.

2. Целевые уровни холестерина и его производных не были достигнуты в большинстве случаев на догоспитальном этапе.

3. Количество поражённых атеросклерозом артерий имеет прямую зависимость от коэффициента атерогенности.

## ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Очкуренко В.С., Семёнова А.А., Мадянов И.В.

*Россия, г. Чебоксары, ГОУ “Институт усовершенствования  
врачей”*

**Цель исследования:** изучить особенности эректильной функции у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материалы и методы:** для оценки распространённости и степени выраженности эректильной дисфункции обследовано 30 пациентов с острым инфарктом миокарда в возрасте от 32 до 67 лет (средний возраст  $54,8 \pm 1,57$  года) и 30 мужчин с постинфарктным кардиосклерозом (давностью острого инфаркта миокарда 3–4 месяца) в возрасте от 41 до 64 лет (средний возраст  $52,9 \pm 0,9$  года). Критериями включения в исследование явились: возраст от 30 лет до 65 лет, документированное ССЗ, наличие половой партнёрши и доброжелательные отношения с ней, информированное согласие пациента на обследование. Критериями исключения явились операции на органах малого таза и мошонки в анамнезе, наличие сахарного диабета, анатомических изменений наружных половых органов, опухолей гипофиза и половых органов, генетических заболеваний, приём гормональных препаратов до поступления в стационар. Эректильную функцию оценивали посредством анкеты МИЭФ (Международный индекс эректильной функции). Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин в возраст-

---

---

те от 32 до 66 (средний возраст  $53,1 \pm 2,1$ ). У больных оценка сексуальной функции проводилась ретроспективно на период времени, охватывающий последние 6 месяцев до развития острого инфаркта миокарда. Значения показателей представлены посредством медианы (Me) и доверительного интервала 95% (ДИ). При сравнительном анализе использовали критерий Манна – Уитни.

**Результаты:** нарушение эректильной функции в контрольной группе у лиц без соматической патологии выявлено у 20% мужчин, средний балл по шкале МИЭФ составил Me – 28, ДИ: 23,1–29. Сравнительный анализ показал, что из 30 больных с острым инфарктом миокарда у 18(60%) выявлена эректильная дисфункция, в том числе в 8(44,4%) случаев – лёгкая, в 4 (22,2%) случаев – средней тяжести и в 6(33,3%) случаев – тяжёлая. Балл по шкале МИЭФ достоверно уступал соответствующему показателю в контрольной группе ( Me – 21, ДИ: 15,4–22,5 против Me – 28, ДИ: 23,1–29;  $p < 0,0001$ ).

Из 30 больных с постинфарктным кардиосклерозом эректильная дисфункция выявлена у 19(63,3%) пациентов, в том числе лёгкой степени – у 6(31,6%) пациентов, средней – у 7(36,8%) и тяжёлой – у 6(31,6%). Балл по шкале МИЭФ в этой группе достоверно уступал соответствующему показателю в контрольной группе ( Me – 20, ДИ: 16–22,2 против Me – 28, ДИ: 23,1–29;  $p < 0,0001$ ).

**Выводы:** эректильная дисфункция у мужчин с ИБС встречается в 3 раза чаще, чем в популяции.

---

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ  
РИСКА И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРОФЕССИЙ**

**Петров Д.В., Аксенфельд Р.Г., Павлючков А.П.**

*Россия, г. Ярославль, Ярославская государственная медицинская  
академия*

Лица водительских профессий в силу наличия множества прогипертонических факторов в их профессиональной деятельности относятся к группе повышенного риска по гипертонической болезни (ГБ). К этим факторам относят, прежде всего, повышенный уровень психо-эмоциональной нагрузки, шум, вибрацию, гиподинамию, монотонию, работа в ночные смены и др. Высокая заболеваемость ГБ у этих лиц делает крайне актуальной вопросы первичной профилактики, для чего необходима тщательное изучение распространенности основных факторов риска по ГБ и их значимости в развитии заболевания.

**Цель исследования:** изучить распространенность основных факторов риска, предшествующих развитию ГБ у лиц водительских профессий.

**Материалы и методы:** обследовано 468 больных ГБ и проанализирована медицинская документация 298 больных ГБ. Все лица были мужского пола и работали водителями в системе транспорта. Изучались следующие показатели до развития ГБ: курение, индекс массы тела (ИМТ), уровень и характер употребления алкоголя, наличие артериальной гипертензии у родителей, наличие признаков повышенной нагрузки на левый желудочек или гипертрофии миокарда левого желудочка на ЭКГ, уровень общего холестерина, наличие и характер повышения артериального давления до установления диагноза ГБ, возраст и стаж работы водителем при установлении диагноза ГБ.

**Результаты.** Самым распространенным фактором риска оказалось курение. До развития ГБ курили 84% больных. Нор-

---

мальную массу тела до заболевания имели только 21%. У 48% отмечалась избыточная масса тела и у 31% ожирение. Сочетание таких факторов риска как курение и избыточная масса тела или ожирение наблюдалось у 66%. Алкогольный анамнез удалось собрать у 508 больных. Из них 56% отмечали систематическое употребление алкоголя в частоте и дозах высокого риска. У 58% больных у одного из родителей отмечалось стойкое повышенное артериальное давление (из них в 70% по материнской линии). У 77% заболевших ГБ до заболевания отмечался повышенный уровень общего холестерина. У 19% до заболевания отмечались ЭКГ-признаки повышенной нагрузки на левый желудочек, у 13% гипертрофия левого желудочка. У 91% до установления диагноза ГБ отмечались эпизоды повышения АД, причем у 74% из них – 2-й степени. Каждому второму будущему больному ГБ выставлялся диагноз нейроциркуляторная дистония (астения). Средний возраст при установлении диагноза ГБ составил 39,4 года, при этом средний стаж работы водителем составил 13,7 лет.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют, что высокая заболеваемость ГБ у обследованных водителей транспорта связана не только с наличием прогипертонических факторов в их профессиональной деятельности, но и с высокой распространенностью поведенческих и других факторов риска развития ГБ. Для повышения эффективности первичной профилактики ГБ у лиц водительских профессий явно необходимо усиление деятельности по целенаправленному раннему выявлению и эффективной коррекции этих факторов риска и мониторинг их в динамике.

---

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ  
С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА**

**Петрова Е.В., Искендеров Б.Г.**

*Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО “Пензенский институт  
усовершенствования врачей Росздрава”*

**Цель работы:** изучить влияние фактора электрокардиостимуляции (ЭКС) на психоэмоциональные расстройства у больных ишемической болезнью (ИБС) с приступами стабильной стенокардии напряжения II–III функционального класса.

**Материал и методы.** Для сравнительной оценки психоэмоциональных расстройств обследовали 25 больных с ИБС (1-я группа) и 53 больных с искусственным водителем ритма (ИВР), страдающих ИБС (2-я группа). Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, давности заболевания, частоте перенесенного инфаркта миокарда. Показаниями к имплантации ИВР являлись: у 27 больных атриовентрикулярная блокада II–III степени, у 19 – синдром слабости синусового узла и у 7 – синдром бради-тахикардии. Монофокальная ЭКС (AAI, VVI) применялась в 86,8% случаев и двухкамерная предсердно-желудочковая ЭКС (DDD) – в 13,2% случаев. Больным проводили психологическое тестирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), интенсивность ангинозного приступа определяли по визуально-аналоговой шкале. С помощью велоэргометрической пробы изучали пороговую мощность физической нагрузки.

**Результаты и их обсуждение.** В 1-й группе тревожные расстройства (показатель >7 балла) диагностировали у 48% больных и во 2-й группе – у 69,8% больных. При этом уровень тревоги в 1-й группе составил в среднем  $9,4 \pm 0,3$  балла и во 2-й группе –  $11,5 \pm 0,4$  балла ( $p < 0,05$ ). Выявлено, что у больных с ИВР интенсивность ангинозного приступа по визуально-аналоговой шкале оценивается выше, чем у больных без ИВР:

---

6,7±0,3 и 4,5±0,2 соответственно ( $p<0,01$ ). У больных, перенесших инфаркт миокарда, уровень тревоги и депрессии оказался выше по сравнению с больными без него. Пороговая мощность физической нагрузки в 1-й группе составила в среднем 75±4 Вт и во 2-й группе – 58±3 Вт ( $p<0,01$ ). Кроме того, разница величины пороговой мощности нагрузки между больными с тревожно-депрессивными расстройствами и без них в 1-й группе менее выражена (65±3 и 83±4 Вт соответственно;  $p<0,01$ ), чем во 2-й группе (45±2 и 70±3 Вт соответственно;  $p<0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, наличие имплантированного кардиостимулятора является независимым фактором, усугубляющим нозогению у больных ИБС. В то же время, ограничение компенсаторных механизмов кардио-респираторной системы на фоне ЭКС утяжеляет клинические проявления ИБС и тем самым, усиливает соматогенные психопатологические расстройства.

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА  
У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА  
И ВОЗМОЖНОСТИ**

**ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Петрова Е.В., Искендеров Б.Г.**

*Россия, г. Пенза, ГОУ ДПО “Пензенский институт  
совершенствования врачей Росздрава”*

**Цель работы:** оценить роль неэффективности электрокардиостимуляции (ЭКС) и ее коррекции в генезе психоэмоциональных расстройств.

**Материал и методы.** Обследовано 68 больных (38 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 32 до 75 лет (61,8±3,5 года). Применяли следующие режимы ЭКС: VVI – у 34 больных, AA1 – у 18 больных и DDD – у 7 больных. Больных разделили на 2 группы: 38 больных (1-я группа) с различными осложнениями

---

---

ми ЭКС и 2-я группа – 30 больных с нормальной работой искусственного водителя ритма (ИВР). Диагностировались следующие осложнения ЭКС: у 12 больных – миопотенциальное ингибирование ИВР; у 6 – дислокация электрода; у 3 – повышение порога стимуляции (блокада “выхода”); у 2 – перелом электрода; у 9 – синдром “кардиостимулятора” и у 6 – сокращение мышц вокруг ИВР. Выраженность тревоги и депрессии оценивали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты исследования.** В 1-й группе тревожно-депрессивные расстройства выявлялись чаще, чем во 2-й группе (84,2 и 63,3% соответственно). Также выраженность тревоги и депрессии в 1-й группе была выше ( $12,7 \pm 0,5$  и  $11,9 \pm 0,4$  балла соответственно) по сравнению со 2-й группой ( $10,4 \pm 0,3$  и  $9,8 \pm 0,4$  балла соответственно). Среди факторов, усиливающих тревожно-депрессивные нарушения у больных с осложнениями ЭКС, можно было отметить: возобновление синкопальных приступов; появление аритмии и сердцебиения, усиление вегетативных нарушений; необходимость повторной операции и т.д.

Для коррекции неэффективности ЭКС применяли следующие методы перепрограммирования: при синхронном сокращении мышц – уменьшение амплитуды импульсов; при миопотенциальном ингибировании ИВР – снижение чувствительности ИВР к R-зубцу или переход от монополярной к биполярной ЭКС; у больных с синдромом “кардиостимулятора” – уменьшение частоты импульсов; при развитии блокады “выхода” – увеличение амплитуды и длительности импульса. В результате, суммарные баллы тревоги и депрессии достоверно уменьшились и составили соответственно  $10,1 \pm 0,3$  и  $9,6 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, осложнения ЭКС усиливают психоэмоциональные расстройства, и поэтому, наряду с психокоррекцией требуется устранение нарушений ЭКС.

---

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Плесовский П.А.

*Коми филиал Кировской государственной медицинской  
академии, Сыктывкар, Россия*

**Цель:** изучение распространенности тревоги и депрессии у пожилых пациентов с острым инфарктом миокарда.

**Материал и методы:** обследовано 45 пациентов (55,5% женщин и 44,5% мужчин) с острым инфарктом миокарда; средний возраст на момент исследования  $67,3 \pm 4,5$  года. Диагноз ОИМ устанавливался на основании клинических и ЭКГ-данных, а также повышения активности МВ-фракции КФК и тропонина. Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Цунга, гериатрической шкалы депрессии (GDS-15), опросник Спилбергера-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности.

**Результаты:** У 73,3% пациентов выявлены депрессивные расстройства, при этом легкая депрессия отмечалась у 30% пациентов с острым инфарктом миокарда, депрессия средней тяжести у 39,3%, а у 4% больных депрессивное расстройство было квалифицировано как тяжелое. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные состояния (головокружение, головные боли, сердцебиение, слабость). Наблюдались стойкие нарушения сна: раннее пробуждение, трудность засыпания. Выявлены симптомы астенизации, проявляющиеся вялостью, разбитостью, эмоциональной лабильностью. Данные анализа результатов теста Спилбергера указывали на умеренную степень ситуационной тревожности у 9 (20%) пациентов и высокую степень ситуационной тревожности у 36 (80%) пациентов. Личностная тревожность умеренной степени наблюдалась у 6 (13,3%), высокой степени – у 39 (86,7%) пациентов.

---

---

**Выводы:** Таким образом, у пожилых пациентов с острым инфарктом миокарда отмечаются тревожно – депрессивные расстройства разной степени выраженности. В исследовании выявлена достаточно высокая распространенность выраженной тревоги и депрессии средней тяжести. При обследовании и лечении больных с острым инфарктом миокарда необходимо учитывать возможность коморбидности с тревожно – депрессивными расстройствами, наличие которых отягощает течение и исходы заболевания. К сожалению, подобные проблемы в гериатрической практике недостаточно принимаются во внимание при оказании кардиологической помощи.

### КОМПАЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТЫХ БОЛЬНЫХ: ВРАЧЕБНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ?

Поддубная А.В., Хурс Е.М.

Россия, г. Екатеринбург, МЦ “Шанс”

**Актуальность:** растущая сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность в России вызывает беспокойство и становится объектом анализа. Неназначение статинов и современных антигипертензивных препаратов рассматривается как “врачебная” причина неблагоприятной статистики.

Нами был проведен ретроспективный анализ лечения пациентов в МЦ “Шанс”, г. Екатеринбург, в течение 3-х лет. Пациенты имели высокую мотивацию к сохранению здоровья. Всеми были получены квалифицированные консультации кардиологов, к.м.н., врачебные назначения соответствовали требованиям ВНОК. Осуществлялся контроль терапии путем ежемесячных телефонных контактов.

**Цели:** ретроспективный анализ приверженности к лечению и плану диспансерного наблюдения в течение 1 года.

**Материалы и методы:** было проанализировано 480 амбулаторных карт пациентов за период с января 2005 г. по

---

декабрь 2008 г. Пациентов, страдавших гипертонической болезнью (ГБ) было 248, с ишемической болезнью (ИБС) – 125. Пациентам с ГБ в 50% были назначены иАПФ, в 50% – АРА; пациентам с ИБС в 100% случаев назначалась стандартная терапия β-адреноблокатором, статином, аспирином и иАПФ в 65% либо АРА в 35% случаев. Пациентам была предложена схема амбулаторного наблюдения: контрольные визиты через 1,3,6 и 12 мес. Из страдавших ГБ (248 чел.) обратилось: из получавших иАПФ через 3 мес 12 чел., через 6 мес – 5, через 1 год – 3 чел.; из получавших АРА: через 3 мес – 17 чел., через 6 мес – 15, через 1 год – 6 чел. Среди пациентов с ИБС (125) лечившихся иАПФ через 1 мес обратилось 3 человека, через 3 мес – 17 чел., через 6 мес – 6, через 1 год – 3 чел. Пациенты с ИБС, лечившиеся АРА через 1 мес. повторно обратились в количестве 5 чел., через 3 мес – 3, через 6 мес – 4, через 1 год – 3 чел. Самостоятельно прекратили прием иАПФ через 3 мес 90% пациентов с ГБ и 80% пациентов с ИБС. Через 6 мес количество прерываний терапии иАПФ составило 94,8% пациентов с ГБ, 93% пациентов с ИБС, к году – 95,9% и 96,5% соответственно. Среди получавших лечение АРА через 3 мес лечение прекратило 86% пациентов с ГБ и 92% больных с ИБС, через 6 мес – 86,2% и 91,7% соответственно. Через 1 год получали лечение лишь 9,7% больных ГБ и 7% больных ИБС.

**Выводы:** оказалось, что не смотря на квалифицированные консультации, контроль за лечением, активный вызов на повторные визиты, большая часть пациентов самостоятельно прекратила прием препаратов и не придерживалась схемы диспансерного наблюдения. Процент больных, отменивших лечение, среди гипертоников был выше у тех, которые получали более дешевые препараты (иАПФ). Среди пациентов с ИБС приверженность к лечению была выше, чем у больных ГБ. Таким образом, не столько качество врачебной помощи, сколько низкая комплаентность больных является причиной прерывистого лечения и, в том числе, определяет прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.

---

---

**ВАЗОРЕАКТИВНОСТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ  
КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Попова М.А., Терентьева Н.Н., Афонькин А.Н.,  
Турченко И.В., Фроленкова Л.А., Гречишникова О.В.**

*Россия, г. Сургут, Сургутский государственный университет*

**Цель работы.** Оценить состояние вазореактивности при сочетании ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

**Материалы и методы.** Проведен анализ вазореактивности при сочетании ИБС и ХОБЛ у 122 мужчин до 60 лет и 104 мужчин, страдающих ИБС без сопутствующей бронхолегочной патологии. Обследовано: 68 больных с сочетанием стабильной стенокардии I–III функционального класса и ХОБЛ без острых коронарных событий в анамнезе; 54 больных, перенесших на фоне ХОБЛ Q-инфаркт миокарда (ИМ), развившийся в течение первого года после начала появления ангинозных болей (без длительного анамнеза по ИБС). Группы сравнения составили: 53 больных стабильной стенокардией I–III ФК без сопутствующих хронических заболеваний органов дыхания (ХЗОД); 51 больной, перенесший Q-ИМ, без сопутствующих ХЗОД. Допплерографическая оценка состояния вазореактивности включала определение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) по окклюзионной пробе D. Celermajer с соавт. (1997) и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД) по пробе с нитроглицерином (“Acuson Sequoia”, США; “Aloca 5000”, Япония). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили с помощью аппаратов “Shiller BR” (Switzerland), “Spacelabs Medical” (USA).

**Результаты исследования.** Сочетание ИБС и ХОБЛ сопровождалось достоверно более высокой артериальной гипертензией (АГ) по данным офисных измерений, зарегистрированных в медицинской документации, чем при ИБС без сопутствующей

---

щих ХЗОД, при этом частота АГ III степени была выше у больных, перенесших инфаркт миокарда на фоне ХОБЛ, чем при стабильной стенокардии и ХОБЛ. Следует отметить, что при СМАД выявлены достоверно более высокий уровень систолического и диастолического АД и более низкие показатели суточного индекса АД при сочетании ИБС с сочетанием с ХОБЛ, чем в соответствующих группах сравнения. При сочетании ИБС и ХОБЛ, выявлено более выраженное снижение дилатации плечевой артерии на пробу с реактивной гиперемией, чем в группах пациентов без сопутствующих ХЗОД. В большей степени нарушение ЭЗВД отмечены у пациентов, перенесших ИМ на фоне ХОБЛ. ЭНЗВД у больных ИБС с сочетанием ХОБЛ, была достоверно менее выражена. Следует отметить, что прирост диаметра плечевой артерии в группе больных стабильной стенокардией был достоверно выше чем, у пациентов, перенесших ИМ на фоне ХОБЛ.

**Выводы.** Таким образом, при сочетании стенокардии с ХОБЛ отмечен более высокий уровень АД, чем у больных без ХОБЛ. У больных, перенесших ИМ на фоне ХОБЛ, отмечен более высокий уровень АГ, чем у больных без ХОБЛ. При сочетании ИБС и ХОБЛ эндотелиальная дисфункция выражена в большей степени, чем у больных ИБС без сопутствующих заболеваний органов дыхания. Состояние эндотелийзависимой вазореактивности при ИБС на фоне ХОБЛ проявляется склонностью к вазоконстрикции. У больных, перенесших инфаркт миокарда на фоне ХОБЛ наблюдается более выраженное снижение эндотелийнезависимой вазодилатации, чем при сочетании стабильной стенокардии и ХОБЛ.

---

**ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ  
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ  
У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**

**Попова М.А.<sup>1</sup>, Клочкова Г.В.<sup>2</sup>**

*Россия, г. Сургут, Сургутский государственный университет <sup>1</sup>,  
Муниципальная городская  
клиническая больница № 1 <sup>2</sup>*

В связи с совершенствованием терапии ревматических болезней и продлением жизни пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями, приобретает особую значимость проблема лечения сердечно-сосудистых нарушений у данной категории больных, в первую очередь таких, как артериальная гипертония (АГ). В ответ на повышение артериального давления (АД) у больных с заболеваниями соединительной ткани происходит активная перестройка клеточных и неклеточных компонентов стенки сосудов, что приводит к заметным изменениям их просвета, которые, в свою очередь, обуславливают изменения вазореактивности. Даже незначительный подъем АД у этой группы больных сопровождается увеличением сердечно-сосудистых катастроф. Считается, что развитию АГ способствуют длительное течение ревматоидного артрита (РА), наследственная предрасположенность к развитию АГ, поражение почек и сосудистого русла, а также действие глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

**Цель исследования.** Оценить суточный профиль артериального давления (СПАД) при иммуновоспалительных заболеваниях суставов – ревматоидном артрите (РА), псориатическом артрите (ПА), серонегативном спондилоартрите (ССА), у больных, состоящих на диспансерном учете у ревматолога в поликлинике.

---

**Материал и методы исследования.** Обследовано 70 пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями суставов, из них 40 больных с РА, 15 – с ПА, 15 – с ССА В исследование включены больные с 1-3 степенью активности.заболеваний в возрасте от 22 до 68 лет, длительность заболевания от 1,5 до 24 лет: Амбулаторное суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось с помощью компьютерной системы для мониторинга АД и ЭКГ Oxford с определением стандартных показателей СМАД. На основании расчета степени ночного снижения САД и ДАД определяли типы СПАД

**Результаты исследования.** Анализ суточного мониторинга АД показал, что нормальная степень ночного снижения АД (“dipper”) регистрировалась у 37 % больных в общей группе пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями суставов, недостаточная степень ночного снижения АД (“nondipper”) регистрировалась у 23%, повышенная степень ночного снижения АД (overdipper) у 40%, ночного повышения АД (nightpeaker) не зарегистрировано ни в одном случае.

Среди 40 больных РА отмечено следующее распределение по типам суточного профиля АД: “dipper” – 16, “non-dipper” – 7, “overdipper” – 17 пациентов. Из 15 больных с ССА в 5-ти случаях отмечен суточный профиль АД по типу “dipper”, в 5-ти случаях по типу “non-dipper” и у 5-ти пациентов по типу “overdipper”. Из 15 пациентов с ПА тип “dipper” выявлен в 5-ти случаях, тип “non-dipper” – в 4-х и “overdipper” в 6-ти случаях. Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что большинство больных с АГ на фоне иммуновоспалительных заболеваний суставов имеют патологические типы суточного профиля АД, что можно рассматривать как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений у данной категории пациентов.

---

## РОЛЬ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХСН

Потапов А.П., Чесалина С.Д.

ГОУ ВПО ТюмГМА г. Тюмень

**Цель:** изучение результативности различных обучающих микротехнологий в рамках организации межрайонной школы для больных с артериальной гипертонией на базе двух ММЛПУ г. Тюмени: поликлиник № 7 (Калининский район) и № 12 (Ленинский район) с общей численностью обслуживаемого населения около 110 тыс. человек. В рамках поставленных задач в работе школы были использованы следующие новые приемы и технологии: 1) сформирован добровольный секретариат школы из числа участников для обеспечения информационной поддержки; 2) осуществлялись постоянные телефонные контакты участников с руководителем школы — квалифицированным врачом-кардиологом; 3) систематически проводились дополнительные индивидуальные консультации участников с участием провизора; 4) выполнялись контрольные осмотры и дообследования (1 раз в 3 месяца); опубликован интерактивный интернет-сайт школы; 5) проведена сертификация всех участников школы, упрощающая владельцам сертификатов доступ к квалифицированной помощи в рамках обоих ЛПУ и улучшающая процедуру учета и контроля за деятельностью школы. Контроль за терапией осуществлялся на обычных амбулаторных приемах и на дополнительных индивидуальных консультациях. Всего за период с февраля по декабрь 2008 г. в работе школы приняло участие 513 человек (группа 1), посетивших 27 лекционных и 1896 дополнительных индивидуальных консультаций и контрольных осмотров; осуществлено около 1200 телефонных контактов; зарегистрировано 2457 обращений на сайт [www.cardioblog.narod.ru](http://www.cardioblog.narod.ru) согласно статистике Яндекса (сайт не индексирован в поисковых системах). Соотношение женщин и мужчин составило 302/211 соответственно

---

---

(58,86/41,14%). Средний возраст участников – 54,21±6,26 лет; из них женщины – 49,73±5,21 год; мужчины – 61,27±6,72 лет. У участников школы (группа 1) были установлены следующие заболевания органов кровообращения: гипертоническая болезнь – 498 (97,0%); ИБС – 401 (78,1%); ИМ – 76 (14,81); ОНМК – 12 (2,34%); ревматические пороки сердца – 22 (4,29%); неревматические пороки сердца – 94 (18,32%); постоянная фибрилляция предсердий – 17 (3,31%); другие хронические нарушения ритма и проводимости – 19 (3,70%). Контрольную группу (группа 2) составили 510 пациентов тех же поликлиник, состоящих на диспансерном учете у врача-кардиолога с периодичностью осмотров по разным поводам не реже 1 раза в 3 месяца, сопоставимые по полу, возрасту и нозологиям, не участвовавшие в работе школы для больных с АГ. Фармакотерапия в обеих группах существенно не различалась.

**Результаты:** структура распределения пациентов по I и IV ФК ХСН в сравниваемых группах достоверно не изменилась, в то же время в 1-й группе число пациентов со снижением ФК с III на II (N=52) оказалось статистически достоверно меньше ( $p<0,05$ ), чем в группе 2 (N=14). Число обращений пациентов группы 1 вне плана диспансерного наблюдения составило 247, что было значительно (статистически достоверно,  $p=0,01$ ) меньше числа подобных обращений пациентов группы 2 – 395. За период наблюдения в экстренном порядке в связи с декомпенсацией ХСН было госпитализировано 2 и 6 человек из 1-й и 2-й групп соответственно; обратилось вне графика посещений, предусмотренного индивидуальной программой реабилитации по той же причине 25 и 87 пациентов соответственно 1-й и 2-й групп, причем различия в показателях оказались статистически значимыми ( $p<0,05$ ).

**Выводы:** применение новых учебно-профилактических микротехнологий в работе межрайонной школы для больных с АГ существенно улучшает результаты лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями уже в течение 1-го года с начала внедрения (ранее в ряде исследований была показана низкая эффективность традиционных методик проведения

---

---

школ здоровья). Причиной этого может оказаться более тесное взаимодействие между врачом и пациентом в ходе проведения терапевтических мероприятий, способствующее лучшему терапевтическому комплаенсу и повышению интенсивности и качества лечебно-профилактических мероприятий.

**ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ МОЛЕКУЛ  
МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ SVCAM-1,  
ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ  
У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ  
НАПРЯЖЕНИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ**

**Прасолов А.В., Москалюк М.И., Князева Л.А.,  
Степченко М.А., Феофанова Е.С.**

*Курский государственный медицинский университет, Россия*

**Цель исследования:** изучение динамики содержания молекул межклеточной адгезии в сыворотке крови и параметров жесткости сосудов у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II–III ФК на фоне терапии бисопрололом.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 60 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II–IIIФК – 45 мужчин и 15 женщин в возрасте  $49,2 \pm 4,4$  лет. Все пациенты получали лечение: аспирин, симвастатин, бисопролол в дозе  $7,5 \pm 2,5$  мг 2 раза в день, нитроглицерин по требованию. Исследование механических свойств сосудистой стенки проводили с помощью монитора АД компании “Петр Телегин” г. Новосибирск. Уровень SVCAM-1 в крови определяли методом иммуноферментного анализа, (тест системы “ЗАО Биохим Мак”, г. Москва). Исследование проводили при поступлении больных в стационар и после 8 недель лечения.

**Результаты исследования.** У больных стабильной стенокардией отмечено статистически значимое увеличение в сыворотке крови молекул межклеточной адгезии SVCAM-1

---

(419,7±10,2 нг/мл), которые рассматриваются в качестве маркеров кардиоваскулярного риска, в сравнении с контрольной группой. Оценка данного показателя после 8 недель терапии бисопрололом выявила достоверное снижение содержания молекул SVCAM-1 до 326,3±9,5 нг/мл ( $p<0,05$ ).

Проведенные исследования показали наличие у всех обследованных больных стабильной стенокардией напряжения изменений показателей определяющих жесткость сосудистой стенки, что характеризовалось достоверным повышением в сравнении с контрольными значениями величины PTT – на 26,3% ( $p<0,05$ ), dPdt – на 55,1% ( $p<0,05$ ), ASI – на 7,5% ( $p<0,05$ ), увеличением Alx – на 66,7% ( $p<0,05$ ), SAI – на 18,4% ( $p<0,05$ ).

На фоне лечения бисопрололом выявлено достоверное увеличение времени распространения пульсовой волны (PTT) на 15,1% ( $p<0,05$ ), снижение скорости нарастания АД (dPdt) на 26,2% ( $p<0,05$ ). Также отмечена значимая положительная динамика индекса аугментации (Alx), характеризующего эластичность сосудистой стенки, определено его увеличение на 72% ( $p<0,05$ ).

**Выводы:** 8-и недельная терапия бисопрололом сопровождается снижением уровня молекул межклеточной адгезии SVCAM-1 и уменьшением жесткости сосудистой стенки.

---

**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ  
ХСН У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

**Провоторов В.М., Бурлова Е.С.**

*г. Воронеж, Россия, государственная медицинская академия им.*

*Н.Н. Бурденко*

**Цель:** на основе системного подхода повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий у больных ХСН пожилого возраста.

**Материал и методы.** В исследование было включено 155 больных ХСН I стадии, в том числе 79 (50,9%) мужчин и 76 (49,1%) женщин (средний возраст –  $66,28 \pm 0,29$  лет), основной причиной которой была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). Пациенты были распределены методом случайных чисел на 2 группы. При оценке тяжести ХСН по NYHA I ФК выявлен у 17 больных (21,79%), II ФК – у 71 (78,21%) первой группы и 8 (10,39%) и 69 (89,61%) пациентов второй группы соответственно. Больные 1 группы, в которую вошли 40 мужчин и 38 женщин (средний возраст  $66,38 \pm 0,49$  лет), получали наряду с традиционной терапией ИБС и АГ, спиронолактон (альдактон) по 50 мг 1 раз в сутки и магния оротат (магнерот) по 500 мг 3 раза в сутки. Пациенты второй группы (39 мужчин и 38 женщин, средний возраст  $66,44 \pm 0,54$  лет), получали только традиционную терапию ИБС и АГ. Всем больным при включении в исследование, через 6 и 12 месяцев проводилось комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование с анализом жалоб, данных анамнеза и объективных методов исследования. Определяли эндотелин-1 ( $0,13-0,52$  пмоль/л), мозговой (МНП) (N – 23–86 пг/мл) и предсердный натрийуретический пептид (ПНП) (N –  $0,72-2,9$  пмоль/л), альдостерон (N – 25–315 пг/мл) иммуноферментным методом с использованием тест-систем Victor, Pribori Oy (2005). Статистическая

---

обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATGRAPHICS 5.1 Plus for Windows.

**Результаты.** Анализ клинического течения ХСН через 1 год терапии позволил выявить следующие закономерности. У больных первой группы через 6 и 12 мес. терапии магнеротом и альдактоном отмечалось достоверное увеличение доли пациентов с I ФК ХСН ( $\chi^2=35,06$ ,  $p=0,00001$ ), в то время как во второй группе статистически значимо ( $\chi^2=8,73$ ,  $p=0,0127$ ) увеличилась доля больных со II ФК ХСН, что свидетельствовало об ухудшении клинического течения заболевания. Оценка эхокардиографических параметров показала достоверное снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка у лиц с  $53,13\pm 0,32$  до  $50,77\pm 0,22$  мл, входивших во вторую группу ( $F=20,11$ ;  $p=0,00001$ ), у пациентов первой группы отмечалось статистически значимое повышение этого показателя с  $53,85\pm 0,33$  до  $55,63\pm 0,26$  мл ( $F=9,71$ ;  $p=0,0001$ ). Оценка динамики уровня альдостерона, эндотелина, мозгового и предсердного натрий-уретического пептидов показала достоверное снижение уровня этих нейро-гуморальных факторов у пациентов первой группы по сравнению со второй группой (табл. 2). Так, в первой группе через 12 мес. терапии спиронолактоном и магния оротатом уровень альдостерона снизился в 3,24 раза, МНП – в 5,86 раза, ПНП – в 3,49 раза, эндотелина – в 5,96 раза. У лиц второй группы отмечалось достоверное повышение уровня эндотелина, ПНП, уровень альдостерона и МНП не изменился. Выявленные клинические (снижение ФК ХСН), инструментальные (увеличение фракции выброса левого желудочка), медико-экономические (снижение числа госпитализаций и обращений пациентов к специалисту) параллели связаны со способностью спиронолактона изменять электролитный и нейро-гуморальный континуум и, тем самым, предотвращать развитие интерстициального и периваскулярного фиброза (а значит и процессы дезадаптивного ремоделирования) у пациентов с ХСН.

**Выводы.** Таким образом, улучшение клинического течения ХСН в процессе терапии спиронолактоном и магния оротатом связано со снижением выраженности нейро-гуморальной ак-

---

---

тивации, коррелирующим с изменением электролитных показателей пациентов (увеличением содержания ионов калия и магния), что необходимо учитывать при разработке лечебно-диагностических алгоритмов у пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ  
СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА**

**Прохорова С.В., Рахматуллин Ф.К.,  
Бибарсова А.М., Ходакова А.И.**

*Россия, г. Пенза, Пензенский государственный университет,  
медицинский институт,  
кафедра “Внутренние болезни”*

**Цель исследования:** оценить течение артериальной гипертензии (АГ) I–II стадии на фоне субклинического гипотиреоза (СГ) и дислипидемии.

**Материалы исследования:** Всего обследовано 30 больных, которые были разделены на две группы. 1-я группа – больные АГ I–II стадии на фоне СГ и дислипидемии. Их количество составило 15 человек: 11 женщин и 4 мужчины. Средний возраст пациентов –  $60,9 \pm 1,5$  лет. По этиологии СГ у 8 (53%) больных послеоперационный, у 7 (47%) – на фоне аутоиммунного тиреоидита. В зависимости от времени возникновения АГ и СГ больные данной группы были разделены на две подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 9 больных, у которых средняя продолжительность заболевания СГ по анамнезу составила  $2,3 \pm 0,6$  лет, а АГ присоединилась через  $1,3 \pm 0,4$  лет. Учитывая выявление АГ на фоне СГ, патология у данной подгруппы больных была названа нами “АГ первично-эндокринного (гипотиреоидного) генеза”. При анализе структуры АГ у данных больных АГ I степени была диагностирована у 5 (55%), АГ II степени – у 4 (45%)

---

пациентов. Во 2-ю подгруппу вошли 6 больных, у которых продолжительность АГ по анамнестическим данным составила  $6,2 \pm 1,3$  лет, а СГ был диагностирован через  $4,8 \pm 0,9$  лет. Учитывая возникновение у данных больных СГ как сопутствующей патологии, заболевание у данной подгруппы пациентов было названо “АГ смешанного генеза”. АГ I степени была выявлена у 2 (33%) пациентов данной подгруппы, АГ II степени – у 4 (67%).

Во 2-ю группу вошли пациенты, страдающие АГ I–II стадии на фоне дислипидемии без патологии щитовидной железы (ЩЖ), сопоставимые по полу и возрасту. У данных больных АГ I степени была диагностирована у 7 (47%) человек, АГ II степени – у 8 (53%).

**Методы исследования:** пальпаторное и ультразвуковое исследование ЩЖ, определение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ, Т3, Т4св., АТ к ТПО) в плазме крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анализ липидного спектра крови (общий холестерин (ОХС),  $\beta$ -липопротеиды ( $\beta$ -ЛП), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)).

**Результаты исследования:** В результате анализа полученных данных СМАД нами было выявлено, что среди пациентов 1-ой группы с АГ I степени среднесуточное систолическое артериальное давление (САД) составило ( $p < 0,01$ )  $145,5 \pm 3,5$  мм рт.ст., среднесуточное диастолическое артериальное давление (ДАД) –  $85,5 \pm 4,4$  мм рт.ст., у пациентов 2-й группы –  $144,2 \pm 5,3$  мм рт.ст. и  $82,1 \pm 4,1$  мм рт.ст. соответственно. Среднесуточное САД у больных 1-й группы с АГ II степени ( $p < 0,01$ ) –  $156,4 \pm 5,4$  мм рт.ст., среднесуточное ДАД –  $99,4 \pm 3,7$  мм рт.ст., у больных 2-й группы –  $152,3 \pm 4,3$  мм рт.ст. и  $91,2 \pm 3,4$  мм рт.ст. соответственно. При сравнении степени АГ у пациентов 2-й подгруппы отмечалось увеличение ее степени тяжести, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД ( $p < 0,05$ ) на  $10 \pm 1,3$  мм рт.ст., что анамнестически совпало с выявлением у данных больных СГ.

---

---

Также проводился сравнительный анализ показателей липидного спектра крови у пациентов обеих групп. У больных 1-ой группы концентрация ОХС в плазме крови составила ( $p < 0,01$ )  $6,16 \pm 0,24$  ммоль/л, у больных 2-й группы –  $5,76 \pm 0,24$  ммоль/л. Концентрация  $\beta$ -ЛП в 1-й группе –  $61,5 \pm 10,5$  ед/л, во 2-й группе –  $60,3 \pm 11,5$  ед/л, ТГ в 1-й группе –  $1,89 \pm 0,07$  ммоль/л, во 2-й группе –  $1,61 \pm 0,03$  ммоль/л. Уровень ХС ЛПВП среди пациентов 1-й группы –  $0,9 \pm 0,07$  ммоль/л, среди больных 2-й группы –  $1,1 \pm 0,06$  ммоль/л, ХС ЛПНП –  $3,73 \pm 0,55$  ммоль/л в 1-й группе, во 2-й группе –  $3,51 \pm 0,52$  ммоль/л. В зависимости от степени АГ различий в характере концентраций липидов у больных обеих групп выявлено не было.

**Заключение:** При наличии СГ степень тяжести АГ достоверно увеличивается, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД. У больных с СГ степень дислипидемии достоверно более выражена, преимущественно за счет повышения концентрации ОХС и ТГ, а также большего снижения концентрации ХС ЛПВП в сравнении с пациентами без сопутствующих нарушений функции ЩЖ.

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ  
ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ  
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РЕНИТЕКОМ**

**Путинцев Ю.В., Панченкова Л.А.,  
Емашов С.Г., Шиянова Л.С.**

*Россия, г. Москва, МГМСУ,  
Кафедра госпитальной терапии № 1*

**Цель.** Изучение состояния микроциркуляции (МЦ) у больных артериальной гипертонией (АГ), в том числе на фоне антигипертензивной терапии.

---

---

**Методы обследования.** Обследовано 40 больных мужского пола с АГ 1–2 степени тяжести. Средний возраст  $42,5 \pm 8$  лет. Всем больным проводилось исследование параметров МЦ с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

**Результаты исследования.** В группе больных АГ среднесуточное систолическое артериальное давление (САД) составило  $138,4 \pm 8,5$  мм рт.ст., среднесуточное диастолическое артериальное давление (ДАД) –  $87,3 \pm 7,5$  мм рт.ст., в контрольной группе пациентов среднесуточное САД составило  $117,6 \pm 3,5$  мм рт.ст., среднесуточное ДАД –  $76,3 \pm 2,5$  мм рт.ст. Анализ результатов оценки МЦ показал, что у больных АГ имеется достоверное изменение всех показателей МЦ по сравнению с контрольной группой. Так среднее значение показателя МЦ (ПМ) было достоверно ниже, чем в контрольной группе, составив  $3,9 \pm 0,4$  против  $5,2 \pm 0,3$  соответственно. Резерв капиллярного кровотока –  $417,4 \pm 113,4$  в группе больных АГ, против –  $267,4 \pm 83,4$  в группе контроля. Среди всех больных АГ преобладал спастический тип МЦ, выявленный у 28 больных (70%). В контрольной группе преимущественно определялся нормоциркуляторный тип МЦ (90%). Второй этап работы оценивал показатели МЦ у 10 больных АГ после лечения иАПФ (ренитек 10мг/сутки в течение 14 дней). Все больные АГ имели исходно спастический тип МЦ. После лечения у 2-х больных отмечен нормоциркуляторный тип МЦ, у 8 больных сохранялся спастический тип МЦ. Однако на фоне лечения прослеживается достоверная положительная динамика таких показателей МЦ, как увеличение скорости и объема периферического кровотока.

**Выводы.**

1. У больных АГ выявлено достоверное нарушение регуляции сосудистого тонуса с относительным преобладанием вазоконстрикции – спастический тип МЦ.
2. Ренитек благоприятно воздействует на состояние МЦ: увеличивает скорость и объем периферического кровотока, уменьшает спазм сосудов.

---

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АРОВ У БОЛЬНЫХ  
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**

**Радайкина О.Г., Трофимов В.А., Гурьянова Л.Н.,  
Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н., Пшикова Н.В.**

*Россия, г. Саранск, Мордовский государственный университет  
им. Н.П. Огарева*

Одним из вероятных генов-кандидатов ИБС является ген аполиipoproteина В (АРОВ). АРОВ является основным белковым компонентом липопротеинов низкой плотности. Ген АРОВ локализуется на коротком плече хромосомы 2 и содержит 29 экзонов. В нашем исследовании было проведено изучение полиморфизма в 29 экзоне гена АРОВ. Этот полиморфизм характеризуется однонуклеотидной заменой гуанозина на аденин в кодоне 4154, которая определяется по наличию или отсутствию сайта узнавания для рестриктазы EcoR1. В результате такой мутации в молекуле белка аминокислота глутамин замещается на лизин в домене, который обеспечивает взаимодействие с рецептором ЛПНП.

**Целью настоящего исследования** было охарактеризовать параметры полиморфизма (частоты генотипов, аллелей, гетерозиготность) гена АРОВ в экзоне 29 и провести анализ ассоциации этого полиморфного маркера у больных с ИБС с перенесенным инфарктом миокарда, уровнем холестерина,  $\beta$ -Л, ожирением и артериальной гипертензией.

В исследование методом случайной выборки было отобрано 40 пациентов с ИБС и исходно повышенным уровнем холестерина в крови, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Мордовской республиканской больницы. Среди них 21 женщина и 19 мужчин в возрасте от 38 до 79 лет. Обследование помимо общеклинических методов включало определение липидного спектра крови и генотипирование по полиморфным маркерам гена АРОВ по экзону 29.

---

---

Для исследования полиморфизма гена АРОВ были использованы фрагменты ДНК, полученные из периферической венозной крови больных. Образцы ДНК получали с использованием набора «ЮНИ-ТЕСТ-ПЦР» от фирмы «Biosom». Полиморфизм гена АРОВ анализировали методом ПЦР с последующей рестрикцией амплифицированных фрагментов ДНК. Олигонуклеотидные праймеры были синтезированы в фирме «СИНТОЛ», а используемая рестриктаза EcoR1 – фирмой «СИЛЕКС». Продукты амплификации разделяли путем электрофореза в агарозном геле. ПЦР и рестрикцию проводили в условиях, рекомендуемых производителями ферментов. Аллель, соответствующую наличию сайта рестрикции для рестриктазы EcoR1 обозначили \*R2, отсутствие сайта – знаком \*R1.

В группах обследованных больных были проанализированы такие показатели, как уровень холестерина,  $\beta$ -ЛП, наличие сопутствующего ожирения, артериальной гипертензии, гипертрофии левого желудочка, перенесенного инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения.

**Согласно результатам исследования** в выборке обследованных жителей Республики Мордовия аллели АРОВ\*R2 и АРОВ\*R1 найдены с частотой 85,1% и 14,9% соответственно. Генотипы АРОВ\*R2 /\*R2, АРОВ\*R1 /\*R1, АРОВ\*R1 /\*R2 найдены с частотами 27,5%, 0%, 72,5% соответственно.

Среди обследованных больных генотип АРОВ\*R1 /\*R2 встречается у 29 человек, среди них 13 мужчин и 16 женщин, средний возраст которых 55,31 лет. В данной группе средний уровень холестерина – 6,31 ммоль/л,  $\beta$ -ЛП – 62,21 ЕД/л; гипертрофия левого желудочка наблюдается у 72,4%(21) больных; ожирение – у 17,2%(5) больных. Инфаркт миокарда в анамнезе – у 6,9% (2) больных, ОНМК – у 13,85% (4) больных.

Группа обследованных с генотипом АРОВ\*R2 /\*R2 насчитывает 11 человек, из которых 6 мужчин и 5 женщин, средний возраст 57,72 года. В данной группе средний уровень холестерина – 6,36 ммоль/л,  $\beta$ -ЛП – 63,64 ЕД/л. Инфаркт миокарда встречается в 45,5% (5) случаев, ОНМК – в 9%(1), ожирение в 9%(1),

---

---

гипертрофия левого желудочка наблюдается в 63,6% (7) случаев. У всех обследованных больных наблюдалась артериальная гипертензия.

Таким образом, повышенный уровень холестерина у 72,5% больных (генотип АРОВ\**R1* / \**R2*) обусловлен в большей степени влиянием генетических факторов, а у 27,5% (генотип АРОВ\**R2* / \**R2*) – влиянием средовых факторов.

**ДИНАМИКА КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА  
ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ  
ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ  
ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ**

**Ребров А.П., Толстов С.Н., Слупская И.В.**

*Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО “Саратовский государственный  
медицинский университет”;*

*МУЗ “городская клиническая больница № 1”*

Изменения коагуляционной и фибринолитической активности плазмы крови на фоне терапии статинами недостаточно изучены у больных ХСН ишемической этиологии. Целью работы явилась оценка изменений коагуляционного и фибринолитического звеньев системы гемостаза у больных ХСН на фоне терапии симвастатином (“Вазилип” фирмы KRKA).

**Материалы и методы.** Обследовано 110 больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих ХСН I – IV ФК. Обследование проводилось при поступлении, на 20-й день, 3-й и 6-й месяцы наблюдения. Изучали содержание РФМК, протромбиновый (ПВ) тест, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновый тест (ТВ), стимулированный эуглобулиновый лизис плазмы, уровень фибриногена. Основную группу (n=60) составили пациенты, которые в течение 6-и месяцев дополнительно получали симвастатин (“Вазилип” фир-

---

мы “KRKA”). Больные группы сравнения (n=50) получали стандартную терапию.

**Результаты и обсуждения.** В группе сравнения отсутствовала динамика изменений АПТВ и индекса АПТВ, а у пациентов основной группы выявлено достоверное увеличение АПТВ и снижение иАПТВ к концу исследования на 9,5% и 7,7% ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения достоверной динамики ТВ за весь период наблюдения отмечено не было, а у пациентов основной группы выявлено увеличение ТВ к 6 месяцу наблюдения на 10,3% ( $p < 0,01$ ). У пациентов группы сравнения отсутствовали достоверные изменения уровня фибриногена крови, а у больных основной группы к концу исследования установлено снижение фибриногена крови на 19,4% ( $p < 0,01$ ). В группе сравнения отмечено нарастание содержания РФМК, максимально выраженное к 3 месяцу наблюдения (на 16,7%;  $p < 0,05$ ). У пациентов основной группы выявлено снижение РФМК на 31,6% ( $p < 0,01$ ) и 40,4% ( $p < 0,01$ ) к 3 и 6 месяцам наблюдения. В группе сравнения отмечена тенденция к усилению фибринолитической активности плазмы к концу исследования на 16,4% ( $p > 0,05$ ), а в основной группе больных выявлено увеличение фибринолитической активности плазмы на 35,4% и 42,2% ( $p < 0,01$ ) к 3 и 6 месяцам наблюдения. Достоверные различия в изучаемых показателях между группами больных выявлены к 3 месяцу наблюдения, сохранявшиеся до конца исследования. Комбинированная терапия симвастатином больных ХСН сопровождалась достоверным улучшением показателей коагуляционного и фибринолитического звеньев гемостаза, что обусловлено благоприятным влиянием на сосудистую стенку и уменьшением выраженности эндотелиальной дисфункции.

---

## МЕКСИКОР В ТЕРАПИИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Родионов Б.А., Коняхин А.Ю., Каменева Т.Р.,

Водорезова Т.Н., Середа Е.В.,

Фадеева Е.А., Радзевич А.Э.

МГМСУ, ГКБ № 52, г. Москва, Россия

**Цель исследования:** изучение влияния мексикора в составе комплексной терапии стенокардии напряжения II–III функционального класса (СтН II–III ФК) на состояние антиоксидантной системы и толерантность к физической нагрузке.

**Материалы и методы:** обследовали 30 больных стенокардией напряжения II–III ФК в динамике до и после включения мексикора в дозе 200 мг внутривенно капельно ежедневно в течение 14 дней в дополнение к стандартизированной терапии. Из них 18 мужчин и 12 женщин (средний возраст 57 лет). Исходно у 14 (47%) пациентов был диагностирован II ФК СтН, у 16 (53%) – III ФК. Стандартизированная терапия включала нитраты (изосорбида динитрат, атенолол, аспирин). Общий антиоксидантный статус (ОАС) набором реактивов “Total Antioxidant Status”, компании Randox (Англия). Активность супероксид дисмутазы (СОД) набором реактивов “Ransod” компании Randox (Англия). Активность глутатион пероксидазы (ГПО) набором реактивов “Ransel” компании Randox (Англия). Измерение проводили на автоматическом многоканальном анализаторе Sapphir 400 компании Tokyo Voeiki Medical Systems (Япония). Исследовали толерантность к физической нагрузке с помощью тредмил-теста по протоколу R. Bruce.

**Результаты:** через 2 недели наблюдения было отмечено достоверное корректирующее влияние мексикора на активность ферментов антиоксидантной системы (СОД на 11,3%, ГПО на 15,6%) и на общий антиоксидантный статус. Через 2 недели включения мексикора в состав терапии выявлено достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке на 47,7%.

---

---

**Выводы:** включение мексикора в состав комплексной терапии больных стенокардией напряжения II–III ФК достоверно уменьшает выраженность оксидативного стресса и увеличивает толерантность к физической нагрузке.

## ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА

Рождественская Т.В., Крючков А.Н., Солдатов П.А.  
Россия, г. Саратов, Военно-медицинский институт

**Цель исследования** – изучение объективных факторов, затрудняющих диагностику внутрибольничного инфаркта миокарда (ВБИМ), развившегося спустя более чем 24 часа от момента поступления больного в стационар.

Ретроспективно изучено 200 историй болезней пациентов, поступивших в клиники института за 4 года с различными направлениями диагнозами и убывшими из стационара с диагнозом: ИБС. Острый инфаркт миокарда. Для анализа было отобрано 35 историй болезней пациентов мужского пола. Диагноз ИМ устанавливался согласно критериям ВОЗ (1978). В отделение реанимации поступило 24 человек (68,5%); в кардиологическое отделение – 8 (22,8%); в пульмонологическое, урологическое, нейрохирургическое отделения по 1 человеку, что в общей сложности составило 8,7% обследованных.

Из 35 пациентов у 19 (54,3%) диагноз острого инфаркта миокарда был верифицирован в течение первых суток, у 16 (45,7%) – позднее 24 часов пребывания в стационаре. Основную I группу составили 16 больных с ВБИМ, остальные 19 человек – группу сравнения (II группу).

В I группе средний возраст составил  $66,2 \pm 2,9$  г. Типичная (ангинозная) форма дебюта заболевания была в 75% случаев, атипичная в 25%. Астматический вариант отмечен в 6,75%, аритмический – в 12,5%, малосимптомное течение в 6,25%.

---

---

Q-ИМ зарегистрирован у 10 обследованных, не-Q-ИМ – у 6 пациентов, что составило 62,5% и 37,5% соответственно.

При сравнении со II группой статистически значимых различий в возрасте, уровне ферментов крови, глюкозы крови, средних значений ДАД, ЧДД, среднего койко-дня не выявлено ( $p > 0,05$ ). Уровень среднего САД в момент развития ИМ в I группе был достоверно ниже, чем во второй ( $p < 0,05$ ). Гипертонической болезнью чаще страдали представители II группы, у них же чаще фиксировался высокий уровень АД в момент развития ИМ. ИБС тяжелее протекала у представителей I группы, количество ИМ во II группе было выше, в тоже время количество повторных ИМ равно. У пациентов I группы в 2 раза чаще встречалась блокада ножек пучка Гиса (БНПГ), чаще регистрировались нарушения сердечного ритма в догоспитальном периоде, тахипноэ- в остром периоде инфаркта.

Объективные причины, влияющие на своевременную диагностику ВБИМ: атипичность дебюта ИМ; отсутствие должного уровня лабораторного обеспечения (КФК-МВ не определялся в 31,2% случаев; тропонин Т – в 100%); повторное развитие очагов некроза в зоне предыдущих рубцовых изменений; развитие ИМ на фоне БНПГ; атипичность электрокардиографической картины ИМ.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ОЦЕНКЕ  
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОБЛЕМАМИ**  
Рожественская Т.В., Мурылев В.Ю., Крючков А.Н.

*Военно-медицинский институт, Государственный медицинский университет, г. Саратов, Россия*

**Цель исследования** – изучение качества жизни у военнослужащих с сердечно-сосудистыми заболеваниями путем применения психологических методик.

---

---

В проведенное исследование были включены 180 военнослужащих, страдающих сердечно-сосудистой патологией и проходящих лечение в условиях кардиологических стационаров или поликлиник Военно-медицинского института и медицинского университета г. Саратова. В контрольную группу вошли 58 практически здоровых военнослужащих. Возраст обследованных пациентов составил от 30 до 56 лет. Диагноз сердечно-сосудистых заболеваний верифицировался ранее, либо в настоящем исследовании с применением комплекса клинично-инструментальных методов.

Для определения качества жизни (КЖ) применялся опросник “Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью” (MLHFQ), модифицированный авторами. Для оценки психологического статуса пациентов и степени достоверности результатов их тестирования применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). Результаты исследования обработаны на персональном компьютере IBM PC — Pentium с использованием стандартных статистических программ. Существенность статистических зависимостей вычислялась с достоверностью 95% ( $p < 0,05$ ).

Проведенный анализ выявил существенную зависимость показателя КЖ от наличия у больного стенокардии, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, различных стадий хронической сердечной недостаточности. ( $p < 0,01$ ).

Примерно в половине случаев (49%) показатель КЖ исследован в динамике. Так, у 14 пациентов проходивших военноврачебную комиссию и не имеющих обострения основного заболевания (и не получавших, соответственно, медикаментозного лечения), за время пребывания в стационаре показатель КЖ практически не менялся (колебания составили 0,3 балла). У больных (75 человек), выписываемых после завершения курса лечения, показатель КЖ улучшился в среднем на 23,4 балла.

Анализ составляющих КЖ выявил значительную зависимость физической части КЖ от выраженности сердечно-

---

---

сосудистой патологии, а на социальную и психологическую часть эти факторы оказывали менее заметное влияние.

Величина КЖ, вычисляемая на основании оценок самого больного, являющаяся сугубо субъективным показателем, на самом деле хорошо коррелирует с рядом объективных величин и характеристик, выявляемых в ходе специального обследования сердечно-сосудистой системы пациента.

Таким образом, КЖ является достаточно надежным показателем состояния кардиологического больного, который может быть использован для повышения степени объективности дифференцированной оценки клинического прогноза при определении уровня профессиональной пригодности и оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у военнослужащих, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ВТОРИЧНОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ  
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Рожественская Т.В., Кром И.Л., Осипов Д.А.**

*Россия, г. Саратов, Военно-медицинский институт, Институт  
социального образования,  
Областная поликлиника*

**Цель исследования** – изучение КЖ как критерия эффективности медико-социальной реабилитации и вторичной профилактики больных страдающих артериальной гипертензией.

В исследование были включены 180 больных трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью, проходивших лечение в условиях кардиологических стационаров и поликлиник г.Саратова. Диагноз сердечно-сосудистой патологии был верифицирован при

---

---

комплексном клинико-инструментальном обследовании больных.

Для оценки КЖ был использован Миннесотский опросник “Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью” Для оценки психологического статуса пациентов и степени достоверности результатов их тестирования применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). Результаты исследования обработаны на персональном компьютере IBM PC – Pentium с использованием стандартных статистических программ. Существенность статистических зависимостей вычислялась с достоверностью 95% ( $p < 0,05$ ).

Проведенный **анализ выявил** существенную зависимость показателя КЖ от тяжести артериальной гипертензии стенокардии, нарушений сердечного ритма, хронической сердечной недостаточности ( $p < 0,01$ ). При исследовании показателя КЖ в динамике у 87 больных было выявлено повышение показателя КЖ в среднем на 23,4 балла, что подтверждалось результатами инструментального обследования.

Анализ составляющих КЖ выявил значительную зависимость физической составляющей КЖ от выраженности сердечно-сосудистой патологии, а на социальную и психологическую составляющие эти факторы оказывали менее заметное влияние.

Величина показателя КЖ, определяемая на основании оценок самого больного, то есть являющаяся, казалось бы, сугубо субъективным показателем, на самом деле коррелирует с рядом объективных величин и характеристик, выявляемых в ходе специального обследования сердечно-сосудистой системы пациента.

Таким образом, КЖ можно рассматривать как достаточно надежный показатель состояния больных, страдающих артериальной гипертензией, который может быть использован для повышения степени объективности оценки клинического прогноза и эффективности вторичной профилактики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

---

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХСН

Романова Е.Е., Самойлова И.В., Волчкова А.Н.,  
Высоткова Г.А., Оттенберг Э.А., Малишевский М.В.

Тюменская больница ФГУ «ЗСМЦ Росздрава», Тюменская  
государственная медицинская академия, г. Тюмень.

**Цель исследования:** Сравнить эффективность капельного и болюсного применения петлевых диуретиков у больных с декомпенсацией ХСН IIIB ФКIII-IV по NYHA

**Материал и методы исследования:** В работу включены больные с ХСН IIIB ФКIII-IV по NYHA, поступившие в ПИТ с отеком легких, приступом кардиальной астмы, массивными отеками.

Из исследования исключены больные с декомпенсацией ХСН на фоне острого воспалительного процесса, а также больные с декомпенсированной ХСН, осложненной инфарктом миокарда.

В исследование включено 39 пациентов, получивших лазикс капельно. Контрольная группа, получившая лазикс струйно составила 29 человек.

В течении всего периода пребывания в ПИТ больные получали: Кардиометаболическую терапию, Нитраты, Дезагреганты, Антикоагулянты, Ингибиторы АПФ, БАБ, Диуретики (Лазикс, средняя суточная доза 300 мг, Верошпирон 100 мг в сутки, Гипотиазид 100 мг в сутки, Увлажненный кислород.

**В ходе исследования проводилась оценка:**

1. Клинических данных (ЧДД, отеки, влияние на гемодинамику);
2. Данные рентгенографии легких;
3. Насыщение крови кислородом при помощи пульсоксиметров;
4. Биохимические показатели (сдвиг ионного баланса);
5. Длительность пребывания в ПИТ.

---

**Результаты:** Купирование клинических симптомов быстрее происходило в исследованной группе, влияние диуретиков на гемодинамику в этой группе менее выражено.

В обеих группах сдвиг ионного баланса минимальный. Длительность пребывания в ПИТ в исследуемой группе по сравнению с контрольной ниже.

Лечение в ПИТ до суток 43,5% и 18% соответственно, до 2 суток: 17,9% и 36,3%, до 3 суток: 20,5% и 18%, до 4 суток: 17,9% и 27,3%

**Выводы:** Капельное применение лазикса позволило сократить пребывание больных с декомпенсацией ХСН в ПИТ.

**ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ  
МЕДИЦИНЫ ПРИ БИОЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ  
СОВМЕСТИМОСТИ У РАБОТНИКОВ ТРАНСПОРТА**

**Романчук П.И.**

*Россия, г. Самара,*

*Центр артериальной гипертензии г. Самара*

Здоровье здорового человека – основа профилактической концепции восстановительной медицины, включающей широкий спектр вопросов формирования, восстановления и укрепления здоровья здоровой части населения России.

**Целью настоящей работы** являются теоретические и практические аспекты воздействия электромагнитного излучения (ЭМИ) на сердечно-сосудистую систему работников транспорта, а также внедрение инноваций восстановительной медицины по профилактике артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы:** для изучения фундаментальных и прикладных проблем в настоящей работе использовались: 1) биофизические методики: 3D биофизическая модель ди-

---

---

польного эквивалентного электрического генератора сердца; 2) авторские патентные материалы, 3) стандарты РФ по защите от ЭМИ; 4) стандартные методы: электрокардиологические, нейрофизиологические, ЭхоКГ, МРТ, КТ и др.

Основные положения, обоснованы итогами двух типов исследований: клинико-эпидемиологическим когортным 6-летним (2003–2008 гг.) наблюдением и исследованием выполненных в гомогенной сплошной выборке более чем 9 тыс. обследуемых. При клиническом исследовании более 2 тыс. работников локомотивных бригад (РЛБ), состоящих на учете с АГ, установлены характерные личностные черты, ассоциирующиеся с развитием психо-вегетативной дезадаптации. Установлено, что заболеваемость АГ и ИБС у машинистов и их помощников гораздо выше, чем у представителей других, не менее “напряженных” профессий. Так, машинисты электропоездов, чье рабочее место находится рядом с двигателем, заболевают ИБС в 1,5 раза, а АГ в два раза чаще своих коллег (других водительских групп). Это связано с тем, что в кабине высокий уровень колебаний магнитных полей, а резкие всплески магнитной энергии могут играть роль пускового механизма в развитии АГ и ИБС.

При воздействии ЭМИ на человека, нарушаются регуляторные процессы в сердечно-сосудистой системе, удерживающие АД на нормальном уровне. Процесс нарастает лавинообразно – т.е. существует положительная обратная связь. Сосуд стремится схлопнуться, но необходимость прокачивания определенного объема крови его раскрывает. Возникают высокочастотные автоколебания стенки сосуда и потока крови в нем, или гидродинамический флаттер. Регуляторная функция кровеносного сосуда направлена на предотвращение возникновения флаттера и является своеобразным кардиосинхронизированным антифлаттерным механизмом (КСАФМ).

В медицине открывается возможность включать массу адекватных защитно-восстановительных реакций организма, способных реставрировать разрушительные клеточные пулы, регенерировать внеклеточный матрикс и тканевые коммуникации,

---

---

восстанавливать функции органов и желез до уровней более высоких, чем они были до заболевания. Это позволяет проводить истинно профилактические мероприятия оздоровления: мотивация человека к здоровому образу жизни, осуществлять антиоксидантную терапию, способствовать употреблению качественной воды, внедрять лечебное питание с использованием нанотехнологий, использовать психотерапевтические методики и тренинги повышения стрессоустойчивости.

**Выводы:**

1. Мониторинг электрокардиологических показателей по контролю воздействия ЭМИ у работников транспорта позволяет своевременно проводить восстановительные мероприятия по профилактике АГ и ИБС.

2. Инновации восстановительной медицины позволяют оптимизировать биоэлектромагнитную совместимость у работников транспорта, а также увеличить профессиональное долголетие квалифицированного персонала.

**ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ  
ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Романчук П.И., Малышев В.К.**

*Россия, г. Самара, Центр артериальной гипертензии, СП "Новые  
пищевые технологии"*

Под охраной здоровья здорового человека понимается совокупность мер политического, духовного, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, направленных на оптимизацию условий для формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья, обеспечивающих снижения заболеваемости и увеличение популяции здоровых и практически здоровых людей (Разумов А.Н., 2007).

---

---

**Цель:** применение нанотехнологий в создании функциональных продуктов лечебного питания для терапии и профилактики артериальной гипертонии (АГ).

**Материал и методы:** Самарское предприятие “Новые пищевые технологии” в настоящий момент производит 27 наименований каш моментального приготовления под маркой “Здоровяк”. Это первый русский функциональный продукт питания, изготавливаемый с применением нанотехнологий. Макробиотические каши изготавливаются: из мытого, цельного зерна (пшеницы, риса, гречки, овса и др.), термообработанного с использованием технологии взрыва, и содержат натуральные не подвергнутые термической обработке растительные добавки: ламинарию, расторопшу, тыкву, шиповник и т.д. Инновационность цикла приготовления готового лечебного продукта питания заключается в использовании современных нанотехнологий и применении импульсного теплового воздействия длительностью 9 сек. Нанозффект обеспечивает разрыхление и измельчение пектиновых связей в растительном сырье, тем самым улучшается биологическая доступность растительной клетки.

“Здоровяк” содержит – антиоксиданты, витамины, минералы, фитопродукты, пищевые волокна, микроэлементы без наличия консервантов и пищевых химических добавок.

Хотя многие антиоксиданты и содержатся в пищевых продуктах, таких как пророщенные зерна, свежие овощи и фрукты, этого количества недостаточно, для подавления агрессии свободных радикалов, которые постоянно образуются в нашем организме под действием агрессивной окружающей среды.

Источниками свободных радикалов являются – выхлопные газы, сигаретный дым, смог, пестициды, гербициды и др. опасные химические соединения, ионизирующие и электромагнитные излучения, ультразвук, длительное облучение солнцем, эмоциональный стресс и длительное нервно-психическое перенапряжение, профессиональный спорт, богатая насыщенными жирами и консервантами пища, а также различные заболевания.

---

---

Кроме того, содержание биологических антиоксидантов в тканях уменьшается при старении организма и интоксикациях, витаминной недостаточности (гиповитаминозах А, Е, С, Р и др.) и дефиците микроэлементов, особенно цинка и селена.

Каши “Здоровяк” приготовленные с использованием нанотехнологий являются надежным средством восстановления обмена веществ, повышения иммунитета, адекватности адаптационных реакций, оптимизации биоэлектромагнитной совместимости, повышения стрессоустойчивости.

Таким образом, применение каши “Здоровяк” позволяет контролировать количество свободных радикалов, способствует детоксикации тканей, сохранению эластичности сосудов всех калибров, улучшению кровотока и микроциркуляции, нормализации нейрогенных механизмов регуляции кровообращения, т.е. восстановлению здоровья человека.

**Выводы:**

1. Восстановительное лечебное питание является методом подавления свободнорадикальной активности, инвазивной детоксикации организма человека, оптимизации нейрогенной регуляции сосудистого тонуса при АГ.

2. Постоянное применение продуктов питания с большим содержанием антиоксидантов является надежным средством в терапии и профилактики АГ.

**ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ  
МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

**Романчук П.И., Тютюнченко И.А.**

*Россия, г. Самара,*

*Центр артериальной гипертензии г. Самара*

---

Здоровье здорового человека – основа профилактической концепции восстановительной медицины, включающей широ-

---

---

кий спектр вопросов формирования, восстановления и укрепления здоровья здоровой части населения России.

**Концепция и методы**, воплощенные в комплекс неспецифических лечебно-восстановительных технологий, расширяют классическую теорию патодинамики и дают новые методы и инструменты лечебно-восстановительного воздействия, повышающие прежде всего неспецифические защитные реакции организма: реактивность, иммунитет, адаптацию, резистентность и др. (Разумов А.Н., Фомин М.И., 2008).

**Целью настоящей работы** является применение инноваций восстановительной медицины для терапии и профилактики артериальной гипертензии (АГ).



*Алгоритм воздействий инноваций восстановительной медицины для профилактики АГ и увеличения профессионального долголетия:*

- нравственное воспитание;
- культурология личности;
- философия проблемы здоровья;
- мотивация здорового образа жизни;

- 
- профилактика факторов риска развития АГ;
  - режим труда и отдыха;
  - биоэлектромагнитная совместимость;
  - агрессивное администрирование по борьбе с курением, алкоголизмом, наркоманией;
  - стандарты диагностики, лечения и профилактики АГ (ВНОК, 2008);
  - восстановительные программы лечения кардиологических больных;
  - применение гравитационной терапии;
  - оптимизация антигипертензивной терапии;
  - развитие антиоксидантной терапии (подавления свободнорадикальной активности, инвазивной детоксикации);
  - употребление качественной воды;
  - лечебное питание, в т.ч. с использованием нанотехнологий (каши типа «Здоровяк»);
  - психотерапевтические методы и тренинги повышения стрессоустойчивости и нормализации нейрогенных механизмов регуляции кровообращения.

Таким образом, в медицине открывается возможность включать массу адекватных защитно-восстановительных реакций организма, способных реставрировать разрушительные клеточные пулы, регенерировать внеклеточный матрикс и тканевые коммуникации, восстанавливать функции органов и желез до уровней более высоких, чем они были до заболевания.

**Вывод:** внедрение инноваций восстановительной медицины в истинно профилактических мероприятиях оздоровления больных с АГ, позволит достичь экономического эффекта и безрецидивного выздоровления.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рубаненко О.А.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО “Самарский государственный  
медицинский университет” Росздрава

**Актуальность.** В настоящее время особое внимание уделяется борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являющимися основной причиной смертности и инвалидизации людей. Ввиду главенствующей роли дислипидемий в развитии атеросклероза лечение атерогенных гиперлипидемий является актуальной проблемой. Сегодня эффективность применения статинов в лечении больных с нарушениями липидного обмена, как средств первичной и вторичной профилактики коронарной болезни сердца, не вызывает сомнений. Однако при недостаточной эффективности гипOLIПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ больным ишемической болезнью сердца показано применение плазмафереза.

**Цель.** Сравнительная оценка применения гипOLIПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ и ПЛАЗМАФЕРЕЗА у больных ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы.** Обследовано 37 больных ишемической болезнью сердца с дислипидемией. Пациенты разделены на группы: 1 группа – 12 человек, принимающих симвастатин (симло 20 мг), 2 группа – 15 человек, получающих розувастатин (крестор 10 мг), 3 группа – 10 человек, получающие плазмаферез на фоне применения статинов. Всем больным исследовался липидный профиль (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПВП, ЛПНП, К/А). Обследование проводилось до лечения, через 1 и 3 месяца при приеме статинов и назначении плазмафереза, а также после последнего сеанса плазмафереза.

**Результаты.** При применении статина “Симло” до лечения ОХ составил  $7,0 \pm 0,6$  ммоль/л, ТГ  $2,0 \pm 0,8$  ммоль/л, ЛПНП

---

4,61±0,7 ммоль/л, ЛПВП 1,52±0,2 ммоль/л, К/А 4,0±0,8, через 1 месяц ОХ 5,2±0,7 ммоль/л, ТГ 1,7±0,5 ммоль/л, ЛПНП 3,23±0,6 ммоль/л, ЛПВП 1,35±0,2 ммоль/л, К/А 3,2±0,7, через 3 месяца ОХ 5,8±0,6 ммоль/л, ТГ 1,8±0,9 ммоль/л, ЛПНП 3,45±0,9 ммоль/л, ЛПВП 1,27±0,3 ммоль/л, К/А 4,1±2,0. При применении статина “Крестор” до лечения ОХ составил 7,2±1,4 ммоль/л, ТГ 3,2±1,5 ммоль/л, ЛПНП 4,26±1,1 ммоль/л, ЛПВП 1,33±0,3 ммоль/л, К/А 4,5±1,0, через 1 месяц ОХ 5,6±1,1 ммоль/л, ТГ 3,0±1,3 ммоль/л, ЛПНП 3,02±1,1 ммоль/л, ЛПВП 1,26±0,2 ммоль/л, К/А 3,7±0,8, через 3 месяца ОХ 4,9±0,8 ммоль/л, ТГ 3,2±2,3 ммоль/л, ЛПНП 2,56±0,8 ммоль/л, ЛПВП 1,2±0,2 ммоль/л, К/А 3,5±1,1. До применения плазмафереза: ОХ 8,2±1,3 ммоль/л, ТГ 5,86±6,7 ммоль/л, ЛПНП 5,2±1,0 ммоль/л, ЛПВП 1,48±0,5 ммоль/л, К/А 4,8±1,7, после последнего сеанса ОХ 5,6±0,9 ммоль/л, ТГ 3,55±1,8 ммоль/л, ЛПНП 2,9±1,1 ммоль/л, ЛПВП 1,24±0,3 ммоль/л, К/А 3,8±1,1, через 1 месяц 5,6±1,0 ммоль/л, ТГ 2,57±1,0 ммоль/л, ЛПНП 3,14±0,8 ммоль/л, ЛПВП 1,39±0,7 ммоль/л, К/А 3,6±1,4, через 3 месяца ОХ 5,3±0,7 ммоль/л, ТГ 2,14±0,8 ммоль/л, ЛПНП 3,12±0,8 ммоль/л, ЛПВП 1,32±0,6 ммоль/л, К/А 3,5±1,4.

**Выводы.** Таким образом, при применении плазмафереза отмечается более выраженное снижение ОХ, ТГ, ЛПНП после последнего сеанса, чем на фоне месячной терапии Крестором и Симло, причём данные различия сохраняются и через месяц после проведения плазмафереза. Через три месяца у больных, получавших плазмаферез снижение ОХ и ТГ остается более значимым, чем у больных первой и второй групп и лишь по уровню ЛПНП через 3 месяца терапия Крестором вызывает такое же снижение данного показателя, как и при комбинированной терапии статинами и плазмаферезом.

---

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПРИЕМА АРИТМОЛОГА

Руденко А.В., Урванцева И. А,  
Мигунова С. Г., Корнеева Е.В.

*Россия, г. Сургут, кружной кардиологический диспансер, “Центр  
диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”,  
Сургутский Государственный университет ХМАО-Югры, кафедра  
общей врачебной практики*

**Актуальность:** высокая частота сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время требует оказания качественной и своевременной медицинской помощи населению; выявление пациентов, нуждающихся в высокотехнологичных методах диагностики и лечения (ЧП ЭФИ, РЧА, имплантация ЭКС и ИКД, программирование ЭКС); подбор эффективной консервативной антиаритмической терапии.

**Цели:** выявление пациентов нуждающихся в высокотехнологичных методах исследования и лечения и профилактика сердечно – сосудистых заболеваний на территории ХМАО.

**Материалы и методы.** В ОКД ЦД и ССХ с 2004 г. организован комплексный прием аритмолога, который включает в себя 3 этапную систему: I этап – консультативный прием аритмолога, на котором оценивались: жалобы, объективный статус больного; на приеме проводилось электрокардиографическое исследование, при наличии показаний – чреспищеводное электрофизиологическое исследование. II этап – повторный прием аритмолога: на приеме пациент с дополнительными методами исследований после осмотров кардиологов центра города. Определялись показания к оперативному лечению у пациента (имплантация электрокардиостимулятора, радиочастотная абляция, имплантация ресинхронизирующих устройств, имплантация кардиовекторов – дефибрилляторов), коллегиальное обсуждение рентгенхирургов и аритмологов центра в тактике ведения пациентов; проводился подбор и коррекция

---

---

программ ИВР у пациентов с имплантированными устройствами; коррекция и подбор антиаритмической терапии. III этап – диспансеризация больных по разработанным алгоритмам, оценка медико-социальной эффективности применяемых методов лечения, работа кураторов. В ОКД организован и ведётся диспансерный учёт аритмологических больных: осмотр аритмолога ОКД, послеоперационное амбулаторное наблюдение больных с осмотром аритмолога 2 раза в год.

Кабинет аритмолога оснащен: дефибриллятором, аптекой экстренной помощи, 2 электрокардиографами (HP, Philips) системой ЧПКС-Биоток, программаторами: Medtronik, Vitatron, Gaidant, Bitotronic, Прогрэкс, Юниор.

**Результаты:** За 2007 г. было оказано консультативных приемов аритмолога – 553, повторных – 3579, ЭКГ на приеме – 143, ЧПЭФИ – 87, подбор программы ИВР-91. По результатам работы аритмологов центра в 2007 г. было проведено: РЧА – 101, ЭФИ – 116, имплантировано ИВР-119, имплантировано кардиовекторов-дефибрилляторов-7, бивентрикулярных кардиостимуляторов – 4. За 2008 г. было оказано консультативных приемов аритмолога – 4582, повторных приемов аритмолога – 2579, ЭКГ на приеме аритмолога – 3711, ЧПЭФИ-110, подбор программы ИВР-535. В 2008 г. было проведено РЧА-412, ЭФИ-125, имплантировано ИВР-429, имплантировано кардиовекторов-дефибрилляторов-14, бивентрикулярных кардиостимуляторов – 76, ресинхронизирующих устройств – 2. Среди прооперированных больных: в 1,3 раза ниже удельный вес обострений (рецидивов) заболеваний; в 1,6 раза ниже показатели числа случаев и в 1,6 раза меньше дней с временной утратой нетрудоспособности; в 1,6 раза ниже инвалидизация, что свидетельствует об эффективности комплексного приема аритмолога и доступности высокотехнологичных методов исследования пациентам ХМАО.

**Выводы:** комплексный прием аритмолога позволяет проводить мониторинг эффективности аритмологического лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, планировать потребность в кардиохирургических операциях, повышать до-

---

---

ступность и качество специализированной помощи населению ХМАО.

**ОСТРЫЕ РАССЛОЕНИЯ И РАЗРЫВЫ АНЕВРИЗМ  
ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ: СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ,  
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ**

**Румбешт В.В., Дюжиков А.А., Новыйдарскова И.Н.**

*Центр кардиологии и сердечно-сосудистой  
хирургии ГУЗ РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**Цель работы:** оценить сроки диагностики осложнений аневризм восходящего отдела аорты (АВА), причины отсроченности; возможности диагностики, а также выявить вклад различной патологии в развитие АВА на современном этапе.

**Материалы и методы:** В ЦКССХ с января 2005 года по май 2008 года были прооперированы 33 пациента с АВА. Острые расслоения и/или разрывы составили 42,4% от общей группы. Средний возраст пациентов составил  $47 \pm 2,3$  лет. Преобладали мужчины (75,8%). Всем больным проводилось общеклинические и лабораторно-инструментальные исследования, включая эхокардиоскопию (ЭхоКС) и рентгеновские исследования (спиральная компьютерная томография (СКТ), коронарокардиография и восходящая аортография). Анализировался интраоперационный материал морфологическими методиками в целях поиска причин развития патологии.

**Результаты:** Средний срок от момента начала клиники до поступления в специализированный стационар составил 48 часов. Среди предполагавшихся диагнозов были вегетососудистая дистония, злокачественные новообразования. Диагноз установлен в 100% случаев при трансторакальном ЭхоКС, в 2 случаях дополнительно проводилась чреспищеводная ЭхоКС,

---

у 4 пациентов – СКТ аорты и ее ветвей. Средний диаметр АВА составил  $76 \pm 1,78$  мм. Расслоение аорты I типа по De Vekey было выявлено у 17 (51%) и II типа – у 3 (9%) больных. Все пациенты были оперированы. При морфологической оценке интраоперационного материала выявлено безусловное лидерство синдрома соединительнотканной дисплазии (43%), атеросклероз (30% случаев), сифилис (3%), неспецифический аортоартериит (6%). Двустворчатый аортальный клапан явился причиной развития АВА в 18 % случаев.

**Выводы.** Отсутствие настороженности врачей первичного звена на возможность развития острой сосудистой патологии аорты приводит к задержке ее диагностики, усугублению состояния пациентов. Динамическая ЭхоКС у пациентов групп риска по развитию АВА позволит выявить начальные признаки формирования АВА, тем самым позволит выполнить оперативное пособие по коррекции в плановых условиях и при стабильной гемодинамике. Целесообразно формирование системы диспансерного наблюдения у пациентов с факторами риска и ранней диагностики аневризм для проведения плановых коррекций.

**ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЯ  
ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА НЕЙТРОФИЛОВ  
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Румянцев М.И., Кратнов А.Е., Мороз Н.Г.,  
Климачева О.В., Хабарова И.В.**

*Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия*

**Цель исследования** – изучение возрастных особенностей кислородзависимого метаболизма и антиоксидантной защиты нейтрофилов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

---

**Материалы и методы.** Наблюдался 121 больной ИБС (средний возраст  $65,5 \pm 10,9$  года), среди которых было 56 (46,3%) больных с нестабильной стенокардией и 65 (53,7%) – с инфарктом миокарда (16 – без зубца Q и 49 – с зубцом Q). Все пациенты были разделены на две группы – зрелого и пожилого возраста: 1-я группа – женщины 35–55 лет и мужчины 35–60 лет, 2-я – женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет. Наблюдение за больными ИБС проводилось в течение года с момента поступления в стационар. Контрольной группой служили 47 пациентов от 18 до 56 лет без достоверно верифицированной ИБС. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности нейтрофилов использовался тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, лактата, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень малонового диальдегида, С-реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов.

Результаты и обсуждение. За период наблюдения умерли от сердечно-сосудистых причин 11 (9,1%) больных. Все умершие (средний возраст  $71,4 \pm 7,4$  года) были пациентами пожилой возрастной группы. Установлено, что у данных пациентов, по сравнению с больными 1-й группы, при поступлении в стационар были достоверно выше уровни лактата ( $1,9 \pm 1 > 1,5 \pm 0,7$  ммоль/л), С-реактивного белка ( $28,7 \pm 41,9 > 17,3 \pm 31,4$  мг/л) на фоне угнетения антиоксидантной защиты в нейтрофилах – снижение активности каталазы ( $276,6 \pm 150,3 < 616 \pm 375,3$  мкат/л) и глутатионредуктазы ( $54,3 \pm 48,9 < 72,4 \pm 54,5$  нмоль·л<sup>-1</sup>·сек<sup>-1</sup>). После проведения однофакторного регрессионного анализа было установлено, что среди различных показателей (увеличение уровня белка в моче, содержания мочевины и креатинина в крови, частоты сердечных сокращений) с ростом риска летального исхода у больных ИБС в течение года наблюдения также связано снижение активности глутатионредуктазы в нейтрофилах.

**Заключение.** Старение организма человека сопровождается снижением антиоксидантной защиты в нейтрофилах, что

---

---

может способствовать неконтролируемому производству ими активных форм кислорода, повреждающих эндотелий и нарушающих гемостаз.

**КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
АТОРВАСТАТИНА И ЭЗЕТИМИБА  
У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЫСОКОГО РИСКА**

**Рыжникова Т.В.**

*Удомля ФГУЗ ЦМСЧ № 141 ФМБА России*

**Цель:** оценить клиническую и экономическую эффективность аторвастатина и эзетимиба у больных сердечно – сосудистыми заболеваниями высокого риска с гиперлипидемией

**Методы:** в исследование включены 27 больных (мужчин – 24, ж – 3, средний возраст 52,7 лет), страдающих ИБС, АГ 11-111 ст. высокого риска и ГЛП 11 а и 11 б типов, распределенных в соответствии с использованным аторвастатином, эзетимибом на 3 группы:

- 1 группа – аторвастатин – А (торвакард), n=10;
- 2 группа – эзетимиб – Э (эзетрол), n=10;
- 3 группа – аторвастатин + эзетимиб – А+Э, n=7.

По показателям липидного профиля больные указанных групп были сопоставимы. К началу исследования больные находились на ранее подобранной эффективной антиангинальной, антигипертензивной терапии, но не была подобрана липидснижающая терапия. На период исследования подобранная антиангинальная и антигипертензивная терапия не менялась. Аторвастатин (торвакард) принимался в дозе 20 мг однократно в сутки вечером, эзетимиб (эзетрол) принимался в дозе 10 мг однократно в день. Длительность наблюдения составила 12 недель.

---

Для анализа эффективности липидснижающей терапии использовалась динамика показателей липидного профиля с определением уровней общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой (ХС ЛПНП) и высокой плотности (ХС ЛПВП).

Для фармакоэкономического анализа использован коэффициент “стоимость /эффективность”. Точкой оценки экономической эффективности считалось влияние на уровень липидов плазмы.

**Результаты:** Через 12 недель лечения отмечено снижение уровней ОХС, ХС ЛПНП в 1 группе на 34,8%, 37,1%, во 2 группе на 26,3%, 28,6%, в 3 группе на 50,2%, 52,6%.

В исследовании использовались генерический препарат торвакард и оригинальный препарат эзетрол. Цена фармакотерапии представляла собой произведения стоимости среднесуточной дозы препарата на количество дней приема и составила для А – 530 рублей, Э – 1'757 рублей, для А+Э – 2'287 рублей на 30 дней.

Коэффициент “стоимость/эффективность” для А, Э и А+Э в пересчете на ОХС составил соответственно 15,2, 66,8 и 45,6, ХСЛПНП – 14,3, 61,4 и 43,5.

Наименьшие значения соотношений “стоимость/эффективность” рассматривались как наилучший показатель. По результатам исследования препараты расположились в порядке убывания по клинической эффективности следующим образом: по ОХС А+Э (50,2 %), А (34,8 %), Э (26,3%), по ХСЛПНП – А+Э (52,6%), А (37,1 %), Э (28,6%), по фармакоэкономической эффективности следующим образом: по ОХС – А (15,2), А+Э (45,6), Э (66,8), по ХСЛПНП – А (14,3), А+Э (43,5), Э (61,4).

Использование А оказалось наиболее целесообразным для снижения уровней ОХС, ХСЛПНП.

**Выводы:** Использование аторвастатина (генерика торвакарда) у больных ИБС, АГ 11-111 ст. высокого риска и ГЛП 11а и 11б типов является не только клинически, но и экономически целесообразным. Но при наличии противопоказаний для использования статинов есть достойная, но правда более дорогая

---

---

(в 3,3 раза дороже) альтернатива – эзетимиб, клиническая эффективность которого сравнимо одинаковая с аторвастатином. Наиболее эффективной для снижения ОХС и ХСЛПНП оказалась комбинация аторвастатин + эзетрол, которая снизила исходный уровень ОХС на 50,2%, ХСЛПНП на 52,6% и которая позволила достичь необходимых уровней ОХС (<4,0 ммоль/л), ХСЛПНП (<2,5 ммоль/л) в 100% случаев, но эта комбинация дороже аторвастатина (генерика торвакарда) в 4,3 раза.

**ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА СОСТОЯНИЕ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ  
ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ**

**Самойлова И.В., Волков А.И., Соколова Н.В.,  
Иванова Ю.В., Воронова Н.С.,  
Земерова Е.Н., Малишевский М.В.**

*Тюменская медицинская академия  
ТБ ФГУ “ЗСМЦ Росздрава”*

**Цель** – изучить состояние сердечно-сосудистой системы у больных с субклиническим гипотиреозом и больных тяжелой хронической сердечной недостаточностью.

**Материалы и методы.** Обследовано 18 больных в возрасте от 52 до 77 лет. Из них лиц мужского пола 2 и 16 женского пола с хронической сердечной недостаточностью I–II Б, II–IV функциональных классов в стадии декомпенсации. 6 человек с ХСН на фоне гипотиреоза и 12 человек с ХСН на фоне состояния эутиреоза.

Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями проведено обследование Эхо-КГ (ФВ, УО, МОС, Ао, КДРлж, КСРлж, КДОлж, КСОлж, КДРлп, РПЖ, VAо, МЖПд, МЖПс, ЗСЛЖд, ЗСЛЖс, пикЕ, пикА), тест шестиминутной ходьбы, определение уровня гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т4

---

св), УЗИ щитовидной железы, холестерин, Миннесотский опросник качества жизни.

**Результаты.** У больных с гипотиреозом в анамнезе выявлено у 3 перенесенный инфаркт миокарда, 1 – перикардит, 2 – артериальная гипертензия III степени. Все больные получают заместительную терапию L-тироксина в дозе 50–100 мкг/сут, имеют не тяжелую ХСН I ст. ФК II (NYHA). У 12 больных: 2 – ревматизм, митральный порок сердца с преобладанием стеноза; 9 – ишемическая болезнь сердца, постоянная форма фибрилляции предсердий; 1 – артериальная гипертензия III ст. выявлена тяжелая хроническая сердечная недостаточность II Б ФК III–IV(NYHA) на фоне состояния эутиреоза. Один из них имеет низкий уровень Т3 без гипотиреоза.

**Вывод.** Наличие гипотиреоза и прием L-тироксина не влияет на течение и тяжесть хронической сердечной недостаточности.

**ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ  
И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ  
У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА  
И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Сапожникова И.Е., Зотина Е.Н.**

*Кировская государственная  
медицинская академия, г. Киров, РФ*

**Цель исследования:** оценить выраженность алекситимии (недостаточной способности к вербализации переживаний) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, сочетающегося с гипертонической болезнью (ГБ).

**Материалы и методы.** Обследовано 83 пациента с СД 2 типа, госпитализированных в специализированный стационар. Пациентам проводилось общеклиническое и лабораторное обследование (гликозилированный гемоглобин (HbA1c),

---

---

гликемический профиль, липидный спектр), опрос по Торонтской алекситимической шкале (TAS) и голландскому опроснику нарушений пищевого поведения (DEBQ).

**Результаты исследования:** среди обследованных преобладали женщины (64 (77%) в возрасте 56 [52; 62,5 лет]. Пациенты имели избыточный вес: индекс массы тела 32 [28,4; 35,6] кг/м<sup>2</sup>. У 69 (83%) пациентов СД сочетался с ГБ, преимущественно 1–2 степеней. Обследованные пациенты характеризовались некомпенсированным углеводным обменом: HbA1c 8,3 [7,2; 10,7] %. У пациентов выявлен повышенный уровень алекситимии: балл по TAS 72 [66; 79], что превышает нормальный уровень (до 60). При проведении корреляционного анализа найдена прямая достоверная связь (0,256;  $p=0,04$ ) только между выраженностью алекситимии и гликемией в течение дня (перед едой). Отсутствовали значимые ассоциации между баллом по TAS и другими показателями, характеризующими соматическую патологию (в том числе HbA1c, гликемия “натощак”, показатели липидного спектра, уровень АД), а также возрастом, длительностью ГБ и СД 2 типа. При анализе пищевого поведения отмечено преобладание ограничительного и экстернального пищевого поведения. Выраженность эмоциогенного пищевого поведения прямо и достоверно коррелировала с концентрацией HbA1c.

**Выводы:**

У пациентов с СД 2 типа в сочетании с ГБ выраженность алекситимии превышает нормальный уровень.

Взаимосвязи алекситимии у пациентов с СД 2 типа в сочетании с ГБ нуждаются в дальнейшем уточнении.

У пациентов с СД 2 типа в сочетании с ГБ преобладали экстернальный и ограничительный типы пищевого поведения.

Выраженность эмоциогенного пищевого поведения у пациентов с СД 2 типа в сочетании с ГБ ассоциировалась со степенью декомпенсации углеводного обмена.

---

## ИНФАРКТ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ СРЕДИ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН

Сарбашева З.М., Эльгаров А.А.

Россия, г. Нальчик,

Кабардино-Балкарский госуниверситет

**Цель:** изучить частоту инфаркта миокарда (ИМ) и основных факторов риска (ФР) атеросклероза среди женщин за 2005–2007 гг.

**Материал и методы.** Осуществлен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт больных с ИМ за три последних года, а также данных эпидемиологического обследования 497 женщин 20–60 лет различных профессий: 178 лиц физического труда (животноводы), 215 – умственного труда (педагоги, социальные и медицинские работники) и 104 – операторских профессий (водители троллейбусов и легковых автомобилей).

**Результаты:** ИМ зарегистрирован у 165, 225 и 211 женщин 40–84 лет. При этом, в 2005 г ИМ среди женщин до 50 лет, а в 2006 и 2007 гг. – до 40 лет не отмечался. Пик заболеваемости в 2005 г отмечен в возрасте 70–79 (65 случаев) и 60–69 (66) лет, а по времени года – в ноябре (18 случаев), январе (15) и мае (15); в 2006 г – соответственно также в 70–79 (100) и 60–69 (69) лет, в апреле (21), мае (18), сентябре (18), октябре (18) и ноябре (18); в 2007 г – в 60–69 (84) и 70–79 (82) лет, в феврале (22), апреле (18) и ноябре (18). Среди больных ИМ, работающих лиц оказалось 24 (14,5%) в 2005, 23 (10,2%) – в 2006 и 16 (11,4%) – в 2007 г. В целом, среди работающих преобладали санитарки (15), преподаватели высших и средних учебных заведений (12), медицинские (12) и административные (11) работники. Артериальная гипертензия (АГ), дислиппротеидемии (ДЛП) и ожирение наблюдались в 66,5 – 53,5 – 51,5% соответственно. С улучшением выписаны 148, 198 и 183 чел, смертность составила в 2005 г. – 10,3%, 2006 –

---

---

12,0% и в 2007 – 13,2%. По данным массовых исследований, частота АГ (20,5%), ДЛП (27,3%), ожирения (31,3%), эпидемиологических вариантов ИБС (7,3%) оказалась наименьшей среди женщин физического труда при сравнении с группой умственного (АГ – 21,1%, ДЛП – 39,0%, ожирение – 39,8%, ИБС – 19,5%) и операторского (АГ – 31,5%, ДЛП – 40,2%, ожирение – 43,5%, ИБС – 23,9%), что свидетельствует о наличии сердечно-сосудистого риска у обследованных, который зависит не только от возраста, но и условий трудовой деятельности и требует организации соответствующего медико-психологического и образовательного мониторинга для профилактики ИМ.

**Выводы:** частота ИМ и уровни смертности имеют тенденцию к росту, что требует осуществления адекватных профилактических медико-психологических.

**ОДНОЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ,  
СЕЛЕНОВЫЙ СТАТУС  
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**

**Селезнев С.В.<sup>1</sup>, Якушин С.С.<sup>1</sup>, Мазо В.К.<sup>2</sup>,  
Зорин С.Н.<sup>2</sup>, Бучанова А.В.<sup>2</sup>**

*Россия, г. Рязань, ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава <sup>1</sup>;  
Россия, г. Москва, ГУ НИИ Питания РАМН <sup>2</sup>*

**Цель работы:** определение предикторов однолетней выживаемости и селенового статуса при ишемической кардиомиопатии (ИКМП).

**Материалы и методы.** Оценка однолетней выживаемости проведена у 41 пациента с ИКМП. В данной работе решили остановиться на анализе данных УЗИ сердца, холтеровского мониторирования ЭКГ.

У 41 пациента определялся селеновый статус. Оптимальной считалась концентрация селена в сыворотке крови от 115–

---

---

130 мкг/л, 90–114 мкг/л – субоптимальная, 70–90 мкг/л – легкий дефицит, менее 70 мкг/л – глубокий дефицит.

**Проводилось сравнение результатов:** УЗИ сердца (конечного диастолического размера левого желудочка (КДР), конечного систолического размера левого желудочка (КСР), фракции выброса левого желудочка (ФВ), холтеровского мониторинга ЭКГ (градации желудочковых нарушений ритма по Ryan) у умерших и выживших пациентов.

**Результаты и их обсуждение:** наблюдались 1 женщина, 40 мужчин, средний возраст  $60,1 \pm 1,0$  лет. Однолетняя выживаемость составила 80,5% (за первый год наблюдения умерло 8 пациентов). Причинами смерти явились: в 3 случаях – внезапная сердечная смерть, в 3 – декомпенсация хронической сердечной недостаточности, в 2 – острое нарушение мозгового кровообращения. На основании инструментальных методов исследования умерших и выживших больных с ИКМП установлено: у умерших достоверно выше были показатели КДР 6,8 см и 7,5 см ( $p=0,03$ ). ФВ у умерших имела тенденцию к снижению ФВ 36,7% и 25,8% ( $p=0,22$ ). Изучение градаций желудочковых нарушений ритма показало отсутствие статистически значимых различий ( $p=0,09$ ) у умерших и выживших больных. Среднее значение уровня селена у анализируемых пациентов ИКМП 66,1 мкг/л (легкий дефицит – 39,0%, глубокий дефицит – 58,5%, субоптимальная концентрация – 2,5%).

**Выводы:** в нашем исследовании отрицательную прогностическую значимость при однолетней выживаемости у пациентов ИКМП продемонстрировало увеличение КДР. Различия ФВ у выживших и умерших пациентов, различия в градациях желудочковых нарушений ритма по Ryan не достигли статистически значимых различий у выживших и умерших больных. Учитывая наличие выраженного снижения уровня селена у 2/3 наших пациентов с ИКМП и только у 2,5% наличие субоптимальной концентрации, можно предположить участие данного микроэлемента в механизмах развития и прогрессирования данного заболевания.

**ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ  
В РАЗЛИЧНОЕ ВРЕМЯ СУТОК В ПОДОСТРУЮ  
СТАДИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА  
С УЧЕТОМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОН ДИСКИНЕЗИИ**

**Селиверстова Л.Г., Амиянец В.Ю.,**

**Филатов С.А, Пахомова Л.З.**

*Россия, г. Пятигорск, ФГУ ПГНИИК,  
санаторий “Лесная поляна”*

**Цель:** оценить реакцию на физические тренировки в подострую стадию инфаркта миокарда в зависимости от времени суток с учетом распространенности зон дискинезии (ЗДК) миокарда левого желудочка.

**Методы:** клинические (субъективная переносимость и гемодинамические показатели – артериальное давление и частота сердечных сокращений до-, во время и после нагрузки), инструментальные (электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография, Холтеровское мониторирование ЭКГ, тест 6-минутной ходьбы), лабораторные (общий анализ крови, биохимические показатели крови). Наблюдалось 80 пациентов в возрасте от 31 до 68 лет в подостром периоде инфаркта миокарда. В зависимости от распространенности ЗДК больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 34 пациента с ЗДК<25%, 2 группа – 46 больных с обширными ЗДК>25%. В процессе реабилитационного лечения всем больным назначалась медикаментозная терапия ( $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты  $Ca^{++}$ , нитраты, антиагреганты и др.), лечебная физкультура, терренкур с постепенным увеличением уровня тренирующей нагрузки с 500 до 3000 м в утренние и дневные часы, массаж, психотерапия, физиотерапевтические процедуры. Продолжительность лечения составила 24 дня.

**Результаты:** У пациентов 1 группы наблюдалась более выраженная стабилизация ЭКГ в процессе лечения, чем во 2 группе ( $p<0.05$ ) за счет улучшения процессов реполяризации.

---

Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) как в покое, так и при нагрузке – чаще регистрировались у пациентов 2 группы независимо от времени суток. У пациентов 1 группы количество ЖЭ на утренней прогулке было существенно выше, чем в дневные часы ( $p < 0.01$ ). В ответ на нагрузку количество ЖЭ у больных 1 группы значительно возрастало в утренние часы, чего не было зафиксировано в дневные часы ( $p < 0.01$ ). Депрессия сегмента ST у пациентов 2 группы оказалась достоверно больше, независимо от времени терренкура, т. е. и в утренние и дневные часы ( $p < 0.01$ ).

**Выводы:** у больных с обширными ЗДК тренировки должны проводиться при “щадящем” уровне нагрузок независимо от времени суток. У больных без обширных ЗДК терренкур лучше проводить в дневные часы.

**АСИММЕТРИЧНЫЙ ДИМЕТИЛАРГИНИН  
КАК МАРКЕР ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ  
И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ  
С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ**

**Сергеева Е.Г., Нифонтов Е.М., Жлоба А.А.**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет им. акад. И.П. Павлова*

**Актуальность.** В последние годы большое внимание уделяется поиску новых маркеров дисфункции эндотелия и оценке их клинической значимости. Некоторые из них, в особенности гомоцистеин и асимметричный диметиларгинин рассматриваются как новые факторы риска атеросклероза, имеющие прогностическое значение у больных ишемической болезнью сердца.

**Цель данной работы** – изучить уровень асимметричного диметиларгинина и его прогностическое значение у больных ишемической болезнью сердца с гипергомоцистеинемией.

---

---

**Методы исследования.** Обследовано 34 больных ИБС, стенокардией напряжения 2–3 функционального класса (30 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 39 до 69 лет. Все больные были рандомизированы по критериям включения (верифицированный диагноз ИБС по данным коронарографии или положительного тредмил теста) и исключения (отсутствие клинически значимых сердечной, дыхательной недостаточности, патологии почек, печени, щитовидной железы, онкологических заболеваний). Определяли концентрацию в плазме крови гомоцистеина (ГЦ), асимметричного диметиларгинина (АДМА) и цитруллина методом жидкостной хроматографии с помощью системы Agilent 1100. Липидный спектр крови определяли стандартным спектрофотометрическим методом. Все больные наблюдались в динамике в течение года.

**Полученные результаты.** Гипергомоцистеинемия была выявлена у 21 больного (1 группа), у 13 пациентов 2 группы уровень ГЦ был в пределах нормы ( $16,4 \pm 4,1$   $\mu\text{моль/л}$  против  $8,9 \pm 1,7$   $\mu\text{моль/л}$  соответственно). Обе группы больных были сопоставимы по возрасту и уровню общего холестерина ( $5,9 \pm 3,57$  ммоль/л в группе 1 и  $6,2 \pm 1,02$  ммоль/л в группе 2 соответственно), а также другим факторам риска ИБС. У пациентов с гипергомоцистеинемией отмечалось существенное повышение уровня АДМА –  $0,94 \pm 0,33$   $\mu\text{моль/л}$  при верхней границе нормы  $0,6$   $\mu\text{моль/л}$ .

Выявлена достоверная положительная корреляционная зависимость ( $P < 0,05$ ) между содержанием гомоцистеина и асимметричного диметиларгинина в плазме крови больных ИБС:  $r = 0,48$ ,  $P < 0,05$ . Кроме того, установлена корреляционная зависимость между содержанием цитруллина и АДМА плазмы крови больных ИБС:  $r = 0,47$ ,  $P < 0,05$ . Не выявлено корреляционной взаимосвязи между уровнем АДМА и показателями липидного спектра крови. Если при наблюдении в динамике у больных 2 группы сохранялось стабильное течение ИБС, стенокардии напряжения, то 9 пациентов 1 группы были повторно госпитализированы по поводу острого коронарного синдрома.

---

---

**Выводы.** Нами установлено достоверное повышение уровня асимметричного диметиларгинина в плазме крови ИБС с гипергомоцистеинемией, причём оба показателя имели положительную корреляционную взаимосвязь. Известно, что АДМА – эндогенный конкурентный ингибитор NO-синтазы, который может снижать продукцию оксида азота и усиливать дисфункцию эндотелия. Гипергомоцистеинемия, в свою очередь, повышает тромбогенный потенциал крови. По-видимому, более выраженная дисфункция эндотелия на фоне гипергомоцистеинемии способствует внутрикоронарному тромбозу с развитием острого коронарного синдрома.

**НОРВАДИН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ  
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Середа Е.В., Каменева Т.Р., Водорезова Т.Н.,  
Родионов Б.А., Коняхин А.Ю.,  
Фадеева Е.А., Радзевич А.Э.**

*МГМСУ, ГКБ № 52, г. Москва, Россия*

**Цель:** оценить влияние норвадина на суточный профиль артериального давления (АД), параметры гемодинамики при лечении пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС): стенокардией напряжения (СтН) II-III функционального класса (ФК).

**Методы исследования:** были включены 20 пациентов АГ в сочетании с ИБС: СтН II–III ФК (12 мужчин и 8 женщин, средний возраст – 59,5 лет). Длительность АГ составила 9,4 года. У 8 больных диагностирован II ФК СтН, у 12 – III ФК СтН, средний ФК составил 2,60. Все пациенты до включения в исследование проходили “отмывочный период”. В течение 2 недель все больные получали базисную терапию, которая включала

---

атенолол, аспирин, изосорбида динитрат. При включении пациентов в исследование к базисной терапии добавляли норвадин по 10 мг в сутки в течение 30 суток. Всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию.

**Результаты:** при анализе результатов СМАД было отмечено достоверное снижение среднего систолического артериального давления (САД) на 10,9%, среднего диастолического артериального давления (ДАД) на 13,2%, средненочного САД на 12,6%, средненочного ДАД на 14,6%, временного гипертонического индекса (ИВ) САД (в дневные часы на 30,6% и в ночные часы на 24,2%, ИВ ДАД (в дневные часы на 41,1% и в ночные часы на 40,2%. Было выявлено увеличение пациентов с нормальной степенью снижения АД в ночные часы. При анализе гемодинамических показателей выявлена оптимизация параметров гемодинамики, проявившаяся достоверным снижением ОПСС на 17,6%.

**Выводы:** включение норвадина в состав комплексной терапии больных АГ в сочетании с ИБС: СтН II–III ФК способствует оптимизации средних показателей СМАД, параметров гипертонической нагрузки, суточного профиля АД, показателей гемодинамики.

**РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ  
ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ  
КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

**Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Атрощенко И.Н.**

*Самарский государственный медицинский университет,  
кафедра факультетской терапии,  
г. Самара, Россия*

**Цель.** Определить факторы риска неблагоприятного исхода у больных ДКМП.

---

---

**Методы исследования.** Под длительным наблюдением находилось 80 пациентов с диагнозом ДКМП. Возраст пациентов при первичном поступлении в клинику был от 15 до 62 лет. Средний возраст  $43,7 \pm 1,2$  лет. Наиболее часто ДКМП встречалась в возрастной группе от 40 до 49 лет. Подавляющее большинство больных были мужчины – 64 человека (80%), женщин было 16 человек (20%).

**Результаты.** Из 80 больных ДКМП, судьбу которых удалось проследить за период от 1 года до 10 лет, 58 человек (72,5%) умерли, 22 человека (27,5%) выжили. Средний возраст выживших больных был  $41,8 \pm 9,3$  лет, умерших  $44,5 \pm 9,5$  лет. Среди выживших больных было 20 мужчин (91%) и 2 женщины (9%), среди умерших было 48 мужчин (82,7%) и 10 женщин (17,3%). Эпизодов тромбоэмболий у выживших не было, из числа умерших они возникали у 15 больных (25,9%). Семейных случаев ДКМП у выживших не было, у умерших было 2 случая (3,4%). Распределение больных по синдрому ХСН (по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко) было следующим: Н1 у 2 выживших (9,1%), среди умерших Н1 не было, Н2А у 20 выживших (90,1%) и 16 умерших (27,6%), Н2Б у 12 выживших (54,5%) и 17 умерших (29,3%), среди выживших Н3 не наблюдалось, среди умерших Н3 обнаружилась у 25 человек (43,1%). Распределение больных по NYHA: II функциональный класс у 12 выживших (54,5%) и 13 умерших (22,4%), III – у 8 выживших (36,4%), 14 умерших (24,1%), IV – у 2 выживших (9%) и 32 умерших (55,2%). Синусовый ритм выявлялся у 8 выживших (36,4%) и 16 умерших (27,6%), мерцательная аритмия выявлялась у 9 выживших (41%) и 40 умерших (69%), желудочковая экстрасистолия обнаруживалась у 3 выживших (13,6%) и 22 умерших (38%), блокада ножек пучка Гисса у 3 выживших (13,6%) и 9 умерших (15,5%), изменения сегмента S–T у 12 выживших (54,5%) и 32 умерших (55,2%), очагово-фиброзные изменения у 9 выживших (41%) и 34 умерших (58,6%). Значения кардио-торакального индекса у выживших были  $0,63 \pm 0,08$  у умерших  $0,64 \pm 0,06$ .

**Заключение.** Неблагоприятное влияние на исход заболевания оказывали тромбоэмболические осложнения, Н2А стадии

---

---

и более (по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко), соответствующие ФК III-IV по NYHA, семейная форма ДКМП, очаговые фиброзные изменения на ЭКГ, мерцательная аритмия, частые желудочковые экстрасистолы.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ  
КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ  
ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ  
И ГИПОТИРЕОЗЕ**

**Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Пыхалова Н.Е.**

*Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет*

**Цель работы:** оценить антигипертензивный эффект различных комбинаций антигипертензивных препаратов у женщин с артериальной гипертензией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) и гипотиреозе.

**Материалы и методы:** обследовано 28 женщин с АГ, МС и гипотиреозом, средний возраст составил  $55,6 \pm 4,60$  лет. Пациентки были распределены в две группы: первая группа (13 женщин) получали комбинацию дигидропиридинового антагониста кальция амлодипина (Норваск, Pfizer) и агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин (Физиотенз, Solvay Pharma), вторая группа (15 женщин) – амлодипин и антагонист рецепторов ангиотензина II валсартан (Диован, Novartis Pharma). Исходно проводилось общеклиническое обследование, измерение офисного артериального давления (АД), определение уровней глюкозы крови, липидного спектра, гормонов щитовидной железы, эхокардиография (ЭХО-КГ), электрокардиография. Критерии включения в исследование: установленный гипотиреоз; уровень АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст.; окружность талии  $>80$  см, уровень глюкозы натощак  $\geq 6,1$  ммоль/л и/или уровень глюкозы после

---

нагрузочного теста 7,8–11,1 ммоль/л; уровень триглицеридов  $\geq 1,7$  ммоль/л; холестерина липопротеидов высокой плотности  $< 1,2$  ммоль/л, липопротеидов низкой плотности  $> 3,0$  ммоль/л.

**Результаты исследования.** До исследования средний уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) составил: в первой группе  $156,92 \pm 8,34$  мм рт.ст. и  $96,38 \pm 5,22$  мм рт.ст.; во второй группе  $154,06 \pm 7,29$  мм рт.ст. и  $93,93 \pm 4,48$  мм рт.ст.

Через три месяца терапии в первой группе уровень САД снизился до  $126,30 \pm 3,77$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), уровень ДАД – до  $80,07 \pm 3,27$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ); во второй группе – до  $128,86 \pm 3,97$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) и  $80,93 \pm 5,20$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) соответственно. Вместе с тем, количество пациенток, достигших целевых значений АД было больше в группе, получавшей амлодипин и моксонидин: в первой группе АД  $< 130/80$  зарегистрировано у 10 (76,9%) женщин, а во второй группе – у 9 (60%) больных. Кроме того, ни одна из комбинаций отрицательно не повлияла на показатели углеводного, липидного обменов, а также гормональный статус пациенток.

**Заключение.** Комбинированная терапия амлодипином в комбинации с моксонидином или валсартаном оказывала сопоставимый антигипертензивный эффект у женщин с АГ при МС и гипотиреозе, однако применение амлодипина и моксонидина позволило достичь целевых значений АД у большего числа пациенток. Применяемая антигипертензивная терапия являлась метаболически нейтральной.

---

**МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ  
ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

**Смакаева Э.Р., Хасанова А.Р.,  
Галлямова В.Р., Мингазетдинова Л.Н.**

*Башкирский государственный  
медицинский университет, г. Уфа*

Острый коронарный синдром (ОКС), включающий развивающийся инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМБП ST) и нестабильную стенокардию (НС), является одной из главных причин госпитализации по поводу обострения ИБС во всем мире. В многоплановой проблеме коронарной болезни роль воспаления, индуцированного хроническими инфекциями и, вероятно, связанного с аутоиммунными механизмами, признается дополнительными факторами риска. Провоспалительные цитокины являются ключевыми медиаторами противоинфекционной защиты. Если предположить, что у больных ОКС в прогрессировании и стабилизации клинических проявлений участвуют два взаимосвязанных механизма – нарушение метаболизма и транспорта липидов и воспаление сосудистой стенки, то роль воспаления изучена недостаточно.

**Цель.** Изучить уровень экспрессии провоспалительных цитокинов в развитии ОКС.

**Методы исследования.** Проведены комплексные клинико-функциональные и биохимические исследования 90 больных мужчин с ОКС. Регистрировалось ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография с изучением показателей глобальной сократимости – фракция выброса (ФВЛЖ %), максимальный поперечный размер левого предсердия (ЛП), конечный систолический и диастолический размеры и объемы левого желудочка (КСР, КДР, КСО, КДО), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка. Оценка диастолической функции проводилась по максимальной скорости кровотока во время систолы левого

---

предсердия (VA, см/с), скорости раннего пика диастолического наполнения (VE, см/с), отношение VA/VE, фазы систолы предсердий, площади под кривыми раннего кровотока, их отношению (E/A). Определяли активность ферментов, тропонин Т, липидный спектр.

**Результаты исследования.** Анализируя уровень экспрессии провоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$ , IL-6 и TNF  $\alpha$  нами получено достоверное повышение активности IL-1 $\beta$  при ОКС. Причем у больных ИМБП ST они были увеличены в 2,3 раза по сравнению с НС и в 5 раз больных стабильной стенокардией (СС). Показано, что до 30% цитокинов синтезируются непосредственно в ткани сердца, где IL-1 $\beta$  и TNF  $\alpha$  обладают частично перекрещивающейся и самоиндуцирующей активностью. Это проявилось увеличением экспрессии TNF при ОКС, однако степень повышения при инфаркте миокарда составила 182,32 $\pm$ 13,6 пг/мл по отношению к НС – 33,74 $\pm$ 0,85 пг/мл, т.е. в 2,9 раз ( $p < 0,0001$ ), различия между НС и СС менее выражены. Повышение IL-6 было высоким и значимым только при ИМБП ST и менее выражено при стенокардии. Была выявлена тесная корреляция IL-1 $\beta$  с фракцией выброса и объемом левого желудочка ( $r = -0,583$ ,  $r = +0,950$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Наличие высокой экспрессии IL-1 $\beta$  и IL-6 при остром коронарном синдроме указывают на преобладание процесса воспаления как одного из процессов дестабилизации, а меньшие изменения TNF  $\alpha$  – на истощение этого показателя при длительном течении ОКС и развитие более тяжелого течения заболевания.

---

**ТРАНСКРИПЦИОННЫЙ ФАКТОР AP-1  
КАК ГЕН-РЕГУЛЯТОР ЭКСПРЕССИИ ГЕНА IL-18**

**Соболев В.В.<sup>1</sup>, Саутин М.Е.<sup>1</sup>,  
Саркисова М.К.<sup>2</sup>, Пирузян Э.С.<sup>1</sup>,**

*Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН<sup>1</sup>;  
Научный центр сердечно-сосудистой  
хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН<sup>2</sup>*

**Цель исследования:** изучить влияние AP-1 транскрипционного фактора на экспрессию гена IL-18.

**Материалы и методы.** Для построения генетических сетей использована информация о генах, взаимодействующих с транскрипционным фактором AP-1, в том числе о гене IL-18 и связанных с его экспрессией ген-генных взаимодействиях. В качестве инструмента для обработки табличных значений использовали программный продукт MetaCore™, компании GeneGo Inc (США). В исследование включены гены со значением p-value менее 0,001.

**Результаты исследования.** AP-1 транскрипционный фактор – это группа парных комплексов, которые составляют ДНК – связывающие белки семейств Jun (c-Jun, JunB, JunD), Fos (c-Fos, FosB, Fra1, Fra2), ATF (ATF1, ATF2, ATF3, ATF4) и Maf (Maf, Maf A, Maf B). Компоненты c-Fos и c-jun, активируют ген IL-18. продукт гена IL-18 стимулирует пролиферацию, миграцию гладкомышечных клеток путем транскрипционной регуляции и оказывает провоспалительное и проатерогенное действие.

Обнаружено активирующее влияние гена IL-18 на гены NF-κB, p38 MAPK, ген IL-5. Результатом активации фактора NF-κB является запуск процессов клеточной пролиферации и клеточной адгезии, увеличение экспрессии цитокинов и возникновение опосредованной реакции, приводящей к прогрессии клеточного цикла.

Ген IL-18 оказывает активирующее воздействие на ген p38 MAPK, кодирующий MAP киназу, передающую сигнал внутри

---

клетки, и активирующую, в свою очередь, c-FOS и MEF2c и PPAR-гамма. При этом продукты экспрессии гена IL-5 подавляют экспрессию p38 MAPK. Ген PPAR-гамма вовлечен в процессы патогенеза таких заболеваний, как ожирение, диабет, атеросклероз и рак, а MEF2c-фактор, увеличивающий транскрипцию, известен как белок, экспрессированный в ядрах пролиферирующих гладкомышечных клетках и, таким образом, связанный с атеросклерозом.

**Заключение.** Проведенное биоинформационное исследование показало опосредованное через активацию гена IL-18 влияние транскрипционного фактора AP-1 на процессы пролиферации гладкомышечных клеток, дифференциацию адипоцитов и регуляцию клеточного цикла, что позволяет сделать вывод об участии его в патогенезе таких заболеваний, как ожирение, диабет, атеросклероз и рак.

**ИНТЕНСИВНОСТЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО  
ОКРАШИВАНИЯ КОЛЛАГЕНА-I И КОЛЛАГЕНА-III  
В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ  
И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН**

**Соломахина Н.И.**

*Россия, г. Москва, ММА им. И.М. Сеченова,  
Госпиталь для Ветеранов войн № 1*

**Цель.** Сравнить интенсивность иммуногистохимического окрашивания коллагена-I и коллагена-III в миокарде больных с систолической и диастолической сердечной недостаточностью (С-ХСН и Д-ХСН). Материалы и методы. Исследован миокард (аутопсийный материал) 11 больных пожилого и старческого возраста от 75 до 93 лет ( $80,2 \pm 1,3$ ), (5 муж. и 6 жен.) с ишемической болезнью сердца, умерших от прогрессирующей С-ХСН (ФВ < 40%) (n=6) и Д-ХСН (ФВ > 40%) (n=5). Интенсивность иммуногистохимического окрашивания коллагена-I и коллагена-III

---

оценивалась на парафиновых срезах ткани миокарда толщиной 5 мкм передней стенки левого желудочка вне крупноочагового (постинфарктного) кардиосклероза отдельно по зонам: эндомизиальной, перимизиальной и периваскулярной. Применялся иммунопероксидазный метод с использованием кроличьих поликлональных первичных антител к антигенам: коллагена-I и коллагена-III человека (ООО “ИМТЕК”, Россия). В качестве визуализирующей системы использовались полимеры, конъюгированные с вторичными антителами и меченые пероксидазой хрена (EnVision System Dako, Дания). Результаты иммуногистохимической реакции оценивались полуколичественно по 5-балльной шкале: 0 баллов – отрицательная реакция; 1 балл – очень слабое диффузное или слабое очаговое окрашивание, 2 балла – слабое тотальное окрашивание; 3 балла – умеренное окрашивание; 4 балла – интенсивное окрашивание; 5 баллов – сверхинтенсивное окрашивание. Сравнение полученных данных между группами проводилось по сумме рангов при помощи критерия Манн–Уитни. Достоверными считались отличия при  $p(U) < 0,05$ .

**Результаты и выводы.** Выявлена достоверно большая интенсивность иммуногистохимического окрашивания коллагена-III в группе Д-ХСН, чем в группе С-ХСН: при эндомизиальной локализации (ср.балл 1.4 и 0.6,  $p(U)=0.05$ ), перимизиальной локализации (ср.балл 1.6 и 0.5,  $p(U)=0.04$ ), периваскулярной локализации (ср.балл 1.6 и 1.0,  $p(U)=0.03$ ). По интенсивности иммуногистохимического окрашивания коллагена-I достоверных различий между Д-ХСН и С-ХСН не выявлено: при эндомизиальной локализации коллагена-1 (ср.балл 0.6 и 0.5,  $p(U)=1.00$ ), при перимизиальной локализации (ср.балл 1.4 и 1.3,  $p(U)=0.82$ ), при периваскулярной локализации (ср.балл 1.4 и 1.6,  $(U)=0.39$ ).

---

**УРОВЕНЬ НЕОПТЕРИНА КРОВИ  
И ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ,  
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ**

**Степченко М.А., Князева Л.И., Князева Л.А.,  
Горяйнов И.И., Лукашов А.А., Мальцева Г.И.,  
Алтунин А.В., Черткова В.Н., Гулидова Ю.М.  
ГОУ ВПО “КГМУ Росздрава”, г. Курск, Россия**

**Цель работы.** Изучение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и содержания неоптерина (НП) крови у больных артериальной гипертензией (АГ), обусловленной истинной полицитемией (ИП).

**Материалы и методы.** Обследовано 188 больных ИП, из них 102 мужчин и 86 женщин в возрасте 39–64 лет (средний возраст  $56,4 \pm 4,3$  года). У 60 больных имела место I стадия ИП, у 128 пациентов – эритремическая стадия ИП, из них у 64 человек определена миелоидная метаплазия селезенки согласно критериям ВОЗ (2001). Группу сравнения составили 34 больных эссенциальной АГ II степени. Группа контроля была представлена 30 здоровыми донорами. Эндотелийзависимую вазодилатацию оценивали по методу О.В. Ивановой (1998 с соавт.). Неоптерин крови определяли методом иммуноферментного анализа (BRAHMS, Германия). Результаты исследования. Оценка сосудодвигательной активности плечевых артерий ультразвуковым методом установила уменьшение относительного расширения плечевой артерии у больных АГ на фоне I ст. ИП (в среднем на 35,5%,  $p < 0,05$ ) в сравнении с больными эссенциальной АГ и контрольной группой ( $10,6 \pm 2,1\%$ ). При изучении вазорегулирующей функции эндотелия у больных АГ в зависимости от тяжести ИП установлено, что наименьшая величина ЭЗВД ( $2,9 \pm 0,3\%$ ,  $p < 0,05$ ) определена в группе больных АГ на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки. Изучение содержания НП показало достоверное

---

---

повышение его концентрации в сыворотке крови у больных АГ, обусловленной ИП, по сравнению с группой контроля и пациентами эссенциальной АГ. Наибольшее содержание НП определено у пациентов АГ на фоне II Б ст. ИП (эритремическая стадия с миелоидной метаплазией селезенки). Уровень НП в этой группе составил  $22,8 \pm 0,8$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ выявил наличие обратной связи между величиной ЭЗВД и концентрацией неоптерина ( $r = -0,76$ ,  $p < 0,01$ ), что указывает на значимость активации моноцитарно-макрофагального звена иммунитета в прогрессировании вазорегулирующей дисфункции сосудистой стенки у больных АГ, обусловленной ИП.

**Выводы.** У больных АГ, ассоциированной с ИП, имеет место нарушение вазорегулирующей функции эндотелия и повышение уровня неоптерина крови. Прогрессирование выявленных нарушений у больных АГ сопряжено с тяжестью ИП.

**ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ  
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ  
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.**

**Сысоева Н.Н., Тыренко В.В.**

*ВМА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия*

**Цель:** провести сравнительную оценку эффективности различных комбинаций гиполипидемических средств у пациентов с метаболическим синдромом.

**Методы исследования:** под наблюдением находилось 52 пациента мужского пола с метаболическим синдромом, установленным согласно критериям NCEP АТPIII 2001 г., в возрасте от 32 до 65 лет, не переносящих высокие дозы статинов. Каждую из комбинаций: аторвастатин 10 мг/сут (или симвастатин 20 мг/сут) + эзетимид 10 мг/сут; фенофибрат 200 мг/сут + эзетимид 10 мг/сут; фенофибрат 200 мг/сут + эзетимид 10 мг/сут + метформин 500 мг/сут – пациенты принимали в течение

---

2-х месяцев с периодами “wash-out” 2 недели между приемом каждой из комбинаций. Оценивались изменения липидного спектра, переносимость лекарственной терапии, побочные эффекты.

**Полученные результаты:** через 2 месяца приема комбинации аторвастатина (симвастатина) и эзетимида уровень общего холестерина снизился на 19,7%, ХС ЛПНП – на 32,2%, ТГ – на 7,9%, в тоже время уровень ХС ЛПВП снизился на 9,4%. При этом побочных эффектов, приводящих к отмене лечения, зафиксировано не было. Прием комбинации фенофибрата и эзетимида способствовал снижению общего холестерина на 16,2%, ХС ЛПНП – на 14,1%, ТГ – на 32,1%, повышению уровня ХС ЛПВП на 32%. Двум пациентам (3,8%) терапия была отменена из-за непроходящих диспептических расстройств. Комбинация фенофибрата, эзетимида и метформина привела к снижению общего холестерина на 40%, ХС ЛПНП – на 38,3%, ТГ – на 49,2%, повышению уровня ХС ЛПВП на 45%. Три пациента (5,8%) прекратили прием терапии в связи с появлением аллергической кожной сыпи, металлического привкуса во рту.

**Выводы:** комбинация аторвастатина (симвастатина) и эзетимида предпочтительна у пациентов с гиперлипидемией, совместное назначение фенофибрата и эзетимида наиболее оправданно для коррекции дислипидемии. Комбинацию фенофибрата, эзетимида и метформина можно рекомендовать для одновременной коррекции гипер- и дислипидемий и углеводного обмена у пациентов с метаболическим синдромом. Каждая из назначенных комбинаций хорошо переносилась пациентами, имела низкую частоту побочных эффектов.

---

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Таова М.Х.

*кафедра факультетской терапии  
Кабардино-Балкарского государственного университета,  
г. Нальчик*

Гипертрофическая кардиомиопатия – наследственное заболевание миокарда с массивной гипертрофией желудочков (преимущественно левого), приводящее к уменьшению полости левого желудочка, нарушающее его диастолическую функцию и нередко сопровождающееся обструкцией выносящего отдела левого желудочка.

**Целью работы явилось** оценка эхокардиографических данных, встречаемости различных типов гипертрофической кардиомиопатии, среднего возраста выявления и частоты сочетания с другими заболеваниями

**Метод исследования:** трансторакальная эхокардиография.

**Полученные результаты.** Частота гипертрофической кардиомиопатии составила 1:540 среди пациентов, имевших основание для направления на обследование в виде клинических симптомов или отклонений от нормы на электрокардиограмме. В одном случае имело место обследование ближайших родственников больного с выявлением гипертрофической кардиомиопатии у 4 из 8 членов семьи.

Средний возраст больных составил 43 года. Асимметрическая кардиомиопатия выявлена в 73% случаев, концентрическая – в 27%. Очень высокий процент концентрической гипертрофической кардиомиопатии у жителей Кабардино-Балкарии, возможно, объясняется генетическими особенностями и требует дальнейших исследований.

Средняя толщина межжелудочковой перегородки составила 16,58 мм. Средняя толщина задней стенки левого желудочка

---

---

незначительно превышала норму 11,42 мм. Отношение межжелудочковая перегородка/задняя стенка левого желудочка составило при асимметрической кардиомиопатии 1,73; при концентрической кардиомиопатии 1,04. Размеры полостей левого и правого желудочков не превышала нормальные показатели. Фракция выброса несколько превышала нормальный уровень и составила в среднем 74,5%. Митральная регургитация имела место в 36% случаев. При асимметрической кардиомиопатии скорость в выносящем тракте более чем в 2 раза превышала норму (2,5 м/с), при концентрической кардиомиопатии скорость составила 1,6 м/с.

Сопутствующая патология была представлена врожденными пороками сердца в 18%, гипертрофическая кардиомиопатия, ассоциированная с гипертригонией, имела место в 27%.

**Выводы:** ввиду того, что болезнь выявлялась на поздней стадии, когда имелась выраженная гипертрофия левого желудочка, сопровождавшаяся обструкцией выносящего тракта и митральной регургитацией, следует более широко проводить эхокардиографическое обследование, в особенности членом семей больных гипертрофической кардиомиопатией.

**О ВЗАИМОСВЯЗИ ВАЗОДИЛАТАТОРНОЙ ФУНКЦИИ  
ЭНДОТЕЛИЯ И ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО  
РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Тарасов А.А., Давыдов С.И.,  
Киселева М.А., Шевченко Л.А.**

*Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный  
медицинский университет, кафедра факультетской терапии*

Эндотелиальная дисфункция (ЭД), по мнению Комитета экспертов ASH Writing group (2005), является ранним маркером патологии сердечно-сосудистой системы и, таким образом, ми-

---

---

шенью для фармакотерапии. Исследование функционального состояния сосудистого эндотелия и его взаимосвязь с факторами риска у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в настоящее время являются актуальной исследовательской проблемой.

**Целью** исследования явилось выявление корреляционных связей между показателем вазодилаторной функции эндотелия и выраженностью основных факторов сердечно-сосудистого риска у больных с хронической ИБС (ХИБС).

Исследовано 16 больных хроническими формами ИБС (8 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 55 до 70 лет. Определялись общеклинические лабораторные показатели, антропометрические данные, функциональные параметры сердца (выраженность систолической и диастолической дисфункции), степень АГ, выраженность микроальбуминурии, уровень С-реактивного белка, наличие и степень выраженности поражения органов – мишеней и наличие ассоциированных клинических состояний.

Эндотелиальная функция (эндотелий-зависимая вазодилатация, ЭЗВД) оценивалась пробой с реактивной гиперемией по методике Лебедева П.А. и соавт. (2004 г.) с использованием фотоплетизмометрического датчика. В качестве интегрального показателя использовался показатель функции эндотелия (ПФЭ), выраженный в процентах. Статистический корреляционный анализ проводился по методу Pearson с использованием пакета SPSS 10.0.

Признаки ЭД по данным теста с реактивной гиперемией отмечены у 62,5% больных. Выявлена сильная достоверная отрицательная корреляционная связь ПФЭ с уровнем триглицеридов ( $r = -0,675$ ,  $p = 0.008$ ) и умеренная отрицательная связь на уровне тенденции ( $r = -0,408$ ,  $p = 0.052$ ) с уровнем систолического АД.

**Заключение:** выявлено, что у больных ХИБС вазодилаторная функция эндотелия взаимосвязана с показателями липидного обмена и уровнем АД. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на оценку влияния коррекции

---

данных факторов риска на эндотелиальную функцию у больных ХИБС.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ III – IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ,  
III – IV СТАДИИ РИСКА**

**Тетелютина Ф.К., Пантюхина Н.В., Сушенцова Т.В.**

*Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО “Ижевская государственная  
медицинская академия”*

Артериальная гипертензия беременных, по данным мировой литературы, является одной из наиболее значимых патологий беременных и представляет высокий риск для матери и плода (по данным ВОЗ, с ней связано 20-33% случаев материнской смертности). Течение беременности осложняется угрозой прерывания, преэклампсией, преждевременной отслойкой плаценты, ФПН, внутриутробным страданием и задержкой развития плода, нередко нежелательные исходы беременности и родов для матери и плода.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у женщин с первичной артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 35 беременных с первичной артериальной гипертензией III–IV степени тяжести, III–IV стадии риска, поступивших в реанимационное отделение специализированного кардиологического родильного дома № 6 при Республиканском клинико-диагностическом центре (РКДЦ) Удмуртской Республики. Из них у 20 (57.2%) беременность протекала в сочетании с гестозом средней степени тяжести и у 14 (42.8%) – с гестозом тяжелой степени.

---

Возраст обследуемых колебался от 19 до 43 лет.

**Результаты исследования.** Наиболее частыми осложнениями во время беременности были преэклампсия средней степени тяжести – 20 (57,2%) и тяжелой степени 14 (42,8%), угроза прерывания беременности – 20 (57,2%), фетоплацентарная недостаточность – 9 (25,7%), хроническая внутриутробная гипоксия плода – 14 (40,0%), внутриутробная задержка развития плода – 9 (25,7%). У 23 беременных (67,7%) железodefицитная анемия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при предыдущей беременности отмечалась у 3 (8,6%) и у 7 (20,0%) были преждевременные роды.

Методом родоразрешения, у данной группы в 100,0% явилось кесарево сечение. Из них большинство операций было произведено в экстренном порядке – 21 женщина (60,0%), соответственно в плановом порядке – 14 женщин (40,0%). Следует указать, что у 3 (8,6%) показаниями к абдоминальному родоразрешению со стороны матери явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, со стороны плода – острая внутриутробная гипоксия у 4 (11,4%). В послеродовом периоде 4 родильницы (11,4%) в связи с нестабильным артериальным давлением были переведены в женское кардиологическое отделение. Особо вызывает тревогу состояние здоровья новорожденных, так как только 5 (14,3%) из 35 были здоровыми. В асфиксии родилось 14 новорожденных (40,0%), с гипотрофией – 9 (25,7%), и недоношенными родилось – 7 (20,0%).

**Заключение.** На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том что, беременных в сочетании с артериальной гипертензией III–IV степени тяжести, III–IV стадии риска, следует относить к группе высокого риска развития осложнений во время беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Оптимизация тактики ведения беременности и родов у данной группы беременных женщин должна быть под строгим наблюдением акушера-гинеколога и кардиолога в течение всей беременности.

---

---

## ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Титов В.В.

*Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава, Клиника факультетской терапии*

**Актуальность:** в настоящее время проблема качества жизни пожилых больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и, в частности, гипертонической болезнью остаётся открытой. От качества жизни во многом зависит, как будет протекать в дальнейшем болезнь у пациента и то, какой отпечаток она оставит на его психическом статусе. В пожилом возрасте у многих больных страдают когнитивные функции (интеллект, внимание, память), эмоционально-волевая сфера (тревожно-депрессивные расстройства), неминуемо прогрессируют хронические сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Физическое недомогание в пожилом возрасте приводит к пессимистической оценке будущего, нарушение сенсорных функций (ухудшение зрения, слуха) снижает коммуникативные возможности, усугубляет изоляцию, а утрата способности самообслуживания делает пациента зависимым. В целом, чем тяжелее инвалидизация пожилого человека, тем более вероятно появление у него депрессивных симптомов.

**Цель исследования:** оценить особенности качества жизни у пожилых больных с гипертонической болезнью.

**Материал и методы исследования:** было обследовано 54 больных пожилого возраста (61–74 года) с гипертонической болезнью II и III стадией, II и III степенью, III и IV группами риска. Из них 35 женщин и 19 мужчин. Результаты оценивались исходя из сбора жалоб, сбора анамнеза болезни и анамнеза жизни, физикального обследования, лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, RW-реакция,

---

биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин с фракциями, общий холестерин, мочеви́на, креатинин, АЛАТ, АСАТ, ПТИ, глюкоза крови), инструментальных исследований (ЭКГ в динамике, УЗИ почек). Качество жизни оценивалось по специальным опросникам: 1) CES-D (Шкала самооценки депрессии центра эпидемиологических исследований) и 2) SF – 36 (Оценка качества жизни пациента). Шкала CES-D включает 20 вопросов, касающихся настроения, мышления, нарушения сна и аппетита, отношений с окружающими, чувства удовольствия. Опросник SF-36 содержит в себе 11 вопросов, касающихся оценки собственного здоровья, отношения к физическим нагрузкам, эмоционального состояния и другие. Эти опросники наиболее точно отражают основные показатели качества жизни пожилых больных, имеющих тревожно-когнитивные расстройства.

**Полученные результаты:** Все больные были поделены на 2 группы: 1 группа (23 человека) – из них 14 мужчин и 9 женщин – пациенты с преобладающим нарушением когнитивных функций; 2 группа (31 человек) – из них 19 женщин и 12 мужчин – пациенты с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств. В первой группе преобладали нарушения памяти, интеллекта и активного внимания. Во второй группе преобладали тревога, снижение настроения, интересов, утрата былой активности.

**Выводы:** таким образом, исследование качества жизни пожилых больных с гипертонической болезнью с помощью специальных опросников помогло выявить нарушение когнитивных функций (интеллект, память, внимание) с преобладанием у мужчин и тревожно-депрессивных расстройств с наибольшим преимуществом у женщин. Это свидетельствует о том, что физиологический процесс старения дополняется гипертонической болезнью, нарушением интеллектуально-мнестической сферы, что неминуемо ведёт к социальной дезадаптации, тревожно-депрессивным мыслям и, как следствие, изоляции.

---

**ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТНОЙ ТЕРАПИИ  
КОАКСИЛОМ НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ  
С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Титов В.В.**

*Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный  
медицинский университет Росздрава, Клиника факультетской  
терапии*

**Актуальность:** пожилые больные, как правило, имеют множество хронических заболеваний, среди которых и заболевания сердечно-сосудистой системы, и гипертоническая болезнь. Обычно врачи назначают только антигипертензивные препараты и иногда препараты, улучшающие мозговое кровообращение. Но мало кто из них добавляет к базисной терапии антидепрессанты. Это заставляет задуматься над тем, что гипертоническая болезнь как следствие своего среднего и тяжёлого течения со временем вызывает депрессивные расстройства (снижение настроения, утрата чувства удовольствия, пониженная самооценка), так и априорное существование тревожно-депрессивных симптомов ухудшают течение, лечение, качество жизни и прогноз гипертонической болезни у пожилых.

**Цель исследования:** оценить влияние лечения антидепрессантом коаксилом на качество жизни пожилых больных с гипертонической болезнью.

**Материал и методы исследования:** было обследовано 54 больных пожилого возраста (61–74 года) с гипертонической болезнью II и III стадией, II и III степенью, III и IV группами риска. Из них 35 женщин и 19 мужчин. Все больные получали к базисной антигипертензивной терапии (эналаприл 20 мг\*1 р/сут, индапамид 2,5 мг\*1 р/утром, тромбо-АСС 50 мг\*1 р/обед) антидепрессант коаксил 12,5 мг\*1 р/утром. Результаты оценивались исходя из сбора жалоб, сбора анамнеза болезни и

---

анамнеза жизни, физикального обследования, лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, RW-реакция, биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин с фракциями, общий холестерин, мочевины, креатинин, АЛП, АСАТ, ПТИ, глюкоза крови), инструментальных исследований (ЭКГ в динамике, УЗИ почек). Оценка качества жизни проводилась через 1 месяц после начала лечения коаксиллом по опросникам качества жизни -шкала самооценки депрессии CES-D и шкала оценки качества жизни SF-36.

**Полученные результаты:** все больные были поделены на 2 группы: 1 группа (23 человека) – из них 14 мужчин и 9 женщин – пациенты с преобладающим нарушением когнитивных функций; 2 группа (31 человек) – из них 19 женщин и 12 мужчин – пациенты с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств. Пациенты обеих групп получали коаксил в дозе 12,5 мг. У больных 1 группы (8 мужчин, 7 женщин – улучшилось настроение, незначительно исчезла тревожность; 6 мужчин, 2 женщины – улучшилось только настроение). У больных 2 группы – (5 мужчин, 11 женщин – полностью исчезла тревога, нормализовалось настроение, улучшилось внимание; 4 мужчины и 4 женщины – исчезла только тревога; 4 женщины и 3 мужчины – незначительно уменьшилась тревога и улучшилось настроение).

**Выводы:** проведенное исследование позволяет сказать, что лечение пожилых больных с гипертонической болезнью коаксиллом улучшает качество жизни, уменьшает тревожно-депрессивные расстройства, улучшает активное внимание и память.

---

## ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОАКСИЛОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Титов В.В.

*Россия, г. Самара, ГОУ ВПО Самарский государственный  
медицинский университет Росздрава, Клиника факультетской  
терапии*

**Актуальность:** в XXI веке, одним из главных факторов, определяющих лечение, является его стоимость. Соотношение эффективность/стоимость, особенно для лиц пожилого возраста, очень важно, учитывая психосоциальные аспекты их жизни (малый размер пенсии, множество хронических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, сниженная физическая активность). Гипертоническая болезнь является одной из самых затратных по стоимости нозологий, особенно у пожилых пациентов, так как требует постоянного и длительного приёма лекарственных средств. Зная, что непрерывное лечение ухудшает качество жизни больных, а периодами заставляет отказываться от него, вызывая тревожно-депрессивные расстройства, необходимо добавлять к базисной терапии гипертонической болезни антидепрессанты (например, коаксил).

**Цель исследования:** оценить стоимость лечения больных гипертонической болезнью при добавлении к терапии антидепрессанта Коаксила.

**Материал и методы исследования:** было обследовано 54 больных пожилого возраста (61–74 года) с гипертонической болезнью II и III стадией, II и III степенью, III и IV группами риска. Из них 35 женщин и 19 мужчин. Все больные получали к базисной антигипертензивной терапии (эналаприл 20 мг\*1р /сут, индапамид 2,5 мг\*1 р/утром, тромбо-АСС 50 мг\*1 р/обед) антидепрессант коаксил 12,5 мг\*1 р/утром. Результаты оценивались исходя из сбора жалоб, сбора анамнеза болезни и анамнеза жизни, физического обследования, лабораторных

---

---

исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, RW-реакция, биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин с фракциями, общий холестерин, мочеви́на, креатинин, АЛАТ, АСАТ, ПТИ, глюкоза крови), инструментальных исследований (ЭКГ в динамике, УЗИ почек). Оценка качества жизни проводилась через 1 месяц после начала лечения коаксиллом по опросникам качества жизни -шкала самооценки депрессии CES-D и шкала оценки качества жизни SF-36.

**Полученные результаты:** все больные были поделены на 2 группы: 1 группа (23 человека) – из них 14 мужчин и 9 женщин – пациенты с преобладающим нарушением когнитивных функций; 2 группа (31 человек) – из них 19 женщин и 12 мужчин – пациенты с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств. Пациенты обеих групп получали коаксил в дозе 12,5 мг. Стоимость 10 дней лечения 1 больного составила (эналаприл 20 мг – 70,20 руб., индапамид 2,5 мг – 29,40 руб., тромбо-АСС 50 мг – 17,30 руб., коаксил 12,5 мг – 100,30 руб.) – 217,20 руб. У больных 1 группы (8 мужчин, 7 женщин – улучшилось настроение, незначительно исчезла тревожность; 6 мужчин, 2 женщины – улучшилось только настроение). У больных 2 группы – (5 мужчин, 11 женщин – полностью исчезла тревога, нормализовалось настроение, улучшилось внимание; 4 мужчины и 4 женщины – исчезла только тревога; 4 женщины и 3 мужчины – незначительно уменьшилась тревога и улучшилось настроение).

**Выводы:** следовательно, стоимость и эффективность лечения гипертонической болезни у пожилых больных при добавлении коаксила 12,5 мг преимущественно выгодна по сравнению с отсутствием антидепрессантной терапии. При этом лечение протекает качественнее и быстрее, а это в свою очередь улучшает качество жизни пожилых пациентов с гипертонической болезнью.

---

## МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Уметов М.А., Инарокова А.М., Дидигова Р.Т.,  
Экажева М.Я., Анзорова З.З.

**Цель:** Изучить влияние магнитолазерной терапии (МЛТ) на гемодинамику, клинико-биохимические, иммунные, гормональные и психофизиологические показатели у лиц с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы:** Проведено скрининговое амбулаторное обследование 86 мужчин, в возрасте 30–59 лет, с полным МС. Из них 30 получали 10 ежедневных процедур МЛТ по контактной методике с помощью аппарата “Лазурь М”, генерирующего импульсное излучение инфракрасного спектра, длиной волны 0,89 мкм. Воздействие магнитолазером осуществлялось на шейно-воротниковую область и проекцию печени с экспозицией облучения на 1 поле от 40 до 60 сек (4–6 полей во время процедуры). Через 8 недель на фоне проводимой терапии всем больным проведены клинико-инструментальные и лабораторные исследования.

**Результаты:** На фоне МЛТ произошло снижение повышенного уровня лептина на 36%, резистина на 28,5%, кортизола на 39%, что положительно отразилось на параметрах углеводного обмена. Понизились уровни глюкозы натощак (на 16%) и после нагрузки глюкозой (на 18,4%), а также соответствующие показатели инсулина (соответственно на 37 и 39%) и С-пептида (соответственно на 38 и 22%). Снизился уровень общего холестерина (ХС) на 20%, ХС липопротеинов низкой плотности на 21% и коэффициент атерогенности на 34%. Произошло снижение уровня фактора некроза опухоли  $\alpha$  на 39,5%, интерлейкина-6 (ИЛ-6) на 36,9%, ИЛ-1 $\beta$  на 12,6%, концентрации острофазовых показателей: С-реактивный белок на 44,5% и фибриногена на 45,5%, что подтвердило выраженное противовоспалительное действие МЛТ. Так же МЛТ оказало неспецифическое стиму-

---

---

лирующее воздействие на Т-клеточное звено иммунитета, дающее прирост содержания субпопуляций Т-лимфоцитов, при нормализации уровня В-лимфоцитов и циркулирующие иммунные комплексы. В результате применения МЛТ через 8 недель у больных было обнаружено достоверное снижение уровней систолического артериального давления (АД) на 8,6% и диастолического АД на 7,1%. Улучшились такие психофизиологические параметры обследованных больных как время простой зрительно-моторной реакции и показатель тонуса вегетативной нервной системы, что свидетельствует об уменьшении симпатикотонии, играющей важную роль в развитии артериальной гипертонии у больных МС.

**Вывод:** Магнитолазерная терапия способствует нормализации уровней лептина, резистина, уменьшению выраженности инсулинорезистентности, гиперлипидемии, улучшению психофизиологических параметров, обладает гипотензивным, противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектами.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ  
РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВТОРИЧНОЙ  
ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ  
ЭНАЛАПРИЛОМ И ЛОЗАРТАНОМ**

**Ушкалов А.В., Михин В.П., Шарова В.Г.,  
Веденьева В.В., Харченко А.В.**

*Россия, г. Курск, ГОУ ВПО "Курский  
государственный медицинский университет"*

За последние два десятилетия были выявлены существенные взаимосвязи между показателями вегетативной нервной системы (ВНС) и степенью тяжести сердечно-сосудистых заболеваний, включая артериальную гипертонию (АГ). Однако, на баланс ВНС при АГ оказывает влияние и наличие сочетанной

---

---

патологии, в том числе вторичной легочной гипертензии. К одним из основных групп препаратов, широко применяемых при лечении АГ, относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II.

**Целью исследования явилась** оценка свойств коррекции дисбаланса ВНС и переносимости иАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II при лечении АГ в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сопровождающейся вторичной легочной гипертензией.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 48 больных АГ I–II степени в сочетании с ХОБЛ, сопровождающейся вторичной легочной гипертензией, в стадии ремиссии в возрасте 40–59 лет (33 мужчин и 15 женщин), средний возраст больных составил  $51,4 \pm 6,4$  лет. Длительность течения АГ составила  $8,6 \pm 4,9$  года. Наличие легочной гипертензии верифицировалось измерением среднего давления в легочной артерии при эхокардиографическом исследовании. Все больные методом выборки случайных чисел были рандомизированы на 2 группы в соответствии с полом, возрастом пациентов, клинико-anamnestическими данными. Пациенты 1 группы (22 человек) в течение 2 месяцев принимали эналаприл (Россия) в дозе 5–20 мг в сутки, пациенты 2 группы (26 человек) – лозартан (“Лозап”, Чехия) в дозе 12,5–50 мг в сутки с учетом площади тела. Базисная терапия ХОБЛ оставалась неизменной на всем протяжении исследования. Регистрация показателей variability ритма сердца (BPC) оценивалась холтеровским мониторингом ЭКГ на аппарате “Кардиотехника-4000” с помощью программного обеспечения KT-Result до включения в исследование и далее ежемесячно на протяжении всего периода наблюдения. Проводился анализ низкочастотных и высокочастотных компонентов (LF и HF). Переносимость препаратов оценивалась путем опроса пациентов о наличии нежелательных явлений. При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) рассматривался объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1). Статистическая обработка материалов исследования производилась стандартными методами пара-

---

---

метрической статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0.

**Результаты исследования.** Показатели ВРС до включения в исследование отличались преобладанием симпатических колебаний LF над парасимпатическими HF в обеих группах ( $773,7 \pm 33,6$  и  $425,4 \pm 19,2$ , соответственно, в группе терапии эналаприлом,  $752,2 \pm 37,2$  и  $398,0 \pm 13,8$  – в группе терапии лозартаном). Различия между группами недостоверны ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует об однородности исследуемых групп. Через месяц терапии эналаприлом уровень LF снизился на 10% от исходного и составил  $696,3 \pm 31,1$ , показатель HF повысился на 12% от исходного и составил  $476,4 \pm 18,6$  ( $p < 0,05$ ). На фоне приема лозартана на тот же срок LF уменьшился на 21% ( $594,2 \pm 34,7$ ), HF увеличился на 28% от исходного и составил  $509,4 \pm 15,5$  ( $p < 0,05$ ). К концу лечения в 1 группе LF составил  $626,7 \pm 24,2$ , HF –  $524,1 \pm 16,6$  ( $p < 0,05$ ). Во 2 группе наблюдались следующие значения показателей variability ритма сердца: LF- $534,8 \pm 18,4$ , HF- $550,7 \pm 12,8$ . При опросе пациентов 1 группы 5 человек отметили на фоне приема препарата появление постоянного сухого кашля, однако, ухудшение показателей ФВД отмечалось только у одного из них (снижение ОФВ1 на 14,6% от исходного). Во 2 группе не отмечалось ни субъективных, ни объективных ухудшений ФВД на фоне приема препарата (различия показателей ОФВ1 до и после лечения недостоверны).

**Заключение.** У лозартана выявлена высокая корректирующая активность в отношении дисбаланса ВНС при отсутствии побочных эффектов со стороны дыхательной системы у больных артериальной гипертонией в сочетании с вторичной легочной гипертензией. Более слабый в этом отношении эффект эналаприла, по сравнению с данными литературы, возможно, объясняется влиянием на ВНС дыхательной патологии.

**ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ  
ЧЕРЕЗ 24 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ КОРДАФЛЕКСОМ РД  
У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ**

**Фадеева С.С., Буданова В.А.,  
Ястребова Е.И., Борисова Н.А.**

*Россия, г. Пенза, Медицинский Институт ПГУ*

**Актуальность:** современным препаратом из группы антагонистов кальция, занимающим важное место в терапии АГ, является кордафлекс (Кордафлекс РД, EGIS). Он обладает высокой сосудистой селективностью и пролонгированным действием, что обеспечивает не только длительный контроль за уровнем АД, но и снижение риска развития сердечно – сосудистых осложнений.

**Цель:** изучение органопротекторного действия кордафлекса РД у лиц старше 60 лет с систолодиастолической (СДАГ) I–II степени и изолированной АГ (ИСАГ).

**Материалы и методы исследования:** в открытое проспективное 24-недельное исследование было включено 48 пациентов с АГ I–II степени в возрасте старше 60 лет ( $60,15 \pm 4,81$  лет). Все участники исследования были поделены на две группы: I группа – 26 человек с СДАГ (38,46%) (4 мужчин и 22 женщины) в возрасте ( $67,19 \pm 4,14$  лет); II группа – 20 пациентов с ИСАГ (61,54%) (3 мужчин и 17 женщин) в возрасте ( $67,7 \pm 3,67$ ) лет. Пациентам после отмывочного периода назначали кордафлекс РД (EGIS, Венгрия) в виде монотерапии (40 мг/сутки). Органопротекторное действие оценивали по динамике показателей эхокардиографии (Эхо-КГ), результатам микроальбуминурии (МАУ). Одномерное и двумерное сканирование с применением доплерографии проводили на эхокардиографе MyLab 90 (“Esaote”, Италия). Массу миокарда рассчитывали по формуле R. Devereux, учитывался индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Определяли время изоволюметрической релаксации левого желудочка

---

(ВИР), максимальные скорости кровотока раннего ( $V_e$ ) и позднего ( $V_a$ ) диастолического наполнения, отношение  $VE/VA$ . МАУ определяли с помощью тест – полосок “Mikral-test”, за норму принимали концентрацию альбумина в моче менее 20 мг/л в ночной порции мочи.

**Результаты:** исходно по ЭХО-КГ у 34 (71%) человек выявлено наличие концентрической гипертрофии левого желудочка (КГЛЖ), у 4 (8,7%) – эксцентрическое ремоделирование миокарда (ЭГЛЖ), последние принадлежат к I группе. У больных с ИСАГ структурно – функциональные изменения были более выражены, чем с СДАГ. ИММЛЖ исходно составлял  $153,2$  ( $147,2$ ;  $190,9$ ) и  $151,6 \pm 25,3$  в той и другой группах. На фоне терапии у пациентов с КГЛЖ наблюдалась высокодостоверная динамика ИММЛЖ с  $151,4$  ( $133,23$ ;  $168,19$ ) до  $147,45 \pm 26,65$  ( $p=0.00004$ ), толщина ЗСЛЖ с  $1,3$  ( $1,2$ ;  $1,4$ ) до  $1,22 \pm 0,11$  ( $p=0.0002$ ) и МЖП с  $1,3$  ( $1,3$ ;  $1,4$ ) до  $1,29 \pm 0,11$  ( $p=0,001$ ). У пациентов с (ЭГЛЖ) снизился КДО на 20%. В обеих группах отмечали выраженное снижение ОПСС, увеличение ФВ. 36 (78,3%) человек имели нарушение диастолической функции по гипертрофическому типу, 4 (8,7%) пациента по псевдонормальному. У лиц с 1-м типом диастолической дисфункции достоверно улучшались показатели трансмитрального кровотока, соотношение  $E/A$  увеличилось на 13,6%, а ВИР уменьшалось на 14,5%. МАУ определялась у 9 человек в группе СДАГ и 20 пациентов с ИСАГ. На фоне лечения количество пациентов с микроальбуминурией сократилось до 9 человек в I группе и 8 человек во II-ой.

**Выводы:** по данным ЭХО-КГ, анализам мочи длительный приём кордафлекса РД сопровождался кардио- и нефропротективным действием, заключающимся в улучшении систолической, диастолической функции левого желудочка, регрессе ГМЛЖ, снижении ОПСС. Терапия кордафлексом РД пожилых больных с АГ сопровождалась улучшением функционального состояния почек: достоверно снижался уровень МАУ, преимущественно в группе с ИСАГ, нормализовалась внутриклубочковая гемодинамика. Антагонисты кальция являются препаратом выбора при лечении пожилых пациентов с ИСАГ.

---

---

**РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ “ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА”  
ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н.,  
Радайкина О.Г., Гурьянова Л.Н.**

*Россия, г. Саранск, ГОУВПО “Мордовский госуниверситет им.  
Н.П. Огарева”*

Одной из причин невысокой эффективности лечения больных артериальной гипертензией (АГ) является низкая приверженность лечению пациентов, что связано с недостаточностью имеющейся у них информации о своем заболевании и часто отсутствием навыков самоконтроля АД. Решению этой проблемы могло бы способствовать систематическое обучение больных в “Школах пациента”. Актуальным является изучение эффективности работы “Школы” на стационарном этапе.

**Цель исследования:** анализ работы “Школы пациента” для больных АГ, функционирующей на базе кардиологического отделения Мордовской республиканской клинической больницы.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты обучения 50 пациентов в возрасте от 39 до 69 лет с АГ I–III стадий. Образовательная программа “Школы” предусматривала ежедневные занятия на протяжении 60 минут в группах из 10 человек. Цикл обучения состоял из пяти занятий, которые проводились в форме бесед с использованием иллюстративного материала, закрепляющего теоретическую информацию. С целью проведения анализа работы проводилось анкетирование слушателей до и после обучения.

**Результаты.** Большинство респондентов отмечали у себя наличие значительного числа факторов, неблагоприятно влияющих на прогноз при АГ. Наибольшую распространенность в обследованной группе имели такие факторы риска как нерациональное питание (88%), отягощенная наследственность (69%) и подверженность частым психоэмоциональным нагрузкам (56%). На втором месте по частоте встречаемости –

---

чрезмерное употребление поваренной соли и гиподинамия (по 42%). Реже респонденты отмечали наличие у себя таких ФР как курение (23%) и злоупотребление алкоголем (36%). У большинства больных имела место комбинация нескольких ФР. До обучения ежедневно контролировали артериальное давление (АД) 48% пациентов, половина больных регулярно принимала гипотензивные средства (53%).

Сразу после обучения в “Школе” контролировать АД и регулярно лечиться стали 100% пациентов. 90% пациентов выразили намерение соблюдать рекомендаций по вторичной профилактике АГ: отказаться от прежнего объема потребляемой соли, контролировать калорийность пищи и содержание насыщенных жиров в продуктах, увеличить физическую активность, нормализовать массу тела. Однако большинство курящих пациентов не желали отказываться от этой вредной привычки: полностью отказаться от курения решили только 15% курящих, уменьшить количество выкуриваемых сигарет – 10%.

Через 3 месяца после обучения пациенты вновь были подвергнуты обследованию. Систематическую гипотензивную терапию спустя 3 месяца проводили 79% пациентов и 74% больных продолжали регулярно контролировать уровень АД. Ограничили употребление поваренной соли и насыщенных жиров только 66% пациентов, увеличили физическую активность 40%, несколько снизили массу тела 22%, ни один пациент не отказался от курения.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что терапевтическое обучение значительно повышает приверженность больных к систематической гипотензивной терапии и самоконтролю АД, что приведет к улучшению прогноза больных, снижению обращаемости за медицинской помощью и уменьшению затрат на медицинское обеспечение данной категории пациентов. Однако однократный курс обучения в “Школе пациента” на стационарном этапе лечения малоэффективен в отношении модификации образа жизни больных АГ. Опыт работы “Школы” диктует необходимость продолжения образовательной программы в амбулаторных условиях и

---

---

постоянного контакта с пациентами с целью длительного поддержания информированности пациентов и сформировавшихся мотиваций по вторичной профилактике АГ на максимально высоком уровне.

**АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА  
ВО ВРЕМЯ СНА У ЧЛЕНОВ ЭКИПАЖЕЙ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ КОСМИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ**

**Федорова И.Н., Черникова А.Г., Фунтова И.И.,**

*Россия, г. Москва, Государственный научный центр РФ Институт  
Медико-биологических проблем РАН*

**Введение.** За последние годы анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) получил широкое распространение в клинике и физиологии. Он уже давно активно используется для исследования вегетативной регуляции кровообращения в условиях невесомости. В данной работе представлены первые данные о результатах применения анализа ВСР для изучения особенностей вегетативной регуляции у космонавтов во время сна.

**Методы и материалы исследований.** Для исследования состояния членов Международной космической станции (МКС) во время сна был использован новый прибор “Сонокард”, который позволяет бесконтактным методом регистрировать сейсмокардиограмму. Программным путем на основе полученной сейсмокардиограммы строятся динамические ряды кардиоинтервалов в течение всей ночи. С помощью этого прибора проводятся систематические (один раз в 14 дней) исследования во время сна у членов экипажей МКС. До полета и после полета проводятся по 2–3 исследования. В настоящем сообщении представлены материалы анализа вариабельности сердечного ритма во время сна у одного из членов экипажа во время 6-месячного полета на МКС.

---

**Результаты исследований.** По данным предполётных обследований, напряжение функциональных систем космонавта увеличивается в связи с ростом психоэмоциональной нагрузки во время активной подготовки к полёту. Однако, в течение ночи происходит восстановление функциональных резервов организма. Изменения в значениях показателей ВСП во время длительной экспедиции свидетельствуют о смещении вегетативного баланса в сторону активизации парасимпатического отдела. Значение стресс индекса варьирует в течение полёта (SI в пределах 19,62–81,57 у.е.), проявляя тенденцию к увеличению к концу экспедиции. В условиях невесомости во время сна наблюдается существенно более высокая активность парасимпатического звена регуляции, что говорит о хорошей эффективности восстановительных процессов. Значения суммарной мощности спектра ВСП увеличиваются в 2 раза к концу полёта по сравнению с начальным этапом, что говорит об активации регуляторных механизмов. Посадка и последующая адаптация к земной гравитации привели к выраженному напряжению функциональных систем организма космонавта (SI=149,38 у.е.).

**Заключение.** Получены отчетливые данные о том, что в невесомости сон протекает с более значительной, чем на Земле активацией парасимпатического звена регуляции. Выявлена тенденция к росту активности регуляторных систем к концу полугодового пребывания в космосе.

---

## АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОГО КАРДИОЛОГА

Филипченко Е.М., Колесников В.В., Свинцова О.В.

*Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет;*

*Кафедра поликлической терапии с курсом  
ФПК и ППС “Общая врачебная практика  
(семейная медицина)”*

**Цель работы** – проанализировать опыт врачей-кардиологов, работающих в лечебных амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Краснодара, по применению антикоагулянта варфарина. В работе использован метод добровольного анонимного анкетирования, в котором участвовали 15 кардиологов. Анкеты включали вопросы по опыту применения варфарина в клинической работе кардиолога. Респонденты имеют стаж работы по специальности: до 10-ти лет – 6%, до 15-ти лет – 27%, более 15-ти лет – 67% врачей. В своей практической работе варфарин применяют все (100%) кардиологи. Опыт применения препарата более 6 лет имеют – 14 врачей, более 10 лет – 1 кардиолог. 12 (80%) врачей, применяющих антикоагулянт, указывают, что контроль МНО проводят регулярно, но 3 врача (20%) не могут контролировать показатель регулярно и объясняют это тем, что больные не всегда проводят назначенное исследование (по различным причинам). Все кардиологи (100%) отмечают сложности с достижением целевого показателя МНО, при этом 3 (20%) врача не знают с чем это связано, 1 специалист (6,7%) указывает на возможную нечувствительность к препарату, 1 (6,7%) – с генетическими аномалиями больных, 2 (13,3%) – с тем, что больные определяют показатель в различных лабораториях, 8 (53,3%) – влияет диета, “злоупотребление зеленью, зелёным чаем”. За весь период применения варфарина 2 кардиолога не отмечали побочных эффектов препарата; 10 врачей наблюдали единичные лёгкие кровоизлияния (подкожные,

---

десневые, носовые), 3 врача – наблюдали кровотечения, потребовавшие госпитализации (2 случая желудочных кровотечений, 1 – кишечное кровотечение). 3 респондента отмечали нежелательное лекарственное взаимодействие варфарина с аспирином и симвастатином (увеличение МНО). Все кардиологи (100%) отметили проблему отсутствия варфарина в аптеках в 2008 г., что считают абсолютно недопустимым; врачи были вынуждены переводить больных на приём фенилина, при этом 14 врачей не отметили нежелательных реакций, но 1 врач – считает, что после перевода больной с протезированным митральным клапаном на фенилин – развился тромбоз клапана. Продемонстрированный опыт применения антикоагулянта должен учитываться при назначении варфарина; следует также отметить, что сложившаяся ситуация временного отсутствия жизненно необходимого лекарственного средства в 2008 г. должна быть абсолютно недопустимой в современной врачебной практике.

**ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В ПРАКТИКЕ  
ВРАЧА КАРДИОЛОГА**

**Филипченко Е.М., Колесников В.В.**

*Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет;*

*Кафедра поликлинической терапии  
с курсом ФПК и ППС “Общая врачебная  
практика (семейная медицина)”*

**Цель работы** – изучить опыт кардиологов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Краснодара, по применению статинов.

Использован метод добровольного анонимного анкетирования, в котором принимали участие 15 врачей. Анкеты включали вопросы по опыту применения статинов в кардиологической

---

практике. Респонденты имеют стаж работы по специальности: до 10-ти лет – 6 %, до 15-ти лет – 27 %, более 15-ти лет – 67 % врачей. Все респонденты (100 %) в своей работе активно применяют статины, 1 врач применяет препараты в течение 10 лет, 6 – в течение 8 лет, 7 – 6 лет, 1 – 4 года. Перед назначением статинов 7 врачей ориентируются на полный липидный спектр, 1 – на уровень ХСЛПНП, 1 – на ОХС, ХСЛПНП, 6 – ОХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП. На вопрос о предпочтениях врачей при назначении статинов, 5 респондентов указали, что предпочитают оригинальные препараты – “реже возникают побочные эффекты”, 1 – вазилип, аторвастатин – “эффективны”, 1 – “крестор – при выраженной дислипидемии, при невыраженной – любые статины”, 2 – аторвастатин – “лучше влияет на ХСЛПВП и ТГЛ”, 1 – аторис, зорстат, тулип – “возможно достижение целевых уровней ОХС, ХСЛПВП, ХСЛПНП”, 5 – учитывают платёжеспособность пациентов – “оригинальные или генерики”. Все респонденты отметили, что целевой уровень липидных показателей не всегда достижим у всех больных, и объясняют это различными причинами: 12 врачей – “непостоянный приём, недостаточная доза, генетическая предрасположенность к атеросклерозу”, 3 врача – “не знают с чем связано”. Кардиологи (87%) уделяют достаточное внимание немедикаментозной терапии, но 1 врач – ответил, что на приёме “на это недостаточно времени”, 1 – “нет доказательной базы эффективности немедикаментозной терапии”. В работе 14 врачей (93%) были случаи отмены статинов, причинами этого были: “изменение печеночных ферментов выше 3 норм” – указали 5 врачей; “повышение КФК” – 4 врача; миалгии – 4 врача, аллергические реакции – 1 врач. 1 врач (с опытом применения статинов 6 лет) никогда не отменял препараты из-за побочных эффектов. Никто из кардиологов не наблюдал превышение КФК выше 10 норм. Большинство специалистов (87%) не отмечали нежелательного взаимодействия статинов с другими препаратами, но 1 врач наблюдал повышение МНО при назначении симвастатина и варфарина, 1 – выраженную брадикардию при комбинации статина с дигоксином. Продемонстрированный опыт применения

---

---

статинов должен учитываться в практической работе врачей и других специальностей.

**ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛЫ  
СОСУДИСТОЙ АДГЕЗИИ 1 (sVCAM-1)  
И ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ  
НЕЙТРОФИЛОВ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ**

**Хабарова И.В., Кратнов А.Е., Мороз Н.Г.,  
Углов Е.С., Новиков М.С.**

*Государственная медицинская академия, г. Ярославль, Россия*

К иммунологическим маркерам дисфункции эндотелия относится повышение в крови уровня клеточных молекул адгезии. Показано, что увеличение уровня sVCAM-1 у больных ишемической болезнью сердца ассоциируется с развитием сосудистых осложнений (рецидив стенокардии, развитие инфаркта миокарда, наступление летального исхода). В тоже время одним из основных факторов, связанных со смертностью от сердечно-сосудистых причин в российской популяции, является курение.

**Целью исследования** было изучение влияния курения на уровень молекулы sVCAM-1 и внутриклеточный метаболизм нейтрофилов у здоровых людей.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 80 здоровых пациента, которым для исключения ИБС выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. У всех пациентов при поступлении в стационар определялся в крови уровень молекулы sVCAM-1. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности нейтрофилов использовался спонтанный и стимулированный тест восстановления нитросино тетразолия (НСТ-тест), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, лактата и

---

пероксида водорода. Высчитывался индекс курящего человека, выражаемый числом пачка-лет.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов курили 66 (82,5%), из которых 60 (90,9%) человек делали это регулярно. Среднее количество выкуриваемых сигарет в сутки – 21,2 (min – 3; max – 80), средняя длительность курения – 23,4 года (min – 2; max – 43). При изучении в зависимости от интенсивности курения выявлено, что пациентов с индексом курения более 50 было 6 (10%) человек. При поступлении в стационар у данных пациентов уровень sVCAM-1 был достоверно выше, чем у остальных курильщиков ( $1683,2 \pm 124,8 > 1123,3 \pm 506,5$ ;  $p=0,04$ ). Также у них было достоверно выше количество нейтрофилов ( $68,5 \pm 9 > 60,1 \pm 6,4$  %;  $p=0,005$ ) в периферической крови. Его рост сопровождался снижением активности в нейтрофилах антиоксидантной защиты – каталазы ( $652,6 \pm 245,3 < 841,8 \pm 259,1$  мкат/л;  $p=0,06$ ) и глутатионредуктазы ( $40,2 \pm 18,9 < 72,2 \pm 52,2$  нмоль·л<sup>-1</sup>·сек<sup>-1</sup>;  $p=0,09$ ).

**Заключение.** Увеличение интенсивности курения (индекс курящего человека более 50) у здоровых людей сопровождается повышением уровня молекулы sVCAM-1, т.е. развитием эндотелиальной дисфункции, на фоне увеличения количества нейтрофилов в периферической крови и снижения в них активности антиоксидантной защиты.

---

**СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНОЙ  
АЭРОИОНОФИТОТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКИХ  
ТРЕНИРОВОК ПРИ КУРОРТНОМ  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Хан О.П., Жерлицина Л.И.,**

**Поволоцкая Н.П., Мкртчян Р.И.**

*ФГУ “Пятигорский ГНИИ курортологии”*

Согласно современным представлениям в курортном восстановительном лечении ишемической болезни сердца (ИБС) предпочтение отдается использованию природных лечебных ресурсов, среди которых выраженным лечебным действием на горных курортах обладает природная аэроионофитотерапия (АИФТ), позитивное влияние которой можно усилить физическими тренировками дозированной ходьбой по маршруту терренкура (ФТДХМТ). Однако возможности природной АИФТ используются не в полной мере в связи с недостаточной изученностью режима природной ионизации и биологических циклов фитонцидности растений, произрастающих вдоль терренкура.

**Цель исследования.** Изучить эффективность сочетанного применения нового комплекса природной АИФТ с ФТДХМТ на фито-площадках сосны обыкновенной, березы повислой, осины, дуба черешчатого курортного парка при курортном восстановительном лечении больных ИБС.

**Методы исследования.** В исследование включены 80 пациентов ИБС – СН I–II ФК, разделенных на 2 репрезентативные группы (по 40 чел). Пациенты 1 группы получали базовый курортный лечебный комплекс с дополнительным включением природной АИФТ в сочетании с ФТДХМТ. Пациенты 2 группы – получали базовый комплекс курортного лечения без АИФТ. У всех пациентов изучена динамика основных клинических симптомов, ЭКГ-мониторирования, липидного метаболизма, толе-

---

---

рантности к физической нагрузке и общая эффективность курортного восстановительного лечения.

**Полученные результаты.** У пациентов 1 группы выявлены более выраженные позитивные сдвиги в клинической картине заболевания группы (исчезновение ангинозных болей – у 72%, одышки – у 85%, перебои в сердце 48%) по сравнению с пациентами 2 (соответственно у 25%, 63%; 37% больных). Динамика показателей липидного метаболизма, прирост толерантности к ФН, повышения устойчивости к миокарду были более позитивными у пациентов принимавших природную АИФТ с ФТДХМТ.

**Выводы.** В результате реабилитационного лечения на Кисловодском курорте наилучший результат был зафиксирован у пациентов 1 группы с применением нового комплекса АИФТ – общая эффективность курортного лечения составила 94%, у пациентов 2 группы – 80%.

**СОСТОЯНИЕ ИНТИМА-МЕДИАННОГО КОМПЛЕКСА  
АРТЕРИЙ РАЗНОГО ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Ховаева Я.Б., Сыромятникова Т.Н.,  
Головской Б.В., Овечкин А.Л**

*Россия, г. Пермь, ГОУ ВПО “Пермская государственная  
медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального  
агентства по здравоохранению и социальному развитию”*

Артериальная гипертензия сопровождается структурными изменениями сосудистой стенки, определяемыми как ремоделирование. Прежде всего, в ходе ремоделирования происходит изменение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сосудистой стенки. Тип артерии должен оказывать влияние на выраженность изменений КИМ.

---

**Цель работы.** Изучение состояния КИМ артерий разного типа при нормальном уровне артериального давления (АД) и наличии артериальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Дуплексное сканирование сосудов проведено у 104 человек в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст  $46,41 \pm 0,91$  года), из них 43 – здоровые лица с артериальным давлением ниже 140/90 мм рт.ст. (группа 1), 61 – больные АГ 1–2 стадии (группа 2). В ходе исследования определялась толщина КИМ общих, внутренних и наружных сонных артерий, плечевого ствола (ПГС), брюшной аорты (БА), правых плечевой (ППА), бедренной (ПБА) и подколенной (ППодА) артерий. Обработка результатов осуществлялась в программе "Statistica 7.0" с расчетом  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее значение,  $m$  – стандартная ошибка среднего.

**Результаты.** Полученные значения толщины КИМ исследованных сосудов в обеих группах не превышали принятые нормы. В ходе анализа полученных результатов выявлено, что величины показателей КИМ во 2-ой группе во всех сосудистых стволах выше аналогичных у лиц 1-ой группы и в ряде случаев эти различия являются достоверными. В ходе сравнения показателей обнаружено, что во 2-ой группе имеется достоверное увеличение толщины комплекса интима-медиа плечевого ствола, общих сонных артерий и правых плечевой, бедренной и подколенной артерий. Выявлено высокодостоверное ( $p=0,001$ ) различие толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий: в 1-ой группе она составила  $0,59 \pm 0,02$  мм, в группе больных АГ –  $0,72 \pm 0,02$  мм, причем величина показателя в группах была одинакова с обеих сторон. Аналогичная достоверность различий наблюдалась для показателя КИМ ПГС, величина которого в 1-ой группе равнялась  $0,8 \pm 0,01$  мм, а во второй –  $0,93 \pm 0,01$  мм ( $p=0,001$ ). При исследовании ППА толщина интима-медианного комплекса в 1-ой и во 2-ой группах составляла соответственно  $0,31 \pm 0,02$  мм и  $0,41 \pm 0,02$  мм ( $p=0,01$ ). Указанный показатель ПБА в 1-ой группе равнялся  $0,54 \pm 0,03$  мм, во 2-ой группе –  $0,68 \pm 0,03$  мм ( $p=0,04$ ), а в ППодА толщина КИМ составляла  $0,53 \pm 0,03$  мм и

---

---

0,66±0,02 мм соответственно (p=0,01). Межгрупповые различия толщины КИМ других исследованных артерий (ветви сонных артерий, брюшной отдел аорты) не являлись достоверными. Несмотря на то, что все зарегистрированные величины КИМ сосудов в обеих группах находились в пределах установленных норм, достоверные повышения показателя во 2-ой группе, в сравнении с 1-ой, нужно рассматривать как ранние проявления процесса ремоделирования. Полученные данные показывают, что наиболее подвержены структурному ремоделированию сосуды начального отдела брахио-краниального кровотока (ПГС, общие сонные артерии), относящиеся к сосудам эластического типа. Кроме того, начальные изменения КИМ регистрируются в крупных сосудах мышечно-эластического типа (ППА, ПБА, ППодА).

**Вывод.** Наиболее выраженные ранние изменения КИМ сосудов, а, следовательно, и начальные процессы ремоделирования, у лиц с артериальной гипертензией, выявляются в артериях эластического и мышечно-эластического типа, даже при отсутствии повышения показателей в сравнении с нормой.

**ВЫРАЖЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО  
ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ У ЛИЦ  
С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ  
АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

**Ховаева Я.Б., Сыромятникова Т.Н.,  
Берг М.Д., Овечкин А.Л.**

*Россия, г. Пермь, ГОУ ВПО "Пермская государственная  
медицинская академия*

*им. акад. Е.А. Вагнера Федерального агентства  
по здравоохранению и социальному развитию"*

Степень выраженности атеросклероза зависит от локализации атеросклеротических бляшек и их влиянием на органнй и

---

---

системный кровоток. Одним из факторов, ускоряющих течение процесса и влияющих на прогноз, является артериальная гипертензия. Представляет интерес характер поражения сосудистых регионов при разном уровне артериального давления.

**Цель работы.** Сравнить степень выраженности и локализацию атеросклеротических изменений артерий при нормальном уровне артериального давления (АД) и наличии артериальной гипертензии.

**Материалы и методы.** Дуплексное сканирование сосудов проведено у 104 человек в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст  $46,41 \pm 0,91$  года), из них 43 – здоровые лица с артериальным давлением ниже 140/90 мм рт.ст. (группа 1), 61 – больные АГ 1–2 стадии (группа 2). Группы были сопоставимы по наличию других факторов риска атеросклероза. Исследовались регионы общих, внутренних и наружных сонных артерий, плечеголового ствола (ПГС), брюшной аорты (БА), правых плечевой (ППА), бедренной (ПБА) и подколенной (ППодА) артерий. Определялось наличие атеросклеротических бляшек, их размер (мм) и толщина (мм), а также выраженность сужения просвета сосуда в месте атеросклеротического поражения (%). Обработка результатов осуществлялась в программе "Statistica 7.0" с расчетом  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее значение,  $m$  – стандартная ошибка среднего.

**Результаты.** У лиц 1-ой группы атеросклеротические бляшки обнаружены у 6 человек (13,9%), размером от 1 мм до 7 мм (в среднем  $3,41 \pm 0,95$  мм), толщина – от 0,6 мм до 3,6 мм (в среднем  $1,76 \pm 0,46$  мм). Выраженность сужения просвета сосудов составляла в среднем  $9,33 \pm 4,37\%$ . Наиболее частым местом локализации бляшек являлись общие сонные артерии – 66,6%, реже, брюшной отдел аорты – 33,3% и внутренние сонные артерии – 16,6%. Поражение бляшками двух регионов регистрировалось в 2,3% случаев (левая общая сонная артерия и брюшной отдел аорты) и не выявлено ни одного случая поражения 3-х и более сосудов. У лиц 2-ой группы атеросклеротические бляшки регистрировались у 14 человек (23%), т.е. в 1,9 раза чаще, чем в 1-ой группе. Размеры бляшек составля-

---

---

ли от 1 мм до 11,6 мм (в среднем  $3,99 \pm 0,69$  мм), толщина от 0,38 мм до 8,7 мм (в среднем  $2,36 \pm 0,43$  мм). Выраженность сужения просвета сосудов составляла в среднем  $22,33 \pm 1,91\%$ , что более чем в 2 раза выше, чем в 1-ой группе. В 64,2% местом локализации атеросклеротического процесса являлся регион общих сонных артерий, а в 28,5% – ПБА. Внутренние сонные артерии включались в процесс в 21,4%, наружные сонные артерии, ПГС и БА – в 7,14% каждая. Ни в 1-ой, ни во 2-ой группах атеросклеротические бляшки в ППА и ППодА не регистрировались. Характерно, что в 4,9% случаев у лиц 2-ой группы бляшки выявлялись в 2-х регионах (в одной из общих и внутренних сонных артерий), а в 7,14% – в 4-х исследованных сосудах (ПГС, правой общей и внутренней сонных артериях и в брюшном отделе аорты).

**Вывод.** Атеросклеротическое поражение сосудов при артериальной гипертензии встречается в 1,9 раза чаще и сопровождается в 2 раза более выраженным сужением просвета артерий, чем у лиц с нормальным АД. У лиц с нормальным давлением наиболее подвержены атеросклеротическому процессу общие сонные артерии и брюшной отдел аорты, а при наличии артериальной гипертензии – общие сонные, бедренные и внутренние сонные артерии.

---

**ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.**

*Россия, Москва, ФГУ “Московский научно-исследовательский  
онкологический институт  
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий”*

Ежегодное увеличение потока онкологических больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), нуждающихся в хирургическом лечении онкологического заболевания, привело к необходимости создания новой технологии снижения риска опасных для жизни периоперационных сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

**Цель исследования.** Повышение безопасности и расширение показаний к хирургическому лечению гериатрического контингента онкологических больных с сопутствующими ССЗ.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено в двух группах пациентов старше 70 лет с сопутствующими ССЗ (ИБС, ПИКС, нарушения ритма и проводимости сердца, АГ тяжелого течения), перенесших большие операции на органах брюшной полости и малого таза. 1 группа включает 176 пациентов 73,5±3,2 лет, оперированных в 1991–2003 гг. без применения новой технологии. У 2 группы аналогичных пациентов (n=293) применена новая технология оценки риска ССО, предоперационной медикаментозной подготовки и дифференцированного использования в составе анестезиологического пособия и интенсивной терапии внедренных в практику повседневной работы института электрокардиостимуляционных (ЭКС) методов (чреспищеводная или внутрисердечная ЭКС) для профилактики и коррекции неэффективной работы сердца (n=110).

---

---

**Результаты исследования.** За период с 1991 по 2003 гг. в институт было госпитализировано для хирургического лечения 176 (в среднем 15 в год) пациентов рассматриваемого контингента (1 группа), многим отказано по причине высокого операционно-анестезиологического и сердечно-сосудистого (СС) риска. У 24,4% пациентов 1 группы во время и после операции развились ССО (ишемия – 14,7% и инфаркт миокарда – 4%, аритмии – 5,7%). Летальность от ССО составила 4%. С 2004 г. по настоящее время госпитализировано и прооперировано 293 (в среднем 73 в год) таких пациентов (2 группа) с использованием разработанного алгоритма диагностики, индивидуальной медикаментозной СС терапии и ЭКС коррекции критических нарушений ритма и проводимости сердца во время анестезии, операции и в послеоперационном периоде. Число ССО составило 10,4% (ишемия – 5,6%, инфаркт миокарда – 0,8%, аритмии – 4%), т.е. снизилось в 2,3 раза. Летальность от ССО – 0,4%.

**Выводы.** Использование разработанной коллективом сотрудников института новой технологии периоперационного ведения онкологических пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими ССЗ значительно расширяет показания к хирургическому лечению и снижает в 2,3 раза риск ССО.

**ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ  
МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА**

**Царева В.М., Хозяинова Н.Ю.,  
Безалтынных М.С., Брук Т.В.**

*Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО Смоленская государственная  
медицинская академия*

**Цель исследования** – изучить особенности вариабельности сердечного ритма (BCP) и желудочковых аритмий в зависимости от категории сердечно-сосудистого риска у женщин с артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** Обследовано 182 женщины (средний возраст  $53,4 \pm 7,5$  лет) с АГ. Стаж АГ –  $12,6 \pm 4,3$  лет. По критериям стратификации риска пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили 27 женщин с низким сердечно-сосудистым риском; во вторую группу вошли 43 женщины с умеренным риском; третья группа состояла из 67 женщин с высоким сердечно-сосудистым риском и четвертая группа – 45 женщин с очень высоким риском. Всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (“DRG International, Inc.”, США). Определялись показатели временного анализа BCP: SDNN, PNN50, RMSSD. Оценивалась эктопическая активность миокарда. Для характеристики желудочковых аритмий использовалась классификация по В. Lown и М. Wolf. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ STATISTICA 6,0. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ .

**Результаты.** При анализе показателей BCP по группам пациентов были выявлены значимые различия. Наблюдалось достоверное уменьшение SDNN, PNN50, RMSSD у больных с высоким риском (на 14,5%, 22,6%, 13,6% соответственно)

---

и очень высоким (на 17,8%, 27,6%, 18,1% соответственно) по сравнению с группой пациентов низкого риска ( $p < 0,05$ ). При сравнении показателей ВСР в группе высокого риска с группой умеренного риска достоверные различия ( $p < 0,05$ ) получены только по показателю SDNN (снижение на 9,7% соответственно). В тоже время в группе очень высокого риска показатель SDNN был ниже на 11,3% и PNN50 на 18,3% по сравнению с группой умеренного риска ( $p < 0,05$ ). При проведении регрессионного анализа линейной зависимости показателей ВСР с желудочковыми аритмиями мы не обнаружили. Однако у пациентов высокого и очень высокого риска с желудочковыми аритмиями III и IV класса по B. Low и M. Wolf значения SDNN и PNN50 были достоверно ниже (на 25,7% и 34,4% соответственно) по сравнению с пациентами у которых аритмии были менее значимы.

**Выводы.** У женщин с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском более выражен вегетативный дисбаланс и чаще регистрируется тяжёлая в прогностическом плане эктопическая активность миокарда.

**ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ  
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ  
УРГЕНТНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ**

**Чернова Е.М., Шпагина Л.А.**

*Россия, г. Новосибирск,*

*МУЗ “Городская клиническая больница № 2”*

Артериальная гипертензия в настоящее время представляет собой одну из самых актуальных проблем медицины, в связи с ее широким распространением (39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин) во всем мире и определяющей структурой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [Жуковский Г.С. и соавт., 2005; Константинов В.В., 2006; Ekenwall L. Et

---

al, 2006]. По данным ГНИЦПМ МЗ РФ (2006 г.), в Российской Федерации систоло–диастолическая артериальная гипертензия среди работоспособного населения встречается чаще всего [Кручинина Н.А., Порошин Е.Е., 2006].

В последние годы зарубежные и отечественные исследователи обратили внимание на так называемую "гипертонию на рабочем месте" (одному из вариантов "стресс-индуцированной артериальной гипертензии") в связи с новыми современными возможностями ее диагностики и лечения [J Neaton et al., 2005].

Медицинские работники ургентных отделений (хирурги, травматологи, гинекологи, анестезиологи, реаниматологи) на рабочем месте находятся в состоянии хронического стресса, обусловленным проведением оперативных вмешательств, требующих повышенной концентрации внимания, ведение тяжелых больных, ночные дежурства и часто ненормированный рабочий день [Верещагина Г.Н. и соавт., 2006; Kober L., 2005]

**Цель исследования:** оценить суточную вариабельность артериального давления у медицинского персонала ургентных отделений многопрофильной больницы.

**Методы:** проведение суточного мониторирования артериального давления у сотрудников медицинского учреждения, занятых в ургентной и плановой медицине.

**Результаты:** суточное мониторирование артериального давления было проведено у 77 человек, из которых 1 группа – сотрудники с артериальной гипертензией работающие в ургентных отделениях (реаниматологи, хирурги, травматологи), 34 пациента, средний возраст  $40,5 \pm 0,7$  лет мужского и женского пола, 2 группу составили 22 пациента, сотрудники с артериальной гипертензией, работающие в сфере оказания плановой медицинской помощи, средний возраст  $40,7 \pm 0,9$  лет мужского и женского пола. Контрольную группу составили 21 пациент, прошедший при трудоустройстве на работу медицинский осмотр в МУЗГКБ № 2 и признанный совершенно здоровыми.

У пациентов, работа которых связана с наличием стресса на рабочем месте, средние значения и показатели нагрузки си-

---

---

столическим и диастолическим артериальным давлением, как в дневные, так и в ночные часы достоверно превышают (39,4% и 27,9%) показатели группы контроля (3,4% и 2,2%), в то время как у работников плановых отделений – имели лишь тенденцию к повышению (13,9% и 11,3%). Анализ суточных ритмов по степени ночного снижения артериального давления показал, что среди пациентов первой группы доля больных с нормальным суточным ритмом систолического артериального давления (dipper) составила 24,8%, во второй группе – 62,5%, по сравнению с контрольной группой (78,2%). Повышенное артериальное давление у 30% пациентов urgentных отделений приводит к гипертрофии левого желудочка (по УЗИ сердца), в то время как у пациентов не urgentных отделений гипертрофия левого желудочка по данным УЗИ сердца выявляется в 4% случаев.

**Выводы:** работа в стрессовых условиях является дополнительным риском развития артериальной гипертензии. У медицинского персонала urgentных отделений повышается как систолическое, так и диастолическое артериальное давление в дневные и ночные часы и имеет тенденцию к формированию патологических типов суточной вариабельности артериального давления.

**ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО  
С ОПУХОЛЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ  
С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**  
Черных В.Г., Зыков Д.В., Кудровский В.В., Черных С.В.  
*г. Москва, 2-й Центральный военный  
клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка МО РФ*

Каждый третий больной с впервые установленным диагнозом рака ободочной кишки (РОК) выявляется в IV стадии опухолевого процесса. В течение 2 лет с момента обнаружения

---

---

заболевания без лечения или после паллиативных операций умирают 85–90% больных РОК.

Изучение внутрисосудистого гомеостаза у пожилых людей свидетельствуют о повышении вязкости крови, агрегационной активности ее форменных элементов, наличии эндотелиальной дисфункции. Более того, у части (30%) пожилых людей имеет место спонтанная агрегация, что позволяет говорить о высокой вероятности внутрисосудистого тромбообразования. Тромбозмболические осложнения после хирургического лечения по частоте развития у больных раком желудка старшей возрастной группы занимают лидирующее положение и в 73,3% наблюдений имеют фатальный характер.

Под нашим наблюдением находился больной Х., 78 лет, который 20.10.08 г. был госпитализирован с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения ФК II. Постинфарктный (1986 г.) и атеросклеротический кардиосклероз, хроническая аневризма верхушки левого желудочка, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Железодефицитная анемия 2 ст. Рак предстательной железы 1 ст (T1N0Mx). При ЭХО-КГ от 27.10.08 г. диагностирована аневризма левого желудочка (левый желудочек дилатирован, КДР 6.0 см, КСР 4.9 см, ассиметрическая гипертрофия ЛЖ). По данным мультиспиральной компьютерной томографии выявлен тромб левого желудочка размером 15 x 8 мм., тромб нисходящего отдела грудной аорты протяженностью 32 x 10 мм, суживающий просвет аорты на одну треть.. При выполнении плановой колоноскопии 24.10.08 г. выявлена умеренно-дифференцированная аденокарцинома, обтурирующая восходящий отдел ободочной кишки. Данных за метастатическое поражение печени не получено. После предварительной медикаментозной подготовки, включающей комбинацию дезагрегантов и низкомолекулярных антикоагулянтов (аспирин и фраксипарин), бета-блокаторы, блокатор ангиотензиновых рецепторов, 31.10.08 г. больному выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием изоперистальтического инвагинационного илеотрансверзоанастомоза конец в бок. Гистологическое заключение после операции: умереннодифферен-

---

---

цированная аденокарцинома, прорастающая все слои стенки толстой кишки, врастающая в параколическую клетчатку. Послеоперационный период протекал гладко. Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не было. При ЭХО-КГ от 18.11.08 г.: аневризма левого желудочка, дополнительных образований в полости ЛЖ не выявлено. Швы сняты на 14 суток. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. В настоящее время данных за тромботические и тромбоэмболические осложнения нет.

Таким образом, комплексная консервативная подготовка больного с тяжелой формой ИБС и высоким риском тромбоэмболических осложнений позволила выполнить радикальную операцию по поводу рака толстой кишки с хорошим результатом.

**К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ  
РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНОМУ РАКОМ  
ЖЕЛУДКА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА  
МИОКАРДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ  
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

**Черных С.В.**

*г. Москва, 2-й Центральный военный клинический госпиталь им.  
П.В. Мандрыка МО РФ*

**Цель:** изучить возможность выполнения радикальной операции по поводу рака желудка у больного с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Сочетание у больного тяжелой сердечно-сосудистой патологии и злокачественного заболевания до недавнего времени являлось противопоказанием к радикальному хирургическому лечению.

**Методы исследования:** под нашим наблюдением находился больной М., 72 лет, который 15.09.08 г. был госпитализирован с диагнозом: трансмуральный задне-боковой инфаркт

---

---

миокарда левого желудочка от 11.09.08 г. На ЭКГ при поступлении зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 68 в мин, патологический QS и монофазный подъем сегмента ST во II, III, AVF отведениях до 3–4 мм. В связи с рецидивирующим характером болей 15.09.08 г. пациенту была выполнена коронароангиография, выявлен левый тип коронарного кровообращения, стеноз огибающей артерии >90% и правой коронарной артерии >90%. 16.09.08 г. больному выполнена ангиопластика и стентирование указанных коронарных артерий, установлено 3 стента с лекарственным покрытием. При выполнении плановой гастроскопии 16.10.08 г. в кардиальном отделе желудка выявлен аденогенный рак. После предварительной медикаментозной подготовки, включающей комбинацию 2-х дезагрегантов (клопидогрель и аспирин),  $\beta$ -блокатор, аторвастатин, блокатор ангиотензиновых рецепторов, 5.11.08 г. больному выполнена расширенная комбинированная гастрэктомия по Ру с лимфодиссекцией Д2.

**Полученные результаты:** послеоперационный период протекал гладко. Осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не было. На ЭКГ снижение сегмента ST до изолинии, формирование отрицательного зубца T в инфарктсвязанных отведениях. Ангинозные боли при ступенчатом расширении режима физической активности не рецидивировали, гемодинамические показатели оставались в норме. По данным ЭХО-КГ от 26.09.08 г. отмечался гипокинез среднего и базального отделов задней стенки левого желудочка, сократительная способность миокарда не снижена (фракция изгнания 60%). Больной выписан в удовлетворительном состоянии. В настоящее время данных за постгастрэктомические расстройства и рецидив ишемической болезни сердца нет.

**Выводы:** комплексное лечение больного с тяжелой формой ИБС позволило выполнить радикальную операцию по поводу рака желудка с хорошим результатом.

---

**ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ  
НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АРИФОНОМ РЕТАРД**

**Шарова В.Г., Ушкалов А.В., Веденьева В.В.,  
Харченко А.В., Шатунов А.А.**

*Россия, г. Курск, ГОУ ВПО “Курский  
государственный медицинский университет”*

У больных артериальной гипертонией (АГ) часто встречаются нарушения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ). Диастолическая дисфункция ЛЖ наблюдается не только у лиц с гипертрофией левого желудочка, но и при пограничной АГ. Нередко она служит ведущей причиной развития сердечной недостаточности даже при сохраненной систолической функции. В этой связи представляется актуальным изучить влияние гипотензивных препаратов на диастолическую функцию ЛЖ.

**Целью работы явилось** исследование влияния арифона ретард на диастолическую функцию ЛЖ.

**Задачи исследования.** Изучить влияние арифона ретард на суточный профиль артериального давления и диастолическую функцию левого желудочка у больных АГ.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 28 пациентов, в том числе 18 мужчин и 10 женщин, с АГ II степени в возрасте от 40 до 65 лет (в среднем  $55 \pm 3,4$  года). По данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) исходное систолическое артериальное давление (САД) составило  $168,2 \pm 6,8$  мм рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) –  $101,1 \pm 3,2$  мм рт.ст. Контрольную группу составили 18 человек с нормальным АД, сопоставимых по полу, возрасту и конечному диастолическому размеру ЛЖ. Арифон ретард в виде монотерапии применялся в дозе 1,5 мг/сут в течение 8 недель. Перед назначением препарата, через 1 неделю после начала терапии и в конце двухмесячного курса проводилось эхокардиографическое обследование при помощи

---

ультразвукового аппарата ESAOTE MEGAS GPX. Определяли конечный диастолический (КДР, см) и конечный систолический (КСР, см) размеры ЛЖ. Рассчитывали объемы ЛЖ в конце диастолы и систолы (КДО и КСО, см<sup>3</sup>). Определяли также ударный объем (УО, мл) и минутный (МО, л/мин) объемы сердца, ударный (УИ, мл/м<sup>2</sup>) и сердечный (СИ, л/мин·м<sup>-2</sup>) индексы. Массу миокарда рассчитывали по формуле R.Devereaux. По характеру трансмитрального потока определяли максимальную скорость раннего наполнения желудочка (Е, см/с), максимальную скорость предсердного наполнения (А, см/с) и их отношение (Е/А), время замедления максимальной скорости раннего наполнения (мс), время изометрического расслабления ЛЖ (мс). Статистическую достоверность различий определяли по критерию Стьюдента.

**Результаты исследования.** Масса миокарда ЛЖ в основной группе оказалась больше, чем в контрольной (268±44 и 203±47 г;  $p<0,05$ ). Объемы ЛЖ и фракция выброса в обеих группах существенного различия не имели. Максимальная скорость предсердного наполнения в основной группе до лечения, через 1 неделю лечения и через 2 месяца лечения, соответственно, составила 67±8,8, 72±10,5 и 74±10,6 см/с ( $p<0,05$ ), не имея значимых различий с контрольной группой. Максимальная скорость раннего наполнения ЛЖ оказалась меньше в основной группе по сравнению с контрольной и составила, соответственно схеме учета результатов, 76±8,8, 74±9,1, 70±11,7 см/с ( $p<0,05$ ), а время изоволемического расслабления – больше, чем в контрольной группе (89±13,3, 84±9,3, 87±14,6 мс;  $p<0,05$ ). Достоверной зависимости между массой миокарда ЛЖ, с одной стороны, и Е и А – с другой, выявлено не было.

У 15 больных (60%) препарат оказался высокоэффективным (САД снизилось до 139,8±3,7 мм рт.ст., ДАД – до 87,1±2,3 мм рт.ст.). Анализ антигипертензивного эффекта у 40% больных вполне удовлетворителен (АД снизилось на 11–13% от исходного). В конце курса лечения среднее значение САД составило 142,3±1,8, ДАД – 90,6±2,8 мм рт.ст. В целом по группе суще-

---

---

ственных изменений частоты сердечных сокращений на фоне проводимой терапии выявлено не было.

**Выводы.** У лиц с АГ II степени к концу двухмесячного курса терапии арифмом ретард отмечено достоверное увеличение максимальной скорости раннего наполнения ЛЖ, при этом масса его миокарда достоверно не уменьшилась.

**A1166C ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА  
АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА И ПАРАМЕТРЫ  
ГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА  
У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ,  
ОСЛОЖНЕННОЙ ИНСУЛЬТОМ**

**Шацкая Е.Г., Карпенко М.А.,  
Солнцев В.Н., Ларионова В.И.**

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, Россия,*

*Федеральный центр сердца, крови  
и эндокринологии им. В.А. Алмазова, СПб;*

*Санкт-Петербургский государственный университет;  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая  
медицинская академия*

**Цель нашего исследования** – изучение A1166C полиморфизма гена рецептора ангиотензина II 1 типа (ATR<sub>1</sub>) у больных с артериальной гипертензией (АГ), осложненной инсультом, и его соотношение с параметрами гемодинамики и метаболического статуса.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное кардиологическое обследование, включающее генотипирование (ПЦР), 88 больным АГ I–III степени, 41 из которых впервые перенесли ОНМК, а 47 больных не имели ОНМК в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ. Срав-

---

нительный анализ характера распределения генотипов и аллелей A1166C полиморфизма гена ATR<sub>1</sub> проводился методом  $\chi^2$  (“хи-квадрат”) с последующим сопоставлением анализируемых частот с помощью критерия сравнения долей. Для выявления ассоциации между изучаемым полиморфизмом и параметрами (n=77), характеризующими гемодинамику и метаболический статус у больных с АГ, осложненной ОНМК, использован метод группового дисперсионного (кластерного) анализа, основанный на выявлении групп показателей, схожих между собой по динамике их средних значений для различных генотипов.

**Результаты исследования.** Генотипирование больных АГ с ОНМК и без ОНМК в анамнезе не выявило отличий в распределении генотипов A1166C полиморфизма гена ATR<sub>1</sub> (p=0,14), но при этом, в группе больных с АГ, осложненной инсультом, носители 1166C аллели встречались чаще (25,0% против 12,8%, p=0,04).

При изучении кластерной структуры параметров гемодинамики и метаболического статуса у больных с осложненной АГ в зависимости от A1166C полиморфизма гена ATR<sub>1</sub> отмечено, что больные с СС-генотипом имеют наибольшие средние значения параметров, определяющих прогностически неблагоприятное течение АГ, а именно: параметров СПАД, характеризующих вариабельность АД (ВУП САД, ВУП ДАД, В ДАДд); показателей, характеризующих насосную функцию сердца (IVRT, ФВ); показателей метаболического статуса (ИМТ, мочевиная кислота); показателя гемостаза – фибриногена (1-й кластер, p<0,001, см. рис.1). Обращает внимание, что больные с СС-генотипом имеют наименьшее значение такого показателя как возраст манифестации АГ (4-й кластер, p<0,001), что может свидетельствовать об ассоциации СС- генотипа гена ATR<sub>1</sub> с ранней манифестацией АГ.

**Выводы.** Риск развития острых цереброваскулярных катастроф у больных АГ ассоциирован с A1166C полиморфизмом гена ATR<sub>1</sub>, при этом маркером повышенного риска выступает 1166C аллель гена ATR<sub>1</sub>, а протективную роль играет A1166 аллель.

---

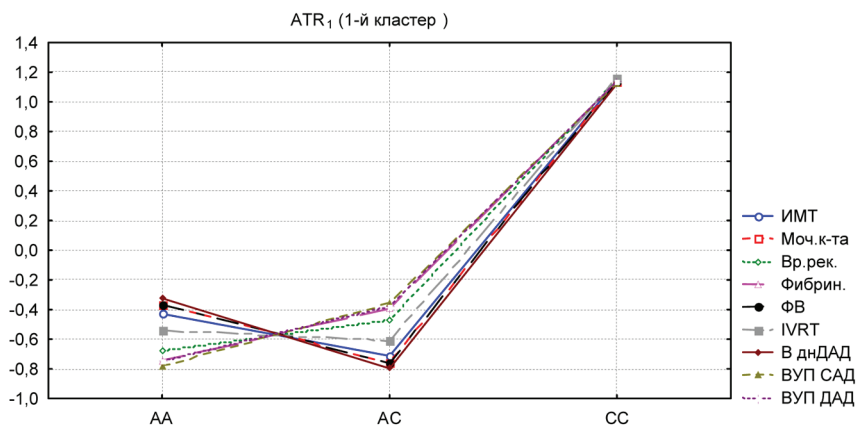


Рис. 1. Первый кластер стандартизированных средних значений показателей для генотипов гена рецептора ангиотензина II 1 типа (ATR<sub>1</sub>).

Выявлена связь изучаемого полиморфизма с величиной параметров гемодинамики и метаболического статуса, определяющих риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ. Кроме того, установлено, что генотип CC гена ATR<sub>1</sub> ассоциирован с ранней манифестацией АГ.

### РАРР-А И ДРУГИХ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Шевченко О.П., Слесарева Ю.С., Шевченко А.О.

Россия, г. Москва, Кафедра кардиологии ФУВ РГМУ

**Актуальность:** Атеросклероз, лежащий в основе ишемической болезни сердца (ИБС), является хроническим воспалительным заболеванием. Степень активности воспаления можно рассматривать как важную характеристику процессов, способствующих развитию деструктивных изменений в бляш-

---

ке. Предполагается, что PAPP-A, цинксодержащая металл-протеиназа, содержащаяся в большом количестве в поврежденных бляшках, может играть роль маркера нестабильности таковой.

**Цель:** сравнительный анализ уровней PAPP-A и других маркеров воспаления (СРБ, ИЛ6, sVCAM1) в крови при диагностике острого коронарного синдрома (ОКС).

**Материалы и методы:** В исследование были включены 51 пациент (17 больных с инфарктом миокарда (ИМ), 23 – с нестабильной стенокардией (НС), 11 практически здоровых лиц составили группу контроля. Средний возраст  $62,3 \pm 10,1$  лет. В группе больных ИМ 13 имели стойкий подъем ST, 4 – имели ИМ без подъема ST.

**Критерии исключения:** наличие признаков острых инфекционных или аллергических заболеваний, беременность, наличие печеночной и/или почечной недостаточности и обострение хронических заболеваний. Концентрацию PAPP-A, ИЛ-6 и SVCAM1 определяли методом ИФА, СРБ – методом иммуно-турбодиметрии с латексным усилением в микропланшетном формате.

**Результаты:** Уровни PAPP-A были от 1 до 38 мМЕ/л, медиана распределения соответствовала  $10,5-17,5$  мМЕ/л, содержание ИЛ-6  $2-120$  пг/мл, СРБ  $1,1-10,8$  мг/л, SVCAM1  $200-1800$  нг/мл. Уровни PAPP-A ( $6,1 \pm 4,7$ ) и СРБ ( $4,5 \pm 4,0$  против  $7,3 \pm 5,5$ ) у лиц в контрольной группе были достоверно ниже, чем в группе больных ОКС. У пациентов с НС и ИМ без подъема ST уровни PAPP-A не отличались между собой, однако были достоверно ниже, чем у больных с ИМ с подъемом ST ( $14,4 \pm 9,5$  против  $21,3 \pm 7,7$ ). Уровни СРБ у больных ИМ и НС достоверно не отличались. Уровень SVCAM1 был достоверно выше у больных ИМ, чем НС и в группе контроля (соответственно  $930,5 \pm 697,9$ ,  $609,4 \pm 360,5$  и  $525,0 \pm 283,5$ ). Достоверных различий этого маркера в группе контроля и НС не было. Уровни ИЛ-6 в исследуемых группах достоверно не различались. При этом уровни PAPP-A достоверно коррелировали с уровнями СРБ и ИЛ-6 ( $r=0,361$ ,  $p=0,043$  и  $r=0,387$ ,  $p=0,035$  соответ-

---

---

ственно). Наибольшей чувствительностью для выявления НС (70%) обладает PAPP-A. Специфичность теста при определении уровней PAPP-A (68%) и СРБ (67%) примерно одинакова. Наименьшей чувствительностью и специфичностью обладает SVCAM1 (44% и 47%).

**Заключение:** Определение уровней PAPP-A и СРБ может быть использовано в диагностике ОКС. Чувствительность PAPP-A выше, чем СРБ, поэтому он может рассматриваться как диагностический маркер НС, что имеет высокую ценность в практической медицине в настоящее время.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ  
ФАРМАКОТЕРАПИИ СТРЕСС - ИНДУЦИРОВАННОЙ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СОТРУДНИКОВ  
ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

**Шогенов А.Г., Муртазов А.М.,  
Эльгаров А.А., Шогенова А.Б.**

*Россия, г. Нальчик, МСЧ МВД по КБР,  
Кабардино-Балкарский госуниверситет*

**Цель:** установить терапевтическую эффективность фармакотерапии лиц опасных профессий (ОП) с артериальной гипертонией (АГ) и состояние их профессиональной работоспособности.

**Материал и методы исследования:** из 486 сотрудников органов внутренних дел (ОВД), выполняющих служебно-боевые задания с риском для жизни, сформирована группа мужчин (58) с АГ I и II ст., пограничными нервно-психическими расстройствами (ПНПР) для оценки лечения конкором (26 чел.) и теветеном (32 чел.) в обычной дозировке (курс лечения 12 недель). Наряду с клиническим обследованием использованы в динамике суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭКГ (СМ ЭКГ), а также психофизиологическое тестирование (ПФТ).

---

---

**Результаты:** на 3–5 день лечения конкором отмечены улучшение общего самочувствия и снижение уровней систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), которые нарастали и достигли максимума через 7–14 дней. Об этом свидетельствовали снижение САД и ДАД соответственно на  $22,5 \pm 3,7$  и  $15,8 \pm 2,4$  мм рт.ст. После окончания гипотензивной терапии зафиксированы достоверная динамика САД (от  $159,1 \pm 1,2$  до  $135,1 \pm 1,4$  мм рт.ст.) и ДАД (от  $99,3 \pm 1,3$  до  $81,2 \pm 1,4$  мм рт.ст.), тенденция к нормализации показателей суточного профиля АД – средних САД и ДАД, сокращение ночных и утренних гипертонических пиков. При этом установлено сокращение эпизодов транзиторной ишемии миокарда (ЭТИМ) и нарушений ритма сердца, по данным СМ ЭКГ.

Благодаря терапии теветеном отмечена динамика общеклинических и гемодинамических показателей после 10–14 дней, которая достигла максимальных уровней к 7–8 неделе: снижение САД до  $138,1 \pm 1,2$  мм рт.ст. и ДАД – до  $86,4 \pm 1,0$  мм рт.ст., максимальных САД и ДАД – до  $145,0$  и  $92,0$  мм рт.ст. – соответственно; уменьшение числа гипертонических подъемов АД, как в дневное, так и в ночное время, а также ЭТИМ и нарушений ритма сердца в 1,5–2 раза. Клинически значимых побочных эффектов антигипертензивной терапии в обеих группах не зарегистрировано. Особое значение имеет влияние изученных препаратов на систему оперативного реагирования лиц ОП: применение конкора сопровождалось тенденцией к улучшению показателей системы оперативного реагирования ( $p < 0,05$ ), использование же теветена выявило высоко достоверное ( $p < 0,01$ ) улучшение профессионально значимых функций и качеств, демонстрирующее восстановление качества профессиональной работоспособности сотрудников ОВД с АГ и ПНПР. Целевые уровни АД и терапевтический результат после фармакотерапии конкором и теветеном установлены в 76,9 и 80,0% наблюдений.

**Выводы:** антигипертензивная монотерапия конкором и теветеном мужчин ОП с АГ I и II ст. и ПНПР эффективна и безопасна, что следует учитывать при организации медико-

---

---

психологического мониторинга сотрудников ОВД, работа которых связана со значительным психоэмоциональным напряжением и угрозой для жизни.

**ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННАЯ  
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ – ЧАСТОТА  
И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

**Шогенова А.Б., Шогенов А.Г., Эльгаров А.А.**

*Россия, г. Нальчик, МСЧ МВД по КБР,  
Кабардино-Балкарский госуниверситет*

**Цель:** изучить частоту артериальной гипертонии (АГ) и эффективность фармакотерапии среди женщин сотрудников правоохранительных органов (ПОО).

**Материал и методы.** Выполнены массовые профилактические исследования 453 женщин – аттестованных сотрудников (основная группа, ОГ) ПОО и 517 женщин – неаттестованных медицинских сотрудников и обслуживающего персонала (контрольная группа, КГ), деятельность которых различалась производственным психоэмоциональным стрессом у первых. Использованы моэксиприл (24 чел.), конкор (30 чел.) и теветен (22 чел.) в виде монотерапии и в комбинации с индапом (длительность 8 недель).

**Результаты.** В женской популяции частота АГ (140/90 мм рт. ст.) составила 43,9%. При этом, АГ (до 54,5%), психоэмоциональная напряженность (ПЭН, до 100,0%) низкая физическая активность (НФА, до 90,0%), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ, 69,9%), нерациональное питание (НП, 67,0%), употребление алкоголя (А, 81,9%), курение (К, 70,9%) и дислиппротеидемии (ДЛП, до 56,0%) достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) отмечались в ОГ, нежели в КГ – соответственно – АГ (43,9%), ПЭН (66,1%), НФА (72,1%), ГЛЖ (31,2%), НП (55,0%), А (40,1%), К (34,2%), ДЛП (36,4%), что демонстрирует наличие высокого

---

сердечно-сосудистого риска у женщин ОГ, степень которой зависит не только от возраста, но и особенностей профессиональной деятельности.

После монотерапии мозксиприлом установлены снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД (соответственно на 17,5 и 12,1 мм рт.ст.), тенденция к восстановлению суточного профиля АД и улучшение показателей кардиогемодинамики, по данным СМ ЭКГ. У 4 женщин с АГ II ст. из-за недостаточного эффекта потребовалось сочетание мозксиприла с индапом, что обеспечило достижение целевых уровней АД. Непосредственная эффективность установлена у 70,8% женщин с АГ. Во 2-й группе (конкор) отмечены снижение САД и ДАД (на 19,2 и 13,6 мм рт.ст. соответственно), максимальных САД (на 14,6%) и ДАД (на 12,1%), частоты гипертонических пиков как в дневное (на 19,5%), так и ночное (14,1%) время, эпизодов транзиторной ишемии миокарда (в 1,5 раза). Необходимый гипотензивный эффект зарегистрирован у 75,9% женщин. Применение теветена (3-я группа) сопровождалось снижением САД (на 25,1%) и ДАД (на 17,4%), значительным улучшением параметров кардиогемодинамики. Эффективность достигнута в 86,8% наблюдений.

**Выводы:** установлена значительная частота АГ и факторов риска атеросклероза у женщин ПОО, эффективность фармакотерапии мозксиприлом, конкором и теветеном в виде монотерапии, в отдельных наблюдениях при их сочетании с индапом, что необходимо учитывать при организации лечебно-профилактических мероприятий среди женщин, выполняющих специфические профессиональные обязанности.

**АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ  
СЕКМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ  
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
НА ГОСПИТАЛЬНОМ ИЛИ ДОГОСПИТАЛЬНОМ  
ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**

**Щетинкина И.Н., Фурман Н.В.,  
Довгалецкий Я.П., Коваленко Е.В.**

*Россия, г. Саратов, ФГУ Саратовский НИИ кардиологии  
Росмедтехнологий*

Применение тромболитических препаратов при остром инфаркте миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST, несмотря на высокие затраты непосредственно на троболитики, способно привести к снижению затрат на лечение ИМ за счет уменьшения летальности не в течение 30 дней и в течение года, а так же за счет уменьшения частоты и тяжести осложнений, лечение которых требует значительных материальных ресурсов, сокращения сроков пребывания в ОРИТ и длительности госпитализации.

Проведение тромболитической терапии (ТЛТ) на догоспитальном этапе клинически более эффективно, по сравнению с ее проведением в стационаре, что неоднократно подтверждено многими рандомизированными контролируруемыми исследованиями.

Нами проанализированы прямые медицинские затраты у двух групп пациентов (200 человек): 98 больных в группе, где ТЛТ была проведена бригадами скорой медицинской помощи (ДТЛТ) и в группе, где ТЛТ проводилась в стационаре (ДТЛТ) (102 пациента). По основным характеристикам (пол, возраст, локализация инфаркта миокарда) группы были сопоставимы. Все пациенты получали ТЛТ по показаниям (использовалась рекомбинантная проурокиназа (Пуролаза)) и стандартную терапию для острого ИМ (низкомолекулярные

---

гепарины, аспирин, клопидогрель, В-блокаторы, и-АПФ и статины).

В группе ДТЛТ отмечается снижение частоты случаев острой сердечной недостаточной: 26,9% против 43,1% в группе ГТЛТ, что потребовало меньшего количества дополнительных препаратов в период госпитализации.

Отмечалось снижение количества гипостатических пневмоний в группе ДТЛТ против ГТЛТ – 4,2% против 11,4% соответственно.

Отмечалось значительно меньшее формирование хронической сердечной недостаточности III–IV ФК в течение месяца после госпитализации в группе ДТЛТ по сравнению с группой ГТЛТ: 28,4% против 38,5%. Повторная госпитализация в палаты интенсивной терапии в период госпитализации в группе ДТЛТ 5,3% в группе ГТЛТ 9,2 % соответственно. Постинфарктная стенокардия наблюдалась в 19,5% и 28% в группах ДТЛТ и ГТЛТ соответственно. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий наблюдалась в 11,4% случаев в группе ДТЛТ и 13,5% в группе ГТЛТ. В результате в группе ГТЛТ потребовалось значительно большее количество дополнительных препаратов в период госпитализации: увеличения количества диуретиков, антиаритмических препаратов, нитратов и антагонистов кальция, дополнительного приема антибиотиков.

Отмечалось уменьшение времени пребывания в ОРИТ в группе ДТЛТ, по сравнению с группой ГТЛТ (43,5 часов против 61,3 соответственно).

Отмечалось уменьшение среднего койко-дня в группе ДТЛТ, по сравнению с группой ГТЛТ: 13,9 и 17,5 соответственно.

Все это привело к меньшей стоимости одного случая в группе ДТЛТ – 35'356 руб. по сравнению с группой ГТЛТ (39'887 руб.).

Таким образом, проведение ТЛТ на догоспитальном этапе снижает прямые медицинские затраты на лечение больных инфарктом миокарда, по сравнению с ТЛТ, проводимой в стационаре.

---

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА  
МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА  
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**

**Щетинкина И.Н., Фурман Н.В.,  
Довгалецкий Я.П., Коваленко Е.В.**  
*Россия, г. Саратов, ФГУ Саратовский  
НИИ кардиологии Росмедтехнологий*

Одним из наиболее эффективных вмешательств при остром инфаркте миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST, позволяющим существенно улучшить исход заболевания, является тромболитическая терапия (ТЛТ). Проведение ТЛТ на догоспитальном этапе сопровождается уменьшением времени “симтом-игла” (в исследованиях – на 47 минут, в реальной клинической практике – несколько больше), что увеличивает вероятность открытия коронарной артерии в более ранние сроки, способствует снижению летальности.

В Российской Федерации внедрение ТЛТ в повседневную практику оказания помощи больным ИМ на догоспитальном этапе затруднено, в том числе и по экономическим причинам – из-за высокой стоимости препаратов.

Сложная экономическая ситуация в отечественном здравоохранении обуславливает необходимость рационального расходования ресурсов еще в большей степени чем в других странах.

При проведении ABC-, VEN – и частотного анализа в группах пациентов получавших ТЛТ альтеплазой, стрептокиназой и пациентов, не получавших ТЛТ вообще, в абаканской городской больнице в 2005 г., было доказано, что проведение ТЛТ показало значимо лучшие результаты по частоте стабилизации ЭКГ. В группе пациентов, получивших ТЛТ альтеплазу при выписке из стационара значимо меньше стенокардитических болей, чаще отсутствует сердечная недостаточность при выписке.

---

---

Нами проведен “стоимостный анализ эффективности” (“затраты–эффективность”) ТЛТ на госпитальном и догоспитальном этапе, проведенной, в общей сложности, 200 больным ИМ с подъемом ST, последовательно обратившимся за медицинской помощью в декабре 2006 – октябре 2008 гг, не имевших противопоказаний для ТЛТ.

Группы больных с госпитальной и догоспитальной ТЛТ по демографическим и клиническим характеристикам были сопоставимы. Больные получали одинаковое лечение, стандартное для ОИМ (низкомолекулярные гепарины, аспирин, клопидогрель, В-блокаторы, и-АПФ, статины). Для проведения ТЛТ использовалась рекомбинантная проурокиназа (Пуrolаза). Перенос ТЛТ на догоспитальный этап не увеличивал затрат в группе ДТЛТ.

В качестве критерия эффективности ТЛТ принимали снижение сегмента ST от исходного уровня через 90 минут после проведения ТЛТ на 70% и более при заднем инфаркте миокарда и 50% и более при переднем инфаркте миокарда (косвенный признак восстановления проходимости коронарной артерии).

В группе догоспитальной ТЛТ отмечалось снижение сегмента ST в 78% случаев, в группе госпитальной ТЛТ соответственно в 67%. Догоспитальная ТЛТ ассоциировалась с меньшей частотой случаев острой сердечной недостаточности, сокращением сроков пребывания в ОРИТ и длительностью госпитализации. и уменьшением требовавшегося для лечения количества медикаментов.

Таким образом коэффициент “затраты–эффективность” оказался существенно ниже в группе догоспитальной ТЛТ.

Следовательно, наиболее целесообразным, с точки зрения снижения затрат, является перенос ТЛТ на догоспитальный этап оказания помощи больным инфарктом миокарда.

---

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ЧАСТОТА  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

**Эльгарова Л.В., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарский госуниверситет,  
г. Нальчик*

**Цель:** установить распространенность артериальной гипертонии (АГ) и психосоциальных факторов в студенческой среде.

**Методы исследования.** Клинико-эпидемиологическими методами обследовано 508 (150 юношей и 358 девушек) студентов университета и 462 (316 юношей и 146 девушек) студента сельскохозяйственной академии. Средний возраст составил  $19,4 \pm 1,5$  года.

**Полученные результаты:** В целом в студенческой популяции, АГ установлена у 5,1% обследованных, чаще среди студентов университета, чем у их сверстников из академии ( $p < 0,05$ ), особенно значимой эта разница была среди юношей (16,0 и 4,4 % соответственно,  $p < 0,001$ ). О наличии АГ знали лишь 25,3%, у 40,7% выявлена отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Избыточная масса тела (ИМТ) выявлена у 8,5–13,1% обследованных, ожирение у 2,7%, причем среди юношей процент лиц с ИМТ и ожирением оказался значимо больше ( $p < 0,05$ ), чем среди девушек. Низкая физическая активность (НФА) наблюдалась у 80,9% обследованных студентов университета и 63,9% – академии. Число курильщиков среди студентов университета (57,1% среди юношей и 12,3 % среди девушек), независимо от половой принадлежности, было в 2 раза больше, чем среди молодых людей из академии (26,2 и 6,0% соответственно), что, скорее всего, связано с тем, что большинство учащихся академии – жители сел, где еще сильны национальные традиции, исключаящие табакокурение. Установлена высокая степень алкоголизации в

---

студенческой среде: почти 50% опрошенных студентов употребляли алкогольные напитки хотя бы раз в течение последнего года. Кроме того, 7,8% юношей и 0,9% девушек признались в том, что пробовали наркотические вещества, причем 15% из них впервые “познакомились” с наркотиками еще в школе. Высокие уровни личностной и ситуационной тревожности выявлены у 25% студентов академии и 54% студентов университета. Установлены корреляции между частотой АГ и психосоциальными факторами.

**Выводы.** Выявлена напряженная эпидемиологическая ситуация в отношении основных факторов риска ССЗ в молодежной среде. Особую обеспокоенность вызывает состояние здоровья юношей университета, у которых обнаружена высокая частота АГ (16,0%), табакокурения (57,1%), алкоголизации (48,7%), НФА (72,7%), ИМТ (12,7%), личностной (41,0%) и ситуационной тревожности (53,8%), что требует реализации комплекса медико-психологических мер и образовательных программ на протяжении всего периода обучения.

---

# Содержание

- 3 РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (РБС) И ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА (ЗАВ)**  
Аманжолова Ш.А.
- 5 ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКАР**  
Аmineва Н.В., Сальцева М.Т., Болукова Л.П.
- 6 РЕАКЦИЯ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОН ДИСКИНЕЗИИ**  
Амьянц В.Ю., Селиверстова Л.Г., Филатов С.А., Пахомова Л.З.
- 8 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ**  
Андрущишина Т.Б., Морозова Т.Е., Ошорова С.Д.
- 10 ВЛИЯНИЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ НА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
Андрущишина Т.Б., Морозова Т.Е.
- 12 ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**  
Анзорова З.З., Инарокова А.М., Анзоров З.Т., Альмова И.Х.
- 13 ДОЛГОВРЕМЕННАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ СХЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**  
Афонькин А.Н., Попова М.А., Верижникова Л.Н.
- 15 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ**  
Афонькин А.Н., Попова М.А.
-

- 
- 17 ВЛИЯНИЕ ЛИДОКАИНА И ЕГО КОМБИНАЦИЙ С НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ ЖИВОТНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**  
Бабина И.А., Бабин В.В., Котляров А.А.
- 19 КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**  
Батрова Ю.В., Козырев О.А., Самородская И.В.
- 21 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СРЕДИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ г. СМОЛЕНСКА**  
Батрова Ю.В., Козырев О.А., Самородская И.В.
- 23 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СРЕДИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ г. СМОЛЕНСКА**  
Батрова Ю.В., Козырев О.А., Самородская И.В.
- 25 СИЛА, ПОДВИЖНОСТЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОЖНОСТИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  
Баянова А.Е., Соловьева С.В.
- 27 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИНАМИКИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**  
Берштейн Л.Л., Новиков В.И., Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н.
- 29 ПРОГНОЗ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**  
Берштейн Л.Л., Новиков В.И., Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н.
- 31 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ – ОСНОВА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**  
Блинова В.В., Скворцов Ю.И., Блинов Д.В., Гришаева И.В.
-

- 
- 33**    **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ СОЛЬРЕАКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**  
Бобрышев К.А., Моргун Е.И., Василенко В.В., Супрун О.Е., Коломиец В.В., Тюрина С.Н., Боброва Е.В.
- 35**    **НЕТРАНСМУРАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПАЦИЕНТ-ПРОТЕЗНЫМ НЕСООТВЕТСТВИЕМ**  
Бородина Е.Е., Евтушенко А.В., Усова А.В., Шипулин В.М., Бородин О.Ю.
- 37**    **ЧАСТОТА ПРИЗНАКОВ СИНДРОМА СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ И ИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ С СИНДРОМОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ**  
Бояркина Л.Ю.
- 39**    **4D-ТОМОВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ В ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИБС**  
Бугрий М.Е., Сергиенко В.Б.
- 40**    **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ИБС В АНАМНЕЗЕ**  
Булахова И.Ю.
- 42**    **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХСН НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**  
Бурлова Е.С., Провоторов В.М.
- 45**    **ЛОГИСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ**  
Бурлова Е.С.
- 46**    **ИВАБРАДИН, БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ, ПОКАЗАТЕЛИ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ**  
Вервикишко О.С., Головачева Т.В., Филатова И.И., Скворцов К.Ю.
-

- 
- 48 ТАЛЛИТОН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Водорезова Т.Н., Середа Е.В., Каменева Т.Р., Родионов Б.А., Коняхин А.Ю.,  
Фадеева Е.А., Радзевич А.Э.
- 49 ФАЗОВЫЙ АНАЛИЗ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА КАК ОСНОВА КАРДИОМЕТРИИ, И АЛЬТЕРНАТИВА СУЩЕСТВУЮЩЕМУ УНИФИЦИРОВАННОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ ПО ЭКГ ИССЛЕДОВАНИЯМ**  
Воронова О.К., Зернов В.А., Колмаков С.В., Македонский Д.Ф., Мамбергер  
К.К., Руденко М.Ю., Руденко С.М.
- 51 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ, МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ИБС**  
Гальченко О.Е., Знаменщикова Е.В., Тарасов А.А.
- 53 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ТРИМЕТАЗИДИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**  
Головачева А.Б.
- 55 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**  
Гончарова Л.Н., Федоткина Л.К., Кузовенкова О.Н., Сергутова Н.П.
- 57 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ**  
Гончарова Н.Ю., Чернов Ю.Н., Батищева Г.А., Прошунина С.И.
- 58 ОЦЕНКА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (АГ) НА ФОНЕ ДИСЛИПИДЕМИИ**  
Горшунова Н.К., Украинцева Д.Н., Медведев Н.В.
- 60 ВЛИЯНИЕ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ ПРИ МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ**  
Горькова Н.Б., Кузьмина Т.М.
- 62 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА КОМБИНАЦИИ ИНДАПАМИДА С АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ**  
Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Искендеров Б.Г., Сисина О.Н.
-

- 
- 64 ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ С ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Искендеров Б.Г.
- 65 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**  
Гриншкун Г.Г., Маль Г.С., Кутузова В.С.
- 67 ОЦЕНКА КАРДИО- И ВАЗОПРОТЕКТОРНОГО ВЛИЯНИЯ ИНДАПАМИДА МВ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С АГ 1-2 СТЕПЕНИ**  
Гришаева Е.Е., Борисова Н.А., Фадеева С.С., Томашевская Ю.А.
- 69 ОЦЕНКА КАРДИОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ КАРВЕТРЕНДА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**  
Гришаева Е.Е., Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Елисеева И.В., Олейников В.Э.
- 71 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ О ПОСЛЕДСТВИЯХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, КОНТРОЛЬ УРОВНЯ АД И АДЕКВАТНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ**  
Гурьянова Л.Н., Гуранова Н.Н., Фазлова И.Х., Радайкина О.Г., Лютова Т.А.
- 73 ПРИМЕНЕНИЕ КОНКОРА У БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
Гурьянова Л.Н., Антипова В.Н., Радайкина О.Г., Гуранова Н.Н.
- 76 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФЛУОКСЕТИНОМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ**  
Дворина О.Г., Горенков Р.В., Гинзбург М.Л.
- 77 САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ**  
Джаппуева З.Х., Эльгаров А.А.
-

- 
- 79**    **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И ОФИСНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**  
Дронова Т.А., Поляков Д.В.
- 80**    **ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**  
Евсина О.В., Якушин С.С., Зайцева Н.В., Токарева Л.Г., Горохова Т.А.
- 82**    **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ НА ТЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**  
Ефремова Е.Н., Котляров А.А., Шмырева М.В., Селезнева Н.М., Суроткина С.А.
- 84**    **ОСТРАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА**  
Желнов В.В., Андреева Н.В., Щеглова Ю.М., Комарова И.С.
- 86**    **СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА**  
Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
- 88**    **ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**  
Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
- 89**    **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ И СОЦИАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПОЗИЦИИ БОЛЬНЫХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА**  
Женчевская Ю.В., Шаробаро В.И.
- 91**    **ГЕЛИОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПЛАНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ**  
Жерлицина Л.И., Хан О.П., Поволоцкая Н.П., Мкртчян Р.И.
- 92**    **СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ**  
Жусупова Г.К.
-

- 
- 94 СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ**  
Заварушкина Е.Н.
- 95 ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ (ФУРОСЕМИД ПРОТИВ ТОРАСЕМИДА/ДИУВЕРА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**  
Загравская И.А., Якушин С.С.
- 97 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**  
Захарова О.Ю., Батищева Г.А., Чернов Ю.Н.
- 99 ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТ ИХ ОБРАЗОВАНИЯ И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ 6-ТИ НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КОАКСИЛОМ**  
Земскова С.Е.
- 100 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ И ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ У НИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**  
Иванов А.П., Сайеда Е.А., Строкова Н.И., Гуреева Л.Н.
- 102 ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  
Иванова Е.П.
- 103 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА**  
Инарокова А.М., Анзорова З.З., Сакиева Д.Н., Альмова И.Х., Дидигова Р.Т., Екажева М.Я.
- 105 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ**  
Кабиева С.М.
-

- 
- 107 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
Казакова Н.Ю., Мазур В.В.
- 108 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ**  
Калинкин А.М.
- 109 ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА**  
Калмыкова М.А., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А.
- 111 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**  
Каменева О.А., Казанцева Л.В., Ветрова И.П., Максимов Д.Б., Искендеров Б.Г.
- 113 ПРИЧИНЫ ПРОВОЦИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**  
Каменева О.А., Лихтер Т.А., Максимов Д.Б., Искендеров Б.Г.
- 114 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Каракин А.А., Струтынский А.В.
- 116 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Каракин А.А., Струтынский А.В., Большакова М.А.
- 118 ДИНАМИКА ПРИЧИН НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЗА ПЕРИОД 9-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ**  
Каулина Е.М.
-

- 
- 120 ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ВО-  
ЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА  
ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛОМ**  
Кильдебекова Р.Н., Ахметова К.К., Кривошеева Л.Н., Мингазова Л.Р.
- 121 ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИ-  
АЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕР-  
ТЕНЗИЕЙ И КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**  
Клименко И.С., Глотова Н.А., Сергеева А.Н., Коновалов Р.Н., Фонякин А.В.,  
Танашян М.М.
- 123 НОВОЕ ДЛЯ БОЛЬНОГО – ЭТО “ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ”  
ДЛЯ ВРАЧА?**  
Колесников В.В., Филипченко Е.М.
- 125 ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ-  
СРЕДСТВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**  
Колесников В.В., Филипченко Е.М.
- 126 АНГИОНОРМ В ТЕРАПИИ АНГИОПАТИЙ**  
Колхир В.К., Корсун В.Ф., Воскобойникова И.В., Корсун Е.В., Чуйко Т.В.
- 130 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙ-  
КОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРО-  
МОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ**  
Космачева Е.Д., Никитина Г.В., Павловец В. П.
- 131 ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИО-  
ГРАММЫ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НА ФОНЕ АРТЕРИ-  
АЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**  
Кравцова Т.Ю., Щекотов В.В., Алеева Н.Г.
- 133 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ  
ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН В  
ПЕРИОД ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ**  
Кравченко О.В., Малютина С.К., Лютова Ф.Ф.
- 135 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
У ТРОПОНИОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРО-  
НАРНЫМ СИНДРОМОМ**  
Кратнов А.А., Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Работнова Л.А., Паукова Т.В.
-

- 
- 137 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И АНТИОКСИДАНТНУЮ ЗАЩИТУ НЕЙТРОФИЛОВ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Кратнов А.Е., Хабарова И.В.
- 141 ВРЕМЕННАЯ ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СУБКОМПЕНСАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ЦИРКАДИАННОГО РИТМА ДАВЛЕНИЯ НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**  
Краюшкин С.И., Апухтин А.Ф.
- 142 ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ НОЛИПРЕЛА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**  
Ксенева С.И., Бородулина Е.В., Кулакова Н.В., Семиглазова Т.А.
- 144 ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНОМ НАРУШЕНИИ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА**  
Кузьмина Т.М., Горькова Н.Б.
- 146 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**  
Куркина Т.В., Свистунов А.А., Лучинина Е.В., Шульдяков В.А., Богословская С.И.
- 149 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
Куркина Т.В., Свистунов А.А., Лучинина Е.В., Шульдяков В.А., Богословская С.И.
- 151 КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЗАРТАНОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**  
Кучеренко О.Д., Брек В.В., Кучеренко Д.О., Огнева Е.В., Кучеренко Е.О.
- 153 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ТРОПОНИНОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**  
Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Кратнов А.А., Работнова Л.А., Паукова Т.В.
-

- 
- 154 ИЗМЕНЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**  
Лютова Т.А., Гуранова Н.Н, Фазлова И.Х., Радайкина О.Г
- 157 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**  
Максютова Л.Ф., Максютлова С.С., Фазлыева Р.М., Папкина С.Я.
- 158 ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНО-ПАУЗЕ**  
Матвиенко Е.Е.
- 160 ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КОРЕННОГО ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ БОЛЬНЫХ ИБС С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**  
Махарова Н.В.
- 162 ЧАСТОТА САХАРНОГО ДИАБЕТА У КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ БОЛЬНЫХ ИБС С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**  
Махарова Н.В.
- 164 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ 2 ТИПОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА СТАРШЕ 40 ЛЕТ**  
Махмудов Э.А.
- 165 РАННЕЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**  
Мельниченко О.В., Некрасов А.А., Шкарин В.В., Бязрова А.В.
- 167 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА VDR, КОДИРУЮЩЕГО РЕЦЕПТОР ВИТАМИНА D, АССОЦИИРОВАН С ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**  
Милотова Н.М., Игнатьев И.В., Ших Е.В.
- 169 ТРОМБОЛИЗИС В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**  
Михненко М.С., Латышев П.Э., Храмович С.Б.
-

- 
- 171 ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**  
Морозова Т.Е., Иванова Е.П.
- 173 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА**  
Мравян С.Р., Петрухин В.А., Зарудский А.А.
- 175 ИЗМЕНЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST: 1996–2006 ГОДЫ**  
Нестеров А.П., Новикова Н.А., Сыркин А.Л..
- 176 АНАЛИЗ ЭЛЕКТРЕТНЫХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС**  
Николаева Н.В., Пинчук Л.С., Булгак А.Г.
- 179 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**  
Николаева О.В., Булгак А.Г., Каминская Т.В., Яско С.Т.
- 181 ЛЕГКО ЛИ УСТАНОВИТЬ ИСТИННУЮ ПРИЧИНУ СМЕРТИ, ИЛИ ЧТО СКРЫВАЕТ СТАТИСТИКА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РОССИЙСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЗОНАНС)**  
Никулина Н.Н., Якушин С.С., Бойцов С.А., Фурменко Г.И., Акинина С.А.
- 183 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ**  
Нилова С.А.
- 185 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА АСТРАХАНСКОГО ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН КРОВИ У РАБОТНИКОВ**  
Новакова А.И., Белолапенко И.А.
-

- 
- 187 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВЛИЯНИЯ НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ**  
Олейников В.Э., Матросова И.Б., Елисеева И.В., Гусаковская Л.И., Герасимова А.С.
- 189 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭГИЛОКА РЕТАРД И ЭНАЛАПРИЛА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ**  
Олейников В.Э., Лукьянова М.В., Кулюцин А.В., Буданова В.А.
- 191 РОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**  
Осипова И.В., Антропова О.Н., Пырикова Н.В.
- 193 ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОК НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОПЕРАТОРОВ**  
Осипова И.В., Антропова О.Н., Пырикова Н.В.
- 195 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПРЕДРЕЙСОВОГО ОСМОТРА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**  
Осипова И.В., Антропова О.Н., Пырикова Н.В.
- 197 ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ХСН**  
Осипова И.В., Соболева А.Б., Воробьев Р.И.
- 199 МЕТОДЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ПРАКТИКЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  
Остапко М. И., Чернов Ю. Н., Батищева Г. А.
- 200 ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С НЕНОРМИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА**  
Хотин А. Н., Осипов М. А.
-

- 
- 202 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС НА РАЗВИТИЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА**  
Охотина Е.Н., Семагин А.П.
- 204 ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Очкуренко В.С., Семёнова А.А., Мадянов И.В.
- 206 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРОФЕССИЙ**  
Петров Д.В., Аксенфельд Р.Г., Павлючков А.П.
- 208 ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА**  
Петрова Е.В., Искендеров Б.Г.
- 209 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ**  
Петрова Е.В., Искендеров Б.Г.
- 211 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**  
Плесовский П.А.
- 212 КОМПЛАЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТЫХ БОЛЬНЫХ: ВРАЧАБНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ?**  
Поддубная А.В., Хурс Е.М.
- 214 ВАЗОРЕАКТИВНОСТЬ ПРИ СОЧЕТАНИИ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**  
Попова М.А., Терентьева Н.Н., Афонькин А.Н., Турченко И.В., Фроленкова Л.А., Гречишникова О.В.
- 216 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**  
Попова М.А.1, Ключкова Г.В.2
-

- 
- 218 РОЛЬ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХСН**  
Потапов А.П., Чесалина С.Д.
- 220 ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ SVCAM-1, ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОМ**  
Прасолов А.В., Москалюк М.И., Князева Л.А., Степченко М.А., Феофанова Е.С.
- 222 АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХСН У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**  
Провоторов В.М., Бурлова Е.С.
- 224 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА**  
Прохорова С.В., Рахматуллов Ф.К., Бибарсова А.М., Ходакова А.И.
- 226 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РЕНИТЕКОМ**  
Путинцев Ю.В., Панченкова Л.А., Емашов С.Г., Шиянова Л.С.
- 228 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АРОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**  
Радайкина О.Г., Трофимов В.А., Гурьянова Л.Н., Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н., Пшикова Н.В.
- 230 ДИНАМИКА КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ**  
Ребров А.П., Толстов С.Н., Слупская И.В.
- 232 МЕКСИКОР В ТЕРАПИИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ**  
Родионов Б.А., Коняхин А.Ю., Каменева Т.Р., Водорезова Т.Н., Середа Е.В., Фадеева Е.А., Радзевич А.Э.
-

- 
- 233 ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА**  
Рождественская Т.В., Крючков А.Н., Солдатов П.А.
- 234 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОБЛЕМАМИ**  
Рождественская Т.В., Мурылев В.Ю., Крючков А.Н.
- 236 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  
Рождественская Т.В., Кром И.Л., Осипов Д.А.
- 238 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХСН**  
Романова Е.Е., Самойлова И.В., Волчкова А.Н., Высоткова Г.А., Оттенберг Э.А., Малишевский М.В.
- 239 ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ БИОЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ СОВМЕСТИМОСТИ У РАБОТНИКОВ ТРАНСПОРТА**  
Романчук П.И.
- 241 ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**  
Романчук П.И., Малышев В.К.
- 243 ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**  
Романчук П.И., Тютюнченко И.А.
- 246 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Рубаненко О.А.
- 248 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПРИЕМА АРИТМОЛОГА**  
Руденко А.В., Урванцева И. А, Мигунова С. Г., Корнеева Е.В.
- 250 ОСТРЫЕ РАССЛОЕНИЯ И РАЗРЫВЫ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ: СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ**  
Румбешт В.В., Дюжиков А.А., Новьидарскова И.Н.
-

- 
- 251 ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Румянцев М.И., Кратнов А.Е., Мороз Н.Г., Климачева О.В., Хабарова И.В.
- 253 КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНИНА И ЭЗЕТИМИБА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЫСОКОГО РИСКА**  
Рыжникова Т.В.
- 255 ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ**  
Самойлова И.В., Волков А.И., Соколова Н.В., Иванова Ю.В., Воронова Н.С., Земерова Е.Н., Малишевский М.В.
- 256 ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ И ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Сапожникова И.Е., Зотина Е.Н.
- 258 ИНФАРКТ МИОКАРДА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ СРЕДИ РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН**  
Сарбашева З.М., Эльгаров А.А.
- 259 ОДНОЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ, СЕЛЕНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**  
Селезнев С.В., Якушин С.С., Мазо В.К., Зорин С.Н., Бучанова А.В.
- 261 ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ В РАЗЛИЧНОЕ ВРЕМЯ СУТОК В ПОДОСТРУЮ СТАДИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОН ДИСКИНЕЗИИ**  
Селиверстова Л.Г., Амиянц В.Ю., Филатов С.А, Пахомова Л.З.
- 262 АСИММЕТРИЧНЫЙ ДИМЕТИЛАРГИНИН КАК МАРКЕР ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ**  
Сергеева Е.Г., Нифонтов Е.М., Жлоба А.А.
-

- 
- 264 НОРВАДИН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Середа Е.В., Каменева Т.Р., Водорезова Т.Н., Родионов Б.А., Коняхин А.Ю.,  
Фадеева Е.А., Радзевич А.Э.
- 265 РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**  
Симерзин В.В., Кузнецов Г.П., Атрощенко И.Н.
- 267 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ГИПОТИРЕОЗЕ**  
Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Пыхалова Н.Е.
- 269 МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**  
Смакаева Э.Р., Хасанова А.Р., Галлямова В.Р., Мингазетдинова Л.Н.
- 271 ТРАНСКРИПЦИОННЫЙ ФАКТОР AP-1 КАК ГЕН-РЕГУЛЯТОР ЭКСПРЕССИИ ГЕНА IL-18**  
Соболев В.В., Саутин М.Е., Саркисова М.К., Пирузян Э.С.
- 272 ИНТЕНСИВНОСТЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ОКРАШИВАНИЯ КОЛЛАГЕНА-I И КОЛЛАГЕНА-III В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН**  
Соломахина Н.И.
- 274 УРОВЕНЬ НЕОПТЕРИНА КРОВИ И ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ**  
Степченко М.А., Князева Л.И., Князева Л.А., Горяйнов И.И., Лукашов А.А.,  
Мальцева Г.И., Алтунин А.В., Черткова В.Н., Гулидова Ю.М.
- 275 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПЕДИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.**  
Сысоева Н.Н., Тыренко В.В.
- 277 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**  
Таова М.Х.
-

- 
- 278 О ВЗАИМОСВЯЗИ ВАЗОДИЛАТАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Тарасов А.А., Давыдов С.И., Киселева М.А., Шевченко Л.А.
- 280 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ III – IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, III – IV СТАДИИ РИСКА**  
Тетелютина Ф.К., Пантюхина Н.В., Сушенцова Т.В.
- 282 ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Титов В.В.
- 284 ВЛИЯНИЕ АНДИДЕПРЕССАНТНОЙ ТЕРАПИИ КОАКСИЛОМ НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Титов В.В.
- 286 ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОАКСИЛОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**  
Титов В.В.
- 288 МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**  
Уметов М.А., Инарокова А.М., Дидигова Р.Т., Экажева М.Я., Анзорова З.З.
- 289 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВТОРИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ЛОЗАРТАНОМ**  
Ушкалов А.В., Михин В.П., Шарова В.Г., Веденьева В.В., Харченко А.В.
- 292 ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ЧЕРЕЗ 24 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ КОРДАФЛЕКСОМ РД У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ**  
Фадеева С.С., Буданова В.А., Ястребова Е.И., Борисова Н.А.
- 294 РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ “ШКОЛЫ ПАЦИЕНТА” ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н., Радайкина О.Г., Гурьянова Л.Н.
-

- 
- 296 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ВО ВРЕМЯ СНА У ЧЛЕНОВ ЭКИПАЖЕЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОСМИЧЕСКОЙ СТАНЦИИ**  
Федорова И.Н., Черникова А.Г., Фунтова И.И.,
- 298 АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОГО КАРДИОЛОГА**  
Филипченко Е.М., Колесников В.В., Свинцова О.В.
- 299 ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАРДИОЛОГА**  
Филипченко Е.М., Колесников В.В.
- 301 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛЫ СОСУДИСТОЙ АДГЕЗИИ 1 (SVCAM-1) И ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ**  
Хабарова И.В., Кратнов А.Е., Мороз Н.Г., Углов Е.С., Новиков М.С.
- 303 СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНОЙ АЭРОИОНОФИТОТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ КУРОРТНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**  
Хан О.П., Жерлицина Л.И., Поволоцкая Н.П., Мкртчян Р.И.
- 304 СОСТОЯНИЕ ИНТИМА-МЕДИАННОГО КОМПЛЕКСА АРТЕРИЙ РАЗНОГО ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**  
Ховаева Я.Б., Сыромятникова Т.Н., Головской Б.В., Овечкин А.Л.
- 306 ВЫРАЖЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**  
Ховаева Я.Б., Сыромятникова Т.Н., Берг М.Д., Овечкин А.Л.
- 309 ПУТИ СНИЖЕНИЯ РИСКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  
Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.
-

- 
- 311 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЭКТОПИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА**  
Царева В.М., Хозяинова Н.Ю., Безалтынных М.С., Брук Т.В.
- 312 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ УРГЕНТНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ**  
Чернова Е.М., Шпагина Л.А.
- 314 ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**  
Черных В.Г., Зыков Д.В., Кудровский В.В., Черных С.В.
- 316 К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНОМУ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**  
Черных С.В.
- 318 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АРИФОНОМ РЕТАРД**  
Шарова В.Г., Ушкалов А.В., Веденьева В.В., Харченко А.В., Шатунов А.А.
- 320 A1166С ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНСУЛЬТОМ**  
Шацкая Е.Г., Карпенко М.А., Солнцев В.Н., Ларионова В.И.
- 322 RAPP-A И ДРУГИХ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**  
Шевченко О.П., Слесарева Ю.С., Шевченко А.О.
- 324 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ СТРЕСС – ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**  
Шогенов А.Г., Муртазов А.М., Эльгаров А.А., Шогенова А.Б.
-

- 
- 326 ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ЧАСТОТА И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**  
Шогенова А.Б., Шогенов А.Г., Эльгаров А.А.
- 328 АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ИЛИ ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**  
Щетинкина И.Н., Фурман Н.В., Довгалецкий Я.П., Коваленко Е.В.
- 330 ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**  
Щетинкина И.Н., Фурман Н.В., Довгалецкий Я.П., Коваленко Е.В.
- 332 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**  
Эльгарова Л.В., Эльгаров А.А.