



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



Национальное Общество  
Кардиоваскулярная Профилактика и Реабилитация



Департамент здравоохранения города Москвы  
Министерство здравоохранения Московской области  
Национальное научное общество Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА  
И РЕАБИЛИТАЦИЯ 2013»**

**3-4 апреля 2013 г, г. Москва**

**МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ**

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (апрель)  
Специальный выпуск

# МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

I. ФУНДАМЕНТАЛЬНО-ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	3
II. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	26
III. ПРОФИЛАКТИКА. ФАКТОРЫ РИСКА.....	42
IV. ПРОФИЛАКТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ.....	62
V. РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	80
VI. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	89
ОГЛАВЛЕНИЕ.....	91

<b>СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ</b>	
<b>ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР</b>	
<b>ФАРМСТАНДАРТ</b>	
<b>СПОНСОРЫ</b>	
<b>ALPHA-MEDICA</b>	
<b>BOEHRINGER INGELHEIM</b>	
<b>MERCK. SHARP&amp;DOUM</b>	
<b>PRO. MED. Praha a.s</b>	
<b>PFIZER</b>	
<b>ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА</b>	
<b>ЖУРНАЛ</b>	«КАРДИОЛОГИЯ» «КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»
<b>САЙТ</b>	Российского Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация <a href="http://www.cardioprevent.ru">www.cardioprevent.ru</a> I-VRACH <a href="http://www.ivrach.com">www.ivrach.com</a>  <small>Клуб практической кардиологии</small>

# I. ФУНДАМЕНТАЛЬНО-ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 001 ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Агмадова З. М.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала, Россия

Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) можно рассматривать как независимый предиктор развития ХСН, и важное значение во вторичной профилактике ИБС отводится ему не как общему понятию, а с определением конкретного типа структурно-геометрических изменений желудочка. Клинический интерес представляет изучение моделей строения ЛЖ у больных нестабильной стенокардией (НС).

**Цель:** выявить характерные типы ремоделирования левого желудочка у больных НС различных классов в течение 2 лет наблюдения.

**Материал и методы:** у 80 пациентов с НС (44 человека – IV класс, 36 – IIВ-IIIВ класс по Е. Braunwald) типы ремоделирования ЛЖ дифференцировались при эхокардиографии по показателям индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и относительной толщине стенок ЛЖ (ОТСЛЖ). Они классифицировались по А. Ganaу и соавт. на: концентрическое ремоделирование – КР (ИММЛЖ в пределах нормы, ОТСЛЖ  $\geq 0,45$ ), концентрическая гипертрофия – КГ (ИММЛЖ повышен ( $>115\text{г}/\text{м}^2$  – у мужчин и  $>95\text{г}/\text{м}^2$  – у женщин), ОТСЛЖ  $\geq 0,45$ ), эксцентрическая гипертрофия – ЭГ (ИММЛЖ повышен, ОТСЛЖ  $< 0,45$ ), нормальная модель сердца – НМ (оба показателя в пределах нормы).

**Результаты:** при оценке типов ремоделирования ЛЖ установлены достоверные отличия между пациентами с различными формами НС. В группе с IV классом НС в начале наблюдения (непосредственно после эпизода НС) преобладали: концентрическая гипертрофия (31,8%) и нормальная модель сердца (36,4%); эксцентрическая гипертрофия встречалась в 22,7%. В группе пациентов со IIВ-IIIВ классом чаще регистрировался дезадаптивный эксцентрический вариант гипертрофии – в 44,4%; достаточно редко наблюдалась нормальная модель ЛЖ (19,4%); концентрическая гипертрофия отмечалась примерно с той же частотой (30,6%), что и среди пациентов с впервые возникшей и прогрессирующей стенокардией (IV класс НС).

В течение 2 лет наблюдения было замечено, что ишемическое ремоделирование миокарда у пациентов обеих групп шло с увеличением доли ЭГ ЛЖ (до 38,6% – при IV, и до 72,2% – при IIВ-IIIВ классе). Однако характер изменения модели строения ЛЖ у пациентов разных групп отличался.

При IIВ-IIIВ классе (стенокардия покоя) рост ЭГ ЛЖ происходил в основном за счет перехода из КГ. В нарастании доли дилатированной модели (ЭГ) ЛЖ у больных IV класса НС трудно выявить какие-то закономерности; с уверенностью можно говорить лишь о том, что за период двухлетнего наблюдения статистически значимо увеличилось количество исследуемых с ЭГ миокарда ЛЖ ( $p=0,038$ ). Надо обратить внимание на высокие темпы прироста ЭГ миокарда среди пациентов с IV классом НС – увеличение в 1,7 раза в течение 2 лет, примерно равные, как и при IIВ-IIIВ классе – прирост в 1,6 раз.

**Выводы:** дезадаптивный тип ремоделирования – ЭГ – чаще встречается при IIВ-IIIВ классе НС. Темпы патологической перестройки ЛЖ одинаково высокие при обоих классах НС. Больные с IV класса, не имея выраженных нарушений строения ЛЖ, являются перспективным в возможности предотвращения ишемического ремоделирования миокарда на ранних стадиях контингентом.

## 002 ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ПОСРЕДСТВОМ МОДИФИКАЦИИ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА

Акентьева Т. Н.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

Одной из основных причин тромбозов в ближайший послеоперационный период является гиперплазия неоинтимы в зоне анастомоза, развитие которой связывают с повреждением целостности эндотелия и асептическим воспалительным процессом на границе «протез-артерия». Немаловажную роль в этом процессе играет шовный материал.

**Цель:** оценить возможность создания биосовместимого и тромборезистентного покрытия для шовного материала на основе полиоксиалканоатов.

**Материал и методы:** использовали нить из полипропилена толщиной 6/0. Для нанесения покрытия на поверхность нити применяли полигидроксибутират с молекулярной массой 190 кДа, 309 кДа, 541 кДа и сополимер полигидроксибутират-оксидвалерат (ПГБВ) 2307 кДа, синтезированные в Институте биохимии и физиологии микроорганизмов им. Г. К. Скрябина РАН (г. Пушкино, Московская область). Антитромботическую модификацию проводили в растворе нефракционированного гепарина 100 ЕД/мл («Белмедпрепараты», Беларусь). Состояние нанесенного покрытия оценивали при помощи сканирующей электронной микроскопии на микроскопе Hitachi-S3400N (Япония). Изменение тромборезистентных свойств оценивали методом иммуноферментного анализа. Обработку полученных данных проводили общепринятыми статистическими методами с помощью программы «STATISTICA 6.0» (StatSoft, Inc., USA). Статистически значимыми считали различия при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение:** при изучении качества нанесенного покрытия в зависимости от молекулярной массы полимера было выявлено, что более гладкое и равномерное покрытие отмечалось при нанесении 3% ПГБВ 2307 кДа с толщиной покрытия 3,9 микрона. Изучение количества адсорбированных протеинов показало, что присутствие нити в биоматериале усиливает адсорбцию белков крови. Общее количество адсорбированных протеинов достоверно увеличивается, при этом фибриногена адсорбируется больше в 1,8 раза, а D-димера – почти в 4 раза ( $p < 0,05$ ). Модификация поверхности нити биополимером ПГБВ 2307 кДа снижает сорбцию белков крови. Через 40 минут контакта с кровью суммарное количество протеинов на образцах, прошитых модифицированным шовным материалом, на 11,31% меньше, чем на прошитых немодифицированной нитью. Результаты идентификации адсорбированных белков показали, что в зоне анастомозов, выполненных модифицированной нитью, адсорбируется альбумина меньше на 32,42%, фибриногена на 39,66%, иммуноглобулина М на 21,13% и D-димера – на 69,23%, что свидетельствует о большей гемосовместимости модифицированного шовного материала.

**Выводы:** на основании полученных результатов можно сделать предварительное заключение, что ПГБВ является наиболее перспективным полимером для модификации поверхности шовного материала. ПГБВ и гепарин повышают био- и гемосовместимые свойства шовного материала.

### 003 ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

*Алексеев С. Н., Авдеева М. Г., Дробот Е. В.*

ГБОУ ВПО Куб ГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

По статистике синдром вегетативной дисфункции (СВД) относится к психосоматическим заболеваниям, в генезе которых значимая роль принадлежит острым и хроническим стрессам. В качестве ресурса противодействия разрушительному воздействию стресс-факторов целесообразно выделить такую категорию как жизнестойкость личности. Жизнестойкость — интегративное качество оно включает в себя три компонента: вовлечённость, контроль, принятие риска.

**Цель:** оценка влияния СВД на выраженность жизнестойкости в психологическом статусе студентов медицинского вуза.

**Материал и методы.** Для выполнения поставленной цели использовались следующие методики: тест жизнестойкости (адаптация опросника Hardiness Survey, разработанного С. Мадди, перевод на русский язык и адаптация осуществлены Д. А. Леонтьевым и Е. И. Рассказовой, 2006), опросник Вейна для диагностики СВД. Обследовано 142 человека в возрасте от 21 до 27 лет. В зависимости от наличия СВД все испытуемые были разделены на 2 группы: 1 группа 57 человек, не имеющие признаков СВД и 2 группа 85, у которых по данным анкетирования был диагностирован СВД.

В результате исследования установлено, что показатель жизнестойкости и его компонентов (вовлечённость, контроль и принятие риска) в анализируемых группах превышают значения стандарта нормы. Сопоставление соотношения составляющих жизнестойкость в общей выборке испытуемых свидетельствует о выраженности шкалы вовлечённости, на втором месте — шкала контроля и на третьем — принятия риска. Оценка влияния СВД на жизнестойкость свидетельствует, что средние показатели жизнестойкости и её компонентов в исследуемых группах достоверно не различаются. Однако при оценке эмпирических данных было установлено, что несколько более высокий уровень жизнестойкости обнаружили студенты 1 группы ( $M=95,5 \pm 4,2$  баллов против  $M=87,1 \pm 3,9$  представителей 2 группы). Показатели по шкалам вовлечённость, контроль и принятие риска в 1 группе также превышали таковые во 2 группе и составили в среднем  $41,0 \pm 5,1$ ,  $34,6 \pm 4,3$ ,  $19,9 \pm 1,8$  баллов против  $38,2 \pm 4,6$ ,  $31,5 \pm 3,8$ ,  $18,4 \pm 2,1$ , соответственно.

Таким образом, выраженность жизнестойкости и её компонентов не значительно зависят от наличия или отсутствия СВД. Данная выборка, несмотря на СВД характеризуется высокой жизнестойкостью, благодаря высокой вовлечённости студентов в социум, демонстрирует высокий контроль ситуации, а также им присуща готовность действовать в неопределённых условиях, когда успех не гарантирован, что играет важную роль в процессах адаптации к болезни как стрессовой ситуации.

### 004 ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

*Аль-Джаиди С. О., Кольцов А. В., Качнов В. А., Тыренко В. В.*

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Оценить влияние терапии ивабрадином и верапамилем-SR у больных ХОБЛ и ИБС на проявление хронической сердечной недостаточности и качество жизни.

**Материал и методы.** В исследование включено 96 больных, мужчины и женщины в возрасте от 50 до 84 лет (средний возраст 72,5 года) с диагнозом ИБС, имеющие ХСН II–III функционального класса по NYHA, в сочетании с ХОБЛ среднего и тяжелого течения (в соответствии с GOLD, 2003) с дыхательной недостаточностью I–II степени. Все пациенты получали терапию ИБС (нитраты, антиагреганты, статины, мочегонные),  $\beta$ -блокаторы не назначались в связи с сопутствующей патологией и ХОБЛ (дексаметазон 8–16 мг/сутки, беродуал, амброксол, муколитики). С целью урежения пульса 48 пациентов (1 группа) получали верапамил-SR 240 мг/сут, 48 пациентов (2 группа) получали ивабрадин 10 мг/сут. Для оценки изменений функции миокарда желудочков всем пациентам определялся B-тип натрийуретического пептида (BNP) на момент включения в исследование и через 6 месяцев. Для оценки качества жизни использовался респираторный опросник госпиталя Св. Георгия (ST-George Respiratory Questionnaire (SGRQ)). Оценки выражены в процентном соотношении общего ухудшения состояния пациента, где “100” представляет наилучший возможный статус здоровья, а “0” указывает на наилучшее возможное состояние здоровья. Заполнение опросника выполнялось пациентами каждые 4 недели, всего 5 контрольных точек.

**Результаты.** У больных ИБС и ХОБЛ уровень BNP соответствовал функциональному классу ХСН. Так у больных 1 группы уровень BNP на момент включения в исследование составил  $246,0 [167,0; 289,5]$  пг/мл, через 16 недель данный показатель составил  $214,5 [146,5; 246,5]$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). У больных 2 группы BNP на момент включения в исследование составил  $188,0 [154,5; 235,5]$  пг/мл, через 16 недель —  $173,5 [155,5; 236,5]$  пг/мл. Анализируя представленные данные, можно сказать, что терапия как верапамилем SR, так и терапия ивабрадином приводила к достоверно значимому снижению уровня BNP, т. е. уменьшала проявления ХСН у больных ХОБЛ. У больных 1 группы на момент включения в исследование результат заполнения опросника составил  $56,0 [46,1; 65,7]$  баллов, через 16 недель —  $48,9 [34,5; 60,3]$  ( $p < 0,05$ ). У больных 2 группы  $46,1 [36,8; 57,5]$  и  $36,7 [31,6; 49,3]$  соответственно ( $p < 0,05$ ). Оценка результатов тестирования показала ожидаемые результаты. Чем больше степень тяжести ХОБЛ, тем больше балл, полученный в результате тестирования.

**Выводы.** На фоне адекватной пульс-урежающей терапии при достижении ЧСС 55–65 ударов в минуту отмечалось замедление процессов кардио-респираторного континуума, проявляющееся в повышении толерантности к физическим нагрузкам и улучшении лабораторных показателей. Также на фоне урежения пульса, отмечалось сопоставимое улучшение качества жизни по данным опросника для больных с заболеваниями органов дыхания госпиталя Святого Георгия в среднем на 14%.

### 005 ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

*Бунин Ю. А.*

ГБОУ ДПО РМАПО, Москва, Россия

**Цель.** Выработать критерии дифференцированного подхода к антитромботической терапии больных с ФП на основании оценки у них эффективности и безопасности варфарина и новых оральных антикоагулянтов (НОАК) в зависимости от характера основной кардиальной патологии и сопутствующих заболеваний.

**Материал и методы.** Проведен анализ рекомендаций Европейского общества кардиологов и кардиологических обществ США по лечению больных с ФП, а также исследований по профилактике у них тромбозов и эмболических осложнений прямым ингибитором II фактора свертывания крови дабигатраном и прямыми ингибиторами Ха фактора свертывания

крови апиксобаном и ривароксабаном: ACTIVE W, 2006; RE-LY, 2009; Nagarakanti R. et al., 2011; 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation; Update of the ESC guidelines of atrial fibrillation, 2012; ARISTOTLE, 2010; ROCKET-AF, 2011; ATLAS ACS2-TIMI51, 2012.

**Результаты.** 1) Варфарин имеет преимущество перед НОАК у больных с гемодинамически значимыми пороками клапанов сердца, а также при протезированных клапанах (эффективность НОАК не изучалась в этих группах больных). 2) Использование варфарина безопаснее у больных с тяжелой почечной недостаточностью (метаболизируется в печени). 3) Дабигатран (150 мг x 2 р/сут.) имеет наибольшую эффективность снижения риска развития ишемического инсульта по сравнению с варфарином и другими НОАК. 4) Дабигатран целесообразно назначать больным, перенесшим ишемический инсульт на фоне применения варфарина, апиксобана и ривароксабана. 5) Все НОАК имеют преимущество перед варфарином при необходимости срочной отмены антикоагулянта перед инвазивными вмешательствами, потому что они имеют существенно более короткий период полужизни.

## 006 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Бушмелев А. С., Гагаев А. В., Гагаева И. В., Васягин Е. В.*

ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва, Россия

**Цель:** оценить эффективность различных режимов трехмерной эхокардиографии (3D ЭхоКГ) — Real Time 3D, Zoom 3D, Full Volume 3D, 3D Color Doppler в условиях кардиохирургического отделения.

**Материал и методы:** ЭхоКГ проводилась в 2D-3D режимах на аппарате Philips iE33 с использованием датчиков X7-2t, X3-1. С учетом лучшей визуализации предпочтение отдавалось ЧП Эхо-КГ.

**Результаты.** Были определены области предпочтительного использования для каждого из режимов 3D ЭхоКГ. Режим Real Time 3D был информативен во время интервенционных процедур. Режим Zoom 3D был выгоден для оценки структуры и функции клапанов, клапанных протезов, анатомии МПП, ушка левого предсердия, устьев легочных вен. Режим Full Volume 3D оказался наиболее информативен для оценки особенностей строения сердца, определения объемов его камер, оценки сократимости ЛЖ (посредством программы обчета Q-lab), несколько реже он применялся для оценки функции клапанов и клапанных протезов. Режим 3D Color Doppler был информативен для улучшения визуализации сброса при дефектах перегородок, в трудных случаях для оценки площади раскрытия клапанов, а также для точного определения PISA и Vena contracta. Недостатки, присущие различным видам 3D ЭхоКГ — drop out artifacts (артефакты выпадения) или stitch artifacts (артефакты сшивки), устранялись с помощью других методов, режимов и настроек.

**Выводы.** Была оценена эффективность использования 3D ЭхоКГ в кардиохирургической практике. Различные режимы 3D ЭхоКГ имели свои преимущества в оценке функции и уточнении анатомии сердца. Дальнейшие исследования эффективности 3D ЭхоКГ будут способствовать разработке алгоритмов применения режимов 3D ЭхоКГ в кардиохирургии.

## 007 УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПРОПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Вербовой А. Ф., Косарева О. В., Шаронова Л. А.*

ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздравсоцразвития РФ, Самара, Россия

Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ), поражение клапанов сердца и кардиомиопатия, приводящие к развитию сердечной недостаточности (СН) при акромегалии, являются наиболее частыми причинами смертности этих пациентов.

**Цель:** оценить уровень натрийуретических пропептидов — предсердного (pro-ANP) и мозгового (NT-proBNP) — у пациентов с акромегалией в зависимости от активности заболевания и наличия АГ.

**Материал и методы.** Обследован 61 пациент с акромегалией: из них в активной стадии — 34 пациента (средний возраст  $56,8 \pm 2,03$  лет, длительность акромегалии —  $6,5 \pm 0,94$  лет), в ремиссии — 27 человек (средний возраст  $55,2 \pm 2,2$  лет, длительность акромегалии —  $13,8 \pm 2,6$  года). АГ выявлена у 30 пациентов (49,2%) (в стадии ремиссии — у 16 пациентов, в активной стадии — у 14 больных). В группу контроля вошли 22 человека (средний возраст  $51,3 \pm 2,03$  года). Активность акромегалии определялась по содержанию СТГ и ИФР-1. Определение pro-ANP и NT-proBNP в плазме осуществляли на иммунохимическом анализаторе Asys Expert Plus (Австрия) с использованием наборов ЗАО «БиоХимМак». Референсными значениями, согласно рекомендациям фирмы-производителя, были: для pro-ANP медиана составила 1,45 нмоль/л, для NT-proBNP — 4,8 фмоль/мл. Мы не включали в исследование лиц с острым коронарным синдромом, нарушениями сердечного ритма, воспалительными заболеваниями сердца, нарушением функции печени и почек, лиц старше 75 лет. Обработка результатов проводилась с использованием пакета программ SPSS 11,5 (SPSS Inc., США).

**Результаты.** Уровень NT-proBNP у больных акромегалией с АГ был достоверно повышен по сравнению с контролем ( $3,57 \pm 0,8$  фмоль/мл) как в активную стадию ( $9,44 \pm 1,19$  фмоль/мл,  $p < 0,001$ ), так и в ремиссию ( $10,77 \pm 1,51$  фмоль/мл,  $p < 0,01$ ). У пациентов с нормальным АД уровень NT-proBNP был значимо повышен в сравнении с контролем только у больных в стадии ремиссии ( $9,67 \pm 0,71$  фмоль/мл,  $p < 0,001$ ). Было выявлено, что NT-proBNP у пациентов в ремиссии в группе с нормальным АД был достоверно выше в сравнении с больными в активной стадии акромегалии ( $5,99 \pm 1,01$  фмоль/мл,  $p < 0,05$ ) в этой же группе. Вероятно, такие изменения связаны с большей длительностью заболевания пациентов в стадии ремиссии. Уровень pro-ANP у пациентов с акромегалией в сравнении с контролем достоверно не изменялся ни в зависимости от активности акромегалии, ни от наличия АГ. У пациентов в активной стадии заболевания, страдающих АГ, NT-proBNP был достоверно повышен ( $9,44 \pm 1,19$  фмоль/мл,  $p < 0,05$ ) в сравнении с больными с нормальным АД ( $5,99 \pm 1,01$  фмоль/мл). Выявлены прямые корреляции возраста пациентов с pro-ANP ( $r = 0,462$ ,  $p < 0,001$ ) и NT-proBNP ( $r = 0,426$ ,  $p < 0,001$ ), прямая корреляция pro-ANP с уровнем систолического давления ( $r = 0,225$ ,  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** В развитии СН у пациентов с акромегалией ведущую роль играет длительность заболевания и наличие сопутствующей АГ.

## 008 ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Вербовой А. Ф., Барабанова Н. А., Шаронова Л. А.*

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Самара, Россия

**Цель:** оценить систолическую и диастолическую функции у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы.** Было обследовано 60 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст  $55,83 \pm 1,33$  лет). Пациенты были распределены на 2 группы: 1) после перенесенного инфаркта миокарда не менее 6 месяцев назад; 2) без инфаркта миокарда в анамнезе.

Критериями исключения являлись нарушения синусового ритма, сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа инсулинозависимый. Контрольную группу составили здоровые люди в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст  $21,5 \pm 0,11$  лет). Всем обследованным выполнялась эхокардиография методом ультразвукового доплеровского сканирования в импульсном режиме на аппарате Logic 7. Определялись конечно-диастолический размер левого желудочка, фракция выброса левого желудочка, скорость раннего диастолического наполнения (Е, м/с), скорость позднего диастолического наполнения (А, м/с). Рассчитывалось отношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А).

**Результаты.** Выявлено, что отношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А) у больных сахарным диабетом 2 типа ( $0,75 \pm 0,03$ ) достоверно ниже по сравнению с контрольными показателями ( $1,68 \pm 0,07$ ) ( $p < 0,001$ ). При этом не было установлено достоверных отличий между показателями трансмитрального кровотока (Е/А) у больных после перенесенного инфаркта миокарда и без инфаркта миокарда в анамнезе. Фракция выброса у пациентов с сахарным диабетом 2 типа ( $63,64 \pm 1,44\%$ ) существенно не отличалась от группы контроля ( $65,75 \pm 1,63\%$ ). Не было выявлено значимых различий между показателями конечно-диастолического размера левого желудочка у больных сахарным диабетом 2 типа ( $50,5 \pm 0,74$  мм) и контрольной группой ( $47,25 \pm 1,04$  мм).

**Выводы.** У больных сахарным диабетом 2 типа выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка.

### 009 ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА СОСУДИСТОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Викторова И. А., Конишу Н. В., Киселева Д. С., Соколова В. А. ГБОУ ВПО «ОмГМА Минздрава Российской Федерации», Омск, Россия

**Цель.** Оценка особенностей брахиоцефальных сосудов у пациентов с гипермобильностью суставов (ГМС).

**Материал и методы.** Проведено ультразвуковое триплексное сканирование магистральных артерий головы у 74 пациентов с ГМС (мужчин – 32, женщин – 42);  $24,5 \pm 6,4$  лет и в группе контроля у лиц с обычной подвижностью суставов и без патологии позвоночника ( $n=34$ , 19 мужчин, 15 женщин, возраст  $25,7 \pm 6,6$ ). С целью оценки сочетания анатомических аномалий брахиоцефальных артерий с изменениями позвоночника, было исследовано 48 пациентов с ГМС, имеющих изменения формы позвоночника, во вторую группу – 26 пациентов с ГМС без патологии позвоночника. При сравнении рассчитывались критерий  $\chi^2$ , точный критерий Фишера  $\chi_p$  по методу углового преобразования.

**Результаты.** В основной группе у 9 пациентов было выявлено высокое вхождение позвоночных артерий в костный канал поперечных отростков шейных позвонков, у 17 пациентов – S-образный изгиб внутренней сонной артерии, у 3 пациентов – C-образный изгиб внутренней сонной артерии без гемодинамических изменений, у девяти – S-образный изгиб позвоночной артерии в костном канале, у 17 человек – C-образный изгиб позвоночной артерии в костном канале, по одному (S-, и C-образному) изгибам общей сонной артерии, у 12 пациентов – гипоплазия позвоночной артерии, у 1 пациента – гипоплазия внутренней сонной артерии, у 2 пациентов – патологическая извитость внутренней сонной артерии (кинкинг, койлинг). Таким образом, у 53 пациентов с гипермобильностью суставов были выявлены анатомические аномалии брахиоцефальных артерий. В группе контроля ( $n=34$ ) у 16 человек был выявлен непрямолинейный ход позвоночных артерий, в 1 случае – C-образный изгиб внутренней сонной артерии без гемодинамических изменений. Сравнение двух групп показало преобладание анатомических аномалий брахиоцефальных артерий у пациентов с ГМС

( $p=0,005$ ,  $\chi^2=7,8$ ). Потери сознания отмечались в основной группе у 2 пациентов с гипоплазией позвоночных артерий, у 4 пациентов с непрямолинейным ходом позвоночных артерий. При оценке сочетания анатомических аномалий брахиоцефальных артерий с изменениями формы позвоночника было выявлено, что анатомические аномалии брахиоцефальных артерий чаще встречались в группе пациентов ( $n=48$ ) с ГМС, у которых были изменения формы позвоночника (сколиоз – 35, гиперкифоз грудного отдела позвоночника – 6, сочетание кифоза грудного отдела позвоночника со сколиозом поясничного отдела – 1, сглаженного шейного лордоза – 3, прямая спина – 3), чем в группе пациентов ( $n=26$ ) с ГМС без патологии позвоночника (44 против 9,  $p=0,002$ ,  $\chi^2=9,2$ ). Кроме того, клинически значимые анатомические аномалии брахиоцефальных артерий в ста процентах случаев выявлялись в группе с сочетанием ГМС и изменениями формы (деформации) позвоночника.

**Выводы.** У пациентов с ГМС чаще, чем в группе контроля встречались изменения структуры брахиоцефальных сосудов. Симптомы со стороны нервной системы, обусловленные анатомическими аномалиями брахиоцефальных артерий, у пациентов с гипермобильностью суставов, встречались при наличии искривлений позвоночника.

### 010 РАННИЕ НАРУШЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Гаранин А. А., Рябов А. Е., Фатенкова О. В. ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

**Цель.** Установить ранние, доклинические нарушения биомеханики сосудистого русла большого круга кровообращения (БКК) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типов.

**Материал и методы.** В исследование включено 100 мужчин, из которых: 40 человек (средний возраст  $22 \pm 1$  год) – практически здоровые лица (группа 1 – контрольная), 30 (средний возраст  $25 \pm 2$  года) – с компенсированным СД 1 типа (группа 2), 30 (средний возраст  $45 \pm 4$  года) – с компенсированным СД 2 типа (группа 3). Всем обследуемым регистрировали реовазограммы (РВГ) нижних и верхних конечностей. Сосудистый цикл БКК по аналогии с сердечным циклом подразделяли на периоды систолы (оттока) и диастолы (притока), с выделением в каждом периоде ряда фаз. Параметры биомеханики сосудистого русла БКК: средние скорость и ускорение (силу) изучали в процессе компьютерной обработки. Статистический анализ проводился с использованием критерия Вилкоксона, при помощи программ Statistica 6.0. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Анализ биомеханики БКК у больных СД 1 типа по данным нижней РВГ показал снижение средней скорости в фазы БП, МП и ЭКО на 13% ( $p=0,046$ ), 18% ( $p=0,029$ ) и 40% ( $p=0,002$ ) соответственно по сравнению с нормой. Вместе с тем в фазу МКО данный показатель увеличился на 56% ( $p=0,006$ ) при сравнении с контролем. У больных СД 2 типа нарушений биомеханики в период притока выявлено не было, однако в систолические фазы определяются более выраженные нарушения по сравнению с больными СД 1 типа. Так в фазу ЭКО произошло снижение средней скорости на 44% ( $p=0,003$ ), а в фазу МКО – снижение на 67% ( $p=0,004$ ). Достоверное изменение силы зафиксировано только у больных СД 2 типа: в фазу ЭКО данный показатель увеличился на 60% ( $p=0,026$ ), в фазу МКО – снизился на 47% ( $p=0,007$ ).

По данным верхней РВГ изменения носили менее выраженный характер. Средняя скорость изменялась достоверно при сопоставлении результатов с нормой только в период оттока: в фазу ЭКО снижалась в группах 2 и 3 на 34% ( $p=0,002$ ) и 54% ( $p=0,003$ ) соответственно, в фазу МКО, напротив – возрастала на 140% ( $p=0,001$ ) и 134% ( $p=0,005$ ) соответственно. Достоверное снижение силы БКК выявлено по сравнению с контролем у больных СД 1 типа в фазу МП на 28% ( $p=0,034$ ).

У больных СД 2 типа указанный параметр уменьшился в фазу МКО на 156% ( $p=0,012$ ).

**Выводы.** Снижение средней скорости в диастолические фазы, обусловленные преимущественно сокращением левого желудочка, при СД 1 типа свидетельствует о гиперкинетическом состоянии миокарда, что носит компенсаторный характер у данной категории больных. Метаболические изменения при СД влияют на эластические свойства артериальной части БКК, которые нарушены больше при СД 2 типа. Степень изменений биомеханики БКК значительнее на нижних конечностях, в сравнении с верхними, что обусловлено более высоким общим периферическим сопротивлением в бассейне бедренной артерии и более выраженным гидростатическим давлением в просвете сосудов.

## 011 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ НА ПРИЕМЕ У КАРДИОЛОГА

Гарганеева Н. П.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Амбулаторно-поликлинические учреждения, сохраняя свое приоритетное значение в системе охраны здоровья населения, являются определяющими своевременность распознавания наиболее часто встречающихся у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) тревожных и депрессивных расстройств, что возлагает ответственность, прежде всего, на врачей первичного звена (терапевта и кардиолога).

**Материал и методы.** Доказательная база концепции психосоматических соотношений основывается на результатах многолетней научно-исследовательской работы и взаимодействия специалистов (терапевт/кардиолог, психиатр, психотерапевт, психолог). Выборку составили 1350 больных (428 муж; 922 жен). Возраст больных ИБС –  $53,17 \pm 7,25$  года, АГ –  $45,55 \pm 9,41$  года. С целью изучения общих закономерностей был разработан системный подход комплексного исследования больных ССЗ, ассоциированными с невротическими и аффективными расстройствами, связанными со стрессом, преимущественно тревожно-депрессивного спектра (ТДС), включающий современные клинико-инструментальные, клинико-психопатологические, экспериментально-психологические методы, оценочные шкалы (CES-D, MADRS, HADS), динамическое и катamnестическое исследование на этапах наблюдения от специализированного стационарного (отделения пограничных состояний) до амбулаторно-поликлинического в общемедицинской сети.

**Результаты.** Методом логистической регрессии определены предикторы, включающие, наряду с известными ФР, психические и психосоциальные факторы, обеспечивающий в совокупности 75–97% прогноза ССЗ при достигнутых уровнях значимости (Concordant; Somers'D), теста Hosmer and Lemeshow (0,7–0,9). Больные с тревожными и депрессивными расстройствами составляют группу высокого риска развития ССЗ. Так, у больных с депрессией значительно чаще встречаются случаи нестабильной стенокардии ( $p=0,001$ ), более тяжелый ФК стенокардии ( $p=0,034$ ), увеличивается потребность в приеме нитратов ( $p=0,001$ ) и в большем количестве препаратов ( $p=0,001$ ), выявляются более низкие показатели толерантности к физической нагрузке по ВЭМ ( $p=0,04$ ) и фракции выброса ЛЖ ( $p=0,037$ ). Эти пациенты отличаются высокой частотой АКС с АГ ( $p=0,0002$ ), случаев постинфарктного кардиосклероза ( $p=0,0001$ ), нарушений ритма сердца ( $p=0,01$ ), СД 2 типа ( $p=0,03$ ), семейного анамнеза по ССЗ ( $p=0,002$ ), более выраженной дислипидемией ( $p=0,0001$ ). Пациенты с депрессией чаще подвергались хирургической реваскуляризации миокарда ( $p=0,0004$ ), более чем в 2 раза чаще переносили тяжелый психосоциальный стресс ( $p=0,0001$ ); в 2,5 раза чаще становились инвалидами вследствие утраты профессиональной трудоспособности ( $p=0,01$ ), более трети больных не имели социальной поддержки ( $p=0,0001$ ) и имели низкий экономический статус ( $p=0,0001$ ). Для больных характерны соматовегетативные и внекардиальные симптомы (ощущения нехватки воздуха, цефалгии, поте-

ря аппетита, инсомнические расстройства, алгии различной локализации), опасения и страхи тревожного и ипохондрического содержания, фиксация на психотравмирующих событиях, подавленное настроение, что затрудняет не только первичную диагностику ССЗ, но терапию в отношении эффективности врачебных мероприятий. Интегративный подход, лежащий в основе диагностической и терапевтической тактики, отвечает современным рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике.

## 012 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СТРАТИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Гимаев Р. Х.

Государственное учреждение здравоохранения «Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн», Ульяновск, Россия

В настоящее время проблема прогнозирования нарушений ритма сердца и развития внезапной аритмической смерти является одной из актуальных в современной кардиологии. Особенно это актуально для пациентов АГ, у которых имеется относительно низкая выявляемость нарушений сердечного ритма. При этом приблизительно у 16% больных наблюдаются тяжелые желудочковые нарушения сердечного ритма, а около 5% погибают в результате внезапной аритмической.

**Цель:** разработка способа прогнозирования и стратификации степени риска возникновения желудочковых аритмий у больных артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** Было обследовано 140 пациентов с гипертонической болезнью II–III стадии I–II степени АГ (средний возраст 55 (5) лет; 95%CI (53–59)). После 10-минутного пребывания в покое больным АГ с помощью 12-ти канального электрокардиографа проводилась регистрация электрокардиографии высокого разрешения (ЭКГ ВР) с применением системы трех ортогональных отведений по Франку. Вычислялись значения: продолжительность фильтрованного комплекса QRS (TotalQRS), мс; продолжительность низкоамплитудных (менее 40 мкВ) сигналов терминальной части комплекса QRS (Under 40 uV), мс; среднеквадратичной амплитуды последних 40 мс комплекса QRS (Last 40 ms), мкВ. Запись ЭКГ ВР включали в анализ, если уровень «шума» был менее 1 мкВ. Затем проводится по стандартному протоколу R. Bruce проба с физической нагрузкой на тредмиле на первой ступени нагрузки. Регистрируется ЭКГ ВР сразу по окончании этой нагрузки. Результаты обрабатывались с помощью пакета программ STATISTICA 8.0. Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В зависимости от степени динамики изменения показателя TotQRS все пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа – пациенты, у которых показатель TotQRS на нагрузку 1-й ступени увеличился более чем на 30% ( $n=38$ ); 2-я группа – пациенты, у которых TotQRS увеличился на 20–30% ( $n=53$ ); 3-я группа – пациенты с увеличением TotQRS на 10–20% от исходного значения ( $n=49$ ). В ходе проведения пробы с физической нагрузкой у больных АГ с увеличением показателя TotQRS на 20% и более достоверно чаще наблюдались желудочковые нарушения ритма высоких градаций (от 5,6% ( $n=3$ ) до 26,6 ( $n=14$ )). На основании данных анализа ЭКГ ВР до и после физической нагрузки рассчитывают процент увеличения продолжительности фильтрованного комплекса QRS – %TotalQRS по формуле:  $\%TotalQRS = ((TotalQRS-2) - (TotalQRS-1)) / (TotalQRS-1) \times 100\%$ , где % TotalQRS – % степени увеличения продолжительности фильтрованного комплекса QRS (TotQRS), ед. При значении %TotalQRS больше 30% рассчитывают вероятность возникновения аритмии как высокую, при значениях от 20 до 29% включительно – как среднюю и при значениях меньше 20% – как низкую.

**Выводы.** Таким образом, оценка степени увеличения продолжительности фильтрованного комплекса QRS, методом

ЭКГ ВР, в ответ на физическую нагрузку может являться маркером прогнозирования возникновения желудочковых нарушений ритма у больных АГ.

### 013 ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Глова С. Е., Шлык С. В., Бучукури Л. В., Чернова Е. А., Мокина Л. Г., Небыкова Т. В.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, ГУСОНРО «Ростовский ДИПИ № 2», Ростов-на-Дону, Россия

Важнейшим фактором риска когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста являются заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС). Избыточная активация сердечно-сосудистой системы, дисрегуляция вегетативной нервной системы приводит к дезадаптации организма и может рассматриваться как прогностически неблагоприятный фактор развития когнитивных нарушений.

**Цель:** изучить особенности когнитивного статуса пациентов пожилого и старческого возраста во взаимосвязи с адаптационным потенциалом ССС и тонусом вегетативной нервной системы.

**Материал и методы.** Обследовано 50 пациентов (32 женщины и 18 мужчин), проживающих в Ростовском доме-интернате № 2 для престарелых и инвалидов, средний возраст 76,7 ± 8,9 лет. У обследуемых измеряли рост, вес, артериальное давление, частоту сердечных сокращений. Уровень адаптации ССС оценивали по индексу функциональных изменений ИФИ (Р. М. Баевский, А. П. Берсенева, 1997). Определяли тонус вегетативной нервной системы по индексу Кердо, степень когнитивных нарушений по тесту MMSE (mini mental state examination). Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 и электронных таблиц Excel 2007.

**Результаты.** Оценка тонуса вегетативной нервной системы по индексу Кердо выявила состояние эйтонии у 38% обследуемых, ваготонии – у 44%, симпатикотонии – у 18%. Средняя величина ИФИ составила 3,19 ± 0,26 балла, что соответствует неудовлетворительной адаптации организма. Средний балл по MMSE составил 26,2 ± 1,6 балла; наиболее выраженные изменения отмечены в серийном счете, нарушениях памяти, ориентировке во времени. Результаты корреляционного анализа выявили корреляционную зависимость когнитивных функций и тонуса вегетативной нервной системы ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ), уровня адаптации ССС ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** С возрастом наблюдается снижение уровня адаптации и функциональных возможностей ССС, преобладание дисфункции вегетативной нервной системы в регуляции деятельности ССС, снижение когнитивных функций. Таким образом, вегетативная дисфункция и напряжение регуляторных систем у пациентов пожилого и старческого возраста является прогностически неблагоприятным фактором развития дезадаптации организма и развитию когнитивных нарушений.

### 014 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Даушева А. Х., Лебедев П. А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

**Цель.** Проанализировать факторы риска развития тромбоэмболических осложнений и исходы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных с флеботромбозами нижних конечностей.

**Материал и методы.** Объектом исследования стали 23 больных, поступивших в отделение сосудистой хирургии (СХО) Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина (СОКБ) с подозрением на ТЭЛА. Включено 11 женщин и 12 мужчин. Средний возраст составил 58,65 ± 3,39 лет.

**Результаты.** 22 (95,7%) пациента поступили в экстренном порядке, 14 (63,6%) из них доставлены бригадами скорой помощи. Средний койко-день составил 21,39 ± 2,79. Сроки временной нетрудоспособности составили 38,5 ± 9,15 дней. 8 (34,8%) человек поступили в тяжелом и 15 (65,2%) – в средне-тяжелом состоянии. Сопутствующий флеботромбоз нижних конечностей был диагностирован у 23 (100%) поступивших больных. Тромбоэмболические эпизоды в анамнезе отмечались в 6 (26%) случаях: рецидив ТЭЛА – у 3 (13%) больных, рецидивы тромбозов нижних конечностей – у 3 (13%) больных. 2 (8,7%) больных поступили с диагнозом внебольничной пневмонии в отделение пульмонологии СОКБ с последующим переводом в СХО с диагнозом ТЭЛА, инфарктная пневмония. Анализ факторов риска развития тромбоэмболических осложнений показал наличие травмы у 1 (4,3%) пациента, длительной иммобилизации – у 2 (8,7%), онкологических заболеваний – у 4 (17%), варикозной болезни нижних конечностей – у 7 (30,4%) человек, ожирения – у 6 (26%) больных. У 3 (13%) человек тромбоэмболические осложнения выявлены на фоне нарушения ритма в виде фибрилляции предсердий: у 1 больной – постоянной и 2 пациентов – пароксизмальной формы, причем в 1 случае, ассоциированном с тяжелой формой декомпенсированного диффузного токсического зоба III степени. У 1 больной развитие ТЭЛА произошло на фоне впервые диагностированной ишемической кардиомиопатии, Н2Б, 3 ф.кл по NYHA. Всего ТЭЛА на фоне хронической сердечной недостаточности 3–4 ф.кл. выявлено было у 14 (60,9%) больных. В послеродовом периоде после оперативных родов ТЭЛА диагностирована у 1 (4,3%) пациентки, у 1 больной (4,3%) манифестация ТЭЛА – на фоне метростенометра после септического выкидыша.

Решение о применении высокотехнологичного вида медицинской помощи – ангиопульмонографии с имплантацией кава-фильтра принято у 17 (73,9%) больных, в 11 (47,8%) случаях диагноз ТЭЛА был подтвержден. Компьютерная томография проведена 7 (30,4%) больным с подозрением на ТЭЛА, признаки тромбоэмболии выявлены у 6 (26%) человек. В 1 (4,3%) случае диагноз ТЭЛА не подтвердился, был выявлен идиопатический фиброз легких. В 5 (21,7%) случаях манифестация ТЭЛА в виде инфарктной пневмонии, подтвержденной рентгенологически. Массивная ТЭЛА диагностирована у 5 (21,7%) больных. Тромболитическая терапия проводилась у 7 (30,4%) больных стрептокиназой по стандартной схеме, в 1 случае тромболитизис остановлен в связи с развившимся кровотечением из мест пункции на шею справа после проведения ангиопульмонографии, нарастанием гематомы шеи. Повторное проведение тромболитической терапии потребовалось 2 больным. Нефракционированный гепарин получали 13 (56,5%) человек, низкомолекулярные гепарины назначались в 15 (65,2%), варфарин – в 11 (47,8%) случаях. Назначение тромболитической и антикоагулянтной терапии приводило к быстрому регрессу клинико-рентгенологических данных, уменьшению сроков госпитализации, все пациенты выписаны с улучшением.

**Выводы.** Своевременное выявление вторичных приобретенных факторов риска ТЭЛА имеет большое значение для ранней коррекции и профилактики тромбоэмболических осложнений и во многом определяет исход.

### 015 СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Демидова Л. А., Демидов А. А., Панова Т. Н., Кузьмина А. Е.

ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, Астрахань, Россия

На базе НУЗ «Медико-санитарная часть» г. Астрахань в условиях клинико-диагностический поликлиники, кардиологического и терапевтического отделений было обследовано 218 больных гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и кардиомиопатией (КМП). Критерием включения в исследование явилось наличие сердечно-сосудистого заболевания и наличия НЦД в анамнезе.



Критерием исключения из исследования явилось отсутствие НЦД в анамнезе и наличие онкопатологии. Всем больным были проведено общеклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование свертывающей системы крови, биохимические исследования: липидный спектр крови, аминотрансферазы крови, креатинин, мочевины, глюкоза, определение общего белка, электролиты. А также инструментальные методы исследования: ЭКГ, Эхо-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ), пробы с физической нагрузкой.

Были выяснены ведущие синдромы НЦД для каждой нозологической формы. Согласно классификации НЦД (В. И. Маколкин и С. А. Аббакумов 1999 г.) различают следующие клинические синдромы: кардиалгический (КА), тахикардальный (ТХ), гипертонический (Г<sup>+</sup>), гипотонический (Г<sup>-</sup>) вегетативные кризы (ВК), респираторный (РП), астенический (АСТ). Исследование показало, что в чистом виде данные синдромы встречаются крайне редко. Гораздо чаще отмечаются различные сочетания синдромов.

Для 55,64% мужчин и 56,87% женщин больных ГБ, НЦД в анамнезе протекала по сочетанию КА и Г<sup>+</sup> синдромов. На втором месте у мужчин встречалось сочетание КА и ТХ синдромов НЦД (26%). У женщин данное сочетание синдромов составляло 7,84%. Среди женщин данной группы на втором месте по встречаемости было сочетание АСТ, ТХ синдромов и ВК (24,6%). Среди мужчин данное сочетание встречалось у 11,29%. Остальные сочетания встречались гораздо реже как у мужчин, так и у женщин.

Среди больных ИБС на первом месте, как у мужчин, так и у женщин отмечалось течение НЦД в анамнезе по КА и ТХ синдромам: 39,82% у мужчин и 43,66% у женщин. У 24,08% мужчин отмечалось сочетание КА и Г<sup>+</sup> синдромов. У женщин сочетание РП и КА синдромов отмечалось в 29,57% случаев. Остальные сочетания встречались гораздо реже как у мужчин, так и у женщин. У большинства мужчин, больных КМП, (57%) НЦД в анамнезе протекала как сочетание кардиалгического и тахикардального синдромов. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении женщин с КМП, где данное сочетание синдромов встречалось у 50% пациенток. Сочетание респираторного и кардиалгического синдромов течения НЦД в анамнезе отмечалось у 21,44% мужчин и 13,64% женщин с КМП.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что каждой из исследуемой нами нозологических форм ССЗ присуще в большинстве случаев сочетание определенных синдромов НЦД в анамнезе, различающееся во многом в зависимости от гендерных особенностей, что может быть использовано для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных НЦД.

## 016 СМЕННАЯ РАБОТА И РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Джериева И. С., Волкова Н. И., Трофимова Е. А., Фоменко А. И., Скрябина А. Ю.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

**Цель:** в течение последнего десятилетия рабочую деятельность в вечернее и ночное время стали рассматривать как фактор риска развития артериальной гипертензии (АГ). Однако литературные данные, свидетельствующие о роли сменной работы в формировании АГ немногочисленны и достаточно противоречивы. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи сменного графика работы и развития АГ.

**Материал и методы.** В исследование было включено 1091 мужчин, работающих по сменному и стандартному графикам работы, в возрасте 20–59 лет. В зависимости от трудового графика испытуемые были распределены на 2 группы: в первую вошли лица, имеющие сменный характер работы; вторую группу составили работники стандартного графика труда. Обе группы разделены на подгруппы согласно возрастным дека-

дам. Измерение АД осуществляли согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2008 г.). АД считали верифицированной при уровне АД более 140/90 мм рт.ст, рассчитанном как среднее из трех последовательных измерений с интервалом в 1 минуту или при наличии постоянной антигипертензивной терапии (Беленков Ю. Н., Оганов Р. Г., 2007). Для достижения поставленной цели проведена оценка распределения удельного веса АГ между двумя группами обследуемых.

**Результаты.** Частота встречаемости АГ в группе со сменным трудовым графиком в возрастной группе 20–29 лет составила 16,0%, 30–39 лет- 20,3%, 40–49 лет- 35,7%, 50–59 лет- 48,7%; среди обследуемых, работающих по стандартному трудовому графику, в возрасте 20–29 лет- 8,5%, 30–39 лет- 19,4%, 40–49 лет- 32,6%, 50–59 лет- 53,7%. Возрастные удельного веса артериальной гипертензии параллельно со старением, которое отмечалось в нашем исследовании, хорошо согласуется с данными эпидемиологических исследований. Различия в распределении частоты АГ среди обследуемых были статистически значимы только в группе обследуемых в возрасте 20–29 лет (16,0% против 8,5%, при  $p < 0,05$ ). В то же время, несмотря на то, что частота встречаемости гипертензии была выше среди работающих по сменному графику в возрастных группах 30–39 лет и 40–49 лет, это различие не являлось статистически значимым ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Для лиц в возрасте 20–29 лет посменная работа является независимым фактором риска развития АГ. Полученные результаты убедительно доказывают необходимость раннего выявления артериальной гипертензии у лиц молодого возраста с целью своевременной и эффективной коррекции.

## 017 СЕКРЕЦИЯ МЕЛАТОНИНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Джериева И. С., Волкова Н. И., Конькова К. В., Аманьев М. М., Гвоздинская В. И.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

**Цель.** На сегодняшний день существует достаточно много работ, в которых изучалась взаимосвязь между секрецией мелатонина и сосудистой реактивностью и показателями артериального давления. Однако, полученные результаты наблюдений весьма вариабельны и достаточно противоречивы. Целью исследования явилось выявление первичного изменения секреции мелатонина при АГ в рамках метаболического синдрома.

**Материал и методы.** В исследование были включены мужчины в количестве 601 человек 40–59 лет, которые были разделены на две группы. В основную группу вошли лица с МС (согласно критериям IDF, 2005). Контрольная группа была составлена из мужчин, признанных условно здоровыми. О дневном уровне секреции мелатонина судили по концентрации его метаболита 6-СОМТ в моче, собранной с 7<sup>00</sup> до 19<sup>00</sup>, о его ночном уровне – по концентрации 6-СОМТ в моче, собранной с 19<sup>00</sup> до 7<sup>00</sup>. Пиковая секреция мелатонина соответствовала концентрации 6-СОМТ в моче в 4<sup>00</sup>.

**Результаты.** Показатели ИМТ ( $34,9 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup>), окружности талии ( $117,8 \pm 7,1$  см), САД ( $153,0 \pm 12,6$  мм рт.ст), ДАД ( $95,0 \pm 5,0$  мм рт.ст.) и уровня глюкозы плазмы крови натощак ( $6,1 \pm 1,4$  ммоль/л) были достоверно выше у пациентов с АГ и сопутствующими факторами риска ССО по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Достоверной разницы между суточной концентрацией метаболита меланина 6-СОМТ в моче среди лиц из опытной и контрольной групп зарегистрировано не было ( $30,5$  нг/мл и  $32,2$  нг/мл соответственно,  $p > 0,05$ ).

Обнаружена диссоциация значений между дневной и ночной концентрацией 6-СОМТ в моче. В основной группе суммарная концентрация 6-СОМТ в ночное время была достоверно ниже ( $23,3 \pm 6,6$  нг/мл), чем у пациентов контрольной

группы ( $29,4 \pm 2,9$  нг/мл),  $p < 0,05$ . В то же время суммарный дневной показатель 6-COMT у участников опытной группы составил ( $8,8 \pm 2,6$  нг/мл), что оказалось выше такового в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

При анализе амплитуды возрастания относительной величины пикового количества 6-COMT моче в 4<sup>00</sup> утра были выявлены особенности. У лиц контрольной группы последняя возросла в 5,3 раза, тогда как у больных с МС она увеличилась только в 2,8 раза по отношению к дневному уровню. Это отражает сглаживание пиковой концентрации 6-COMT в моче у пациентов с МС.

Только у 5 человек в основной группе наблюдался пик концентрации 6-COMT в моче. Все испытуемые в контрольной группе имели увеличение концентрации 6-COMT в 4<sup>00</sup> утра.

**Выводы.** Выявлены принципиальные различия между секрецией мелатонина у пациентов основной и контрольной групп, заключающиеся в нивелировании физиологической разницы между ночной и дневной выработкой мелатонина у пациентов с МС, а также в уменьшении пика концентрации мелатонина.

## 018 СВЯЗАНА ЛИ ВЫРАБОТКА МЕЛАТОНИНА С СУТОЧНОЙ ДИНАМИКОЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧСС?

*Джериева И. С., Волкова Н. И., Орехова Ю. Н., Погребнова Ю. Ю., Рожко М. Б.*

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

**Цель.** Изучение суточных вариаций АД и сердечного ритма у пациентов с МС, выявление их взаимосвязи с динамикой секреции мелатонина

**Материал и методы.** Испытуемые мужчины в возрасте 40–59 лет в количестве 601 человек были разделены на две группы. Первую группу составили мужчины с метаболическим синдромом, вторую – мужчины, признанные условно здоровыми. Нами было проведено суточное мониторирование показателей гемодинамики и сравнение полученных данных с динамикой изменений концентраций метаболита мелатонина (6-COMT) в моче.

**Результаты.** Согласно полученным результатам степень ночного снижения АД в основной группе составила  $9,0 \pm 2,0\%$  для САД. Только у 44,0% пациентов данный показатель был физиологическим («dipper», снижение АД от 10 до 20% в ночные и предутренние часы) (Макаров Л. М., 2000). К категории «non-dipper» (снижение АД менее 10% в ночные и предутренние часы) были отнесены 48,0%, к категориям «night-riser» (подъем АД в ночные и предутренние часы) и «over-dipper» (избыточное, ниже 20% снижение АД) – по 4,0% обследованных пациентов.

В опытной группе в дневное время зарегистрировано снижение 6-COMT до  $8,8 \pm 2,6$  нг/мл, в вечернее – повышение до  $23,3 \pm 6,6$  нг/мл, а в 4<sup>00</sup> утра – увеличение до  $25,3 \pm 6,9$  нг/мл. Несмотря на сохранение пульсового ритма секреции эпифизарного гормона, у пациентов с МС выявлены увеличение дневной секреции, снижение ночной секреции и снижение максимальной секреции мелатонина в 4<sup>00</sup> утра.

Снижение пиковой концентрации 6-COMT в моче сопровождалось подъемом САД и наоборот. Было выявлено, что изменения пиковой концентрации метаболита мелатонина и уровней среднего ночного САД находятся в антагонистических отношениях друг с другом.

Проведенный анализ Пирсона позволил выявить отрицательную связь средней силы между концентрацией 6-COMT в моче в ночное время и среднесуточными цифрами САД и ДАД ( $r = -0,34$ ). Была определена прямая корреляционная связь между уровнем метаболита мелатонина в моче в 4<sup>00</sup> утра и степенью ночного снижения АД ( $r = 0,22$ ).

Риск развития нарушений физиологического двухфазного ритма АД при изменении концентрации 6-COMT в основной группе был достоверно выше, чем в контрольной  $OR = 1,6$  (95,0% CI: 0,8–3,4).

В основной группе 75,0% пациентов имели низкий циркадный индекс ЧСС, его величина в среднем составила 1,17 (min 1,02 – max 1,43), что ниже целевых значений. Выявлена прямая корреляционная связь между циркадным индексом ЧСС и пиковой  $r = 0,56$ , ночной  $r = 0,54$ , а также суточной  $r = 0,53$  концентрацией 6-COMT в моче. В контрольной группе у всех участников циркадный индекс оставался в пределах нормы.

**Выводы.** У пациентов с МС имелось изменение физиологических концентраций мелатонина в течение суток. Между концентрацией мелатонина в различных отрезки времени и показателями суточной динамики АД и суточного изменения сердечного ритма выявлены статистически значимые связи.

## 019 НАРУШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ МЕЛАТОНИНА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

*Джериева И. С., Волкова Н. И., Ефременко Ю. В., Асрумян Э. Г.*

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель.** Полагают, что одной из главных причин развития АГ в рамках метаболического синдрома является инсулиновая резистентность. Учитывая циркадный ритм секреции инсулина, было интересным проследить взаимоотношения между главным метаболитом мелатонина и выраженностью инсулиновой резистентности.

**Материал и методы.** В исследование были включены мужчины в количестве 601 человек. Возраст испытуемых составил 40–59 лет. Испытуемые были разбиты на две группы. В основную группу были включены мужчины, у которых был диагностирован метаболический синдром (критерии IDF, 2005). Контрольную группу составили лица, признанные условно здоровыми. Для определения чувствительности периферических тканей к инсулину использовались несколько косвенных показателей. Как клинический маркер инсулиновой резистентности использовался показатель окружности талии, а также уровень базального инсулина плазмы крови и инсулиноглюкозный индекс (индекс НОМА-IR).

**Результаты.** В контрольной группе окружность талии, уровень инсулина плазмы крови натощак и индекс НОМА-IR составили  $90,0 \pm 3,1$  см,  $13,6 \pm 1,1$  мМЕ/мл и  $2,4 \pm 0,1$  соответственно. У лиц основной группы показатели окружности талии, инсулина, индекса НОМА были выше и равны  $117,8 \pm 7,1$  см,  $18,6 \pm 3,3$  мМЕ/мл и  $5,2 \pm 1,3$  соответственно (при  $p < 0,05$ ).

Было выявлено, что существует прямая корреляционная связь средней силы между дневной концентрацией 6-COMT и величиной окружности талии ( $r = 0,28$ ).

Обнаружена обратная корреляционная связь средней силы между содержанием 6-COMT в моче в 4<sup>00</sup> часа утра (пиковая концентрация метаболита) и уровнем инсулина ( $r = 0,38$ ), а также с уровнем глюкозы в плазме крови натощак ( $r = 0,37$ ). Суммарная ночная концентрация 6-COMT в моче положительно коррелировала с уровнями инсулина и глюкозы в плазме крови натощак ( $r = 0,32$  и  $r = 0,30$  соответственно). Суммарная дневная концентрация 6-COMT в моче положительно коррелировала с уровнем инсулина в плазме крови ( $r = 0,30$ ). Что касается суточной концентрации 6-COMT в моче, то между величиной последней и уровнями инсулина, а также глюкозы была выявлена обратная корреляционная связь ( $r = -0,17$  и  $r = -0,25$ , соответственно).

Множественный регрессионный анализ показал наличие жестких линейных связей между уровнем 6-COMT в 4<sup>00</sup> утра и инсулином ( $R = 0,93$ ).

Расчет отношения шансов показал, что в группе больных со сниженной пиковой (сниженной) концентрацией 6-COMT риск развития инсулинорезистентности в 3 раза выше, чем в контрольной  $OR = 3,0$  (95% CI = 1,3–7,0).

**Выводы.** Полученные результаты доказывают первичную роль нарушений секреции эпифизарного гормона при нарушении чувствительности к инсулину

## 020 ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д. Н., Говорин А. В., Соколова Н. А., Радаева Е. В., Муха Н. В.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

**Цель.** Изучение взаимосвязи изменений кардиогемодинамических показателей левого желудочка с параметрами центрального аортального давления у больных хроническим простатитом.

**Материал и методы.** Обследованы 42 больных хроническим простатитом, средний возраст  $34,2 \pm 8,1$  года. Контрольную группу составили 32 здоровых мужчин. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Суточное мониторирование артериального давления проводилось с помощью аппарата BPLab с измерением центрального аортального давления. Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ "Statistica 6.0".

**Результаты.** У пациентов, распределенных на две группы в зависимости от наличия структурно-функциональных изменений миокарда (нарушение диастолической функции левого желудочка и/или расширение левого предсердия (1-я группа), либо их отсутствия (2-я группа), были изучены большинство кардиогемодинамических показателей. Так, основные отличия касались таких показателей как толщина задней стенки, межжелудочковой перегородки, масса миокарда левого желудочка, время изоволюметрического расслабления левого желудочка, которые у больных 1-й группы значительно превышали аналогичные параметры лиц 2-й и контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Среднее значение массы миокарда левого желудочка у больных 1-й группы было больше аналогичного параметра пациентов без структурно-функциональных изменений миокарда и лиц контрольной группы в 1,2 и 1,3 раза, соответственно. При отсутствии значимых отклонений размеров левого предсердия (ЛП) от нормативных значений было выявлено достоверное увеличение его передне-заднего размера на 25% у пациентов с 1-й группы по сравнению с параметрами лиц контроля. При измерении центрального аортального давления такие параметры как ДАД ао мин, ДАД ао ср, ср АД ао мин, ср АД ао ср. у больных 1-й группы значительно превышали аналогичные показатели пациентов 2-й группы и здоровых лиц. У пациентов со структурно-функциональными изменениями миокарда отмечалось существенное увеличение индекса аугментации, что свидетельствует о взаимосвязи увеличения АД в аорте с феноменом аугментации давления. У больных ХП со структурно-функциональными изменениями в миокарде зафиксировано снижение амплификации пульсового давления, причем наиболее значительно – показателя, приведенного к ЧСС 75 в минуту.

**Выводы.** У больных хроническим простатитом довольно часто регистрируется нарушение функции расслабления левого желудочка, увеличена масса миокарда левого желудочка, толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки. Изменения параметров центрального аортального давления, сопровождающиеся нарушением кардиогемодинамических показателей, возможно, могут ухудшать сердечно-сосудистый прогноз у больных хроническим простатитом.

## 021 ЗНАЧИМЫЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Злобина М. В., Соколов А. А.

ФГБУ "НИИ кардиологии" СО РАМН, Томск, Россия

Как в мире в целом, так и в России количество пациентов с сердечной недостаточностью (СН) продолжает неуклонно расти, тем самым, увеличивая заболеваемость, смертность

и напрямую влияя на экономику. Одним из новых перспективных способов лечения СН является метод сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) путем бивентрикулярной электрической стимуляции. Важным вопросом применения СРТ является отбор больных с прогнозом хорошего ответа на вмешательство. Несмотря на большое число публикаций в этой области, в настоящее время нет оптимальных параметров для отбора кандидатов и предсказания ответа на СРТ. В ряде исследований было показано, что 20–30% больных не отвечают адекватно на терапию.

**Цель.** Выявить значимые эхокардиографические предикторы эффективности СРТ

**Материал и методы.** В исследование было включено 46 человек в возрасте  $51 \pm 12$  лет, 75% составили мужчины; 24 человека вошли в группу дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), 22 человек – группу ишемической кардиомиопатии (ИКМП), СН III ФК по NYHA; Все пациенты соответствовали всем требованиям к применению ресинхронизирующей терапии, у всех больных имелась внутривентрикулярная и межжелудочковая диссинхрония более 40 мс, у 30 больных имелась пролонгация QRS более 130 мс. Всем пациентам выполнялась коронарорентрокулография для верификации ИБС. Результаты эффективности СРТ оценивали спустя 5–7 дней и к 6–12 месяцу после имплантации бивентрикулярного стимулятора. Эхокардиографическое исследование выполняли на ультразвуковой системе EnVisor cv HDI фирмы Philips. Согласно рекомендациям ASE измеряли КДО и КСО по методу Симпсона с оценкой ФВ, УО, МОК. Рассчитывали индекс сократимости для левого желудочка (ЛЖ). Оценивали наличие внутри- и межжелудочковой диссинхронии методом тканевой импульсно-волновой доплерографии от фиброзных колец АВ клапанов (6 точек). Для оценки межжелудочковой механической задержки IVMD определяли разницу периодов предизгнания левого и правого желудочков. Локальный резерв контрактильности изучали с помощью оценки динамики систолической скорости движения миокарда (Sm) методом тканевой импульсно-волновой доплерографии в покое и на пике антиортостатической нагрузочной пробы (АОП). Для оценки систолической функции правого желудочка (ПЖ) измеряли систолическую скорость фиброзного кольца трикуспидального клапана на стороне свободной стенки ПЖ (Spж). До и после бивентрикулярной стимуляции определялась толерантность к физической нагрузке с применением стандартного теста с 6-минутной ходьбой. Полученные данные обрабатывали методами статистического анализа с помощью программы SPSS 19,0. Для оценки диагностической значимости предикторов ответа на СРТ использовали ROC-анализ. Диагностическая эффективность (или предсказательная способность) каждого предиктора оценивалась по общепринятой экспертной шкале для значений площади под характеристической ROC- кривой AUC (Area Under the Curve). Статистически значимыми различия считались при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Исходно группы ИКМП и ДКМП достоверно не различались. При индивидуальном внутрigrупповом анализе, в зависимости от сохранности миокардиального резерва в условиях пробы с пассивной нагрузкой объемом, мы разделили больных ДКМП и ИКМП на 2 подгруппы: с положительным ответом – группа А и отрицательным инотропным ответом – группа Б. Основным критерием разделения больных по инотропному ответу, являлось достоверное увеличение индекса сократимости ЛЖ, интегрального показателя насосной функции ЛЖ, увеличение Sm свободной стенки ЛЖ во время проведения АОП. Согласно нашему исследованию у 63% больных наблюдалось обратное ремоделирование левого желудочка, которые составили группу Responder СРТ. Критерием обратного ремоделирования считалось снижение КСО  $\geq 15\%$  по сравнению с исходным значением через 6мес после СРТ. Наибольшая доля non-responder наблюдалась в группе ИКМП. По результатам постурального теста 30 человек (65%) вошли в группу А, 35% больных составили гр.Б. В гр.Б. на пике АОП отмечалось повышение конечно диастолического давления ЛЖ, что свидетельствует о повышенной жесткости миокарда у данных больных, чего не наблюдалось

в гр.А. При проведении ROC-анализа мы выявили, что сохранность контрактильного резерва является сильным предиктором ответа на СРТ AUC 0,89 ДИ (0,77–0,99)  $p=0,0001$ , как и диссинхрония AUC 0,83 ДИ (0,71–0,95)  $p=0,0001$ . Значение диссинхронии  $\geq 64$ мс является предиктором ответа на СРТ с чувствительностью 82% и специфичностью 70%, AUC 0,83  $p<0,001$ . В нашем исследовании показатель межжелудочковой механической задержки IVMD, рассчитанный как разница периодов предизгнания в аорте и легочной артерии, не смог предсказать ответ на СРТ AUC 0,48 (ДИ 0,32–0,67)  $p=0,8$ . Так же важное прогностическое значение в выявлении респондеров СРТ имеет сохранность систолической функции ПЖ. Систолическая скорость Spjz менее 10 см\с с чувствительностью 85% и специфичностью 83% позволяет выделить больных нереспондеров до имплантации кардиоресинхронизирующих устройств.

**Выводы.** Таким образом, комбинированный подход с использованием основных предикторов позволит правильно идентифицировать подходящих кандидатов для СРТ и уменьшить количество “нереспондеров”.

## 022 УРОВЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И РЕГУЛЯРНОСТЬ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

*Каздаева Е. Н., Веневцева Ю. Л., Мельников А. Х.*  
Медицинский институт ФГБОУ ВПО “Тульский государственный университет”, Тула, Россия

С целью изучения особенностей дыхания у лиц молодого возраста с пограничной артериальной гипертензией (АГ) и разным уровнем привычной двигательной активности проанализированы данные 108 подростков и молодых людей 16–26 лет, разделенных на 3 группы: занимающихся спортом на любительском уровне (37 чел., СП), “бывших” спортсменов (18 человек, БСП) и ведущих малоподвижный образ жизни (53 чел., НСП). Наибольший интерес (32,4%) подростки первой группы проявляли к занятиям атлетической гимнастикой, 27% занимались спортивными играми, 24,3% юношей – разными видами единоборств, 5,4% – плаванием, однако только 3 СП имели квалификацию КМС (8,1%).

Все пациенты были обследованы в условиях дневного стационара с проведением трансторакальной ЭхоКГ («Vivid 7», GE) и амбулаторного (в домашних условиях) суточного мониторинга дыхания (СМ) ЭКГ+АД+дыхания (КТ-04-АД-3М, Инкарт, СПб), оцененного одним врачом.

Рост и вес в группах НСП, СП и БСП составили соответственно 180,2 см и 83,9 кг; 179,4 см и 78,5 кг; 177,9 см и 88,5 кг. Индекс массы тела (ИМТ) у юношей БСП ( $27,9 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup>) оказался выше, чем у СП ( $24,3 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>,  $P<0,01$ ). В группе НСП средняя величина ИМТ составила ( $25,9$  кг/м<sup>2</sup>).

Анализ Эхо-КГ не выявил статистически значимых различий между исследуемыми группами, как и средних значений САД и ДАД в дневное и ночное время, которые превышали пороговый уровень для диагностики АД по критериям ВНОК.

Общее число дыхательных нарушений у НСП ( $56,4 \pm 5,6$  эпизодов) было больше относительно СП ( $44 \pm 4,8$  событий;  $P<0,05$ ) и БСП ( $40,9 \pm 5,8$  событий;  $P<0,05$ ). По общему числу апноэ сна исследуемые группы не различались, однако эпизоды апноэ  $>40$  секунд в группе НСП встречались чаще ( $7,7 \pm 1,4$  событий), чем у БСП ( $4,4 \pm 0,8$  события;  $P<0,05$ ). Эпизоды гипопноэ сна также чаще регистрировались у НСП ( $26,9 \pm 2,2$  события) относительно БСП ( $19,1 \pm 4,1$  события;  $P<0,05$ ). В группе СП общее число гипопноэ составило 22,1 эпизода.

Только у 32,4% юношей ИАГ был ниже 5, что считается общепринятой нормой, в том числе у 28,3% – в группе НСП, у 40,5% – в группе СП и в 27,8% случаев – у БСП. Средний ИАГ у НСП составил  $7,9 \pm 0,8$  событий/час, что оказалось выше, чем у СП –  $5,6 \pm 0,6$  событий/час ( $P<0,01$ ). ИАГ у БСП располагался между этими значениями ( $6,4$  событий/час).

Корреляционный анализ всей выборки показал, что со снижением уровня привычной двигательной активности увеличивается общая продолжительность дыхательных нарушений ( $r=0,215$ ;  $P<0,05$ ) и повышается индекс апноэ/гипопноэ ( $r=0,223$ ;  $P<0,05$ ).

Можно видеть, что занятия спортом на любительском уровне снижают риск нерегулярности дыхания во сне у лиц молодого возраста с мягкой АГ и избыточной МТ. Вместе с тем, отсутствие данных ороназального потока для верификации характера апноэ в нашем исследовании не позволяют прийти к заключению о патологическом значении выявленных особенностей дыхания у молодых людей и их связи с обструктивным апноэ сна, требующим СИПАП-терапии.

## 023 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ

*Катюхина А. В., Чубарова А. И., Свирин П. В., Самсонова Н. Н., Климович Л. Г.*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения “Городская больница № 8 Департамента здравоохранения”, Москва; Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва Россия

**Цель.** Изучить и оценить показатели гемостаза и фибринолиза недоношенных новорожденных.

**Материал и методы.** Лабораторная диагностика, показатели: АТ-111, Д-димер, плазминоген, протеин С и S, ингибитора активатора плазминогена 1-го типа PAI-1, тканевой активатор плазминогена (t-PA), фибриноген, АЧТВ и ПВ. Клинический осмотр.

**Результаты.** В исследовании принимали участие 60 новорожденных в возрасте до 1-го месяца жизни, имеющих заболевания (пневмония, энтероколит, церебральная ишемия, внутрижелудочковое кровоизлияние, геморрагический синдром). В ходе исследования выявлено, что концентрация антикоагулянтов (АТ-111, протеин С и S) в данной возрастной группе достоверно ниже, по сравнению с детьми более старшего возраста и остается таковой на 1 месяце жизни. Концентрация плазминогена и тканевого активатора плазминогена (t-PA) у новорожденных также остается на низком уровне. Концентрация ингибитора активатора плазминогена 1-го типа (PAI-1) у плодов снижена, но после рождения происходит значительное нарастание его активности, что превышает норму взрослых и сохраняется таковой на протяжении первого месяца жизни. Высокий уровень продуктов фибринолиза – Д-димера в плазме после рождения может свидетельствовать об активации этой системы в родах и сохраняться на прежнем уровне на протяжении 1 месяца жизни. Активность витамин-К-зависимых факторов у новорожденных детей более низкая, чем у взрослых, но постепенно повышается. Следствием этого является более длинное АЧТВ. Данные особенности были отмечены у 75% обследованных детей в течение первых 2х недель жизни, далее их уровень приближался к норме. Уровень протромбинового времени у детей 1го месяца жизни не отличался от значений у детей старше 1 мес. жизни. Уровня фибриногена снижен, и наиболее низкие его значения наблюдались на 3 и 4 неделе жизни.

Однако, несмотря на полученные результаты, только у 1 из обследуемых детей был выявлен тромбоз верхней полой вены, в клинической картине 11 детей имел место геморрагический синдром, у 4х детей были признаки энтероколита. Внутриутробная пневмония была диагностирована у 90% детей. В ходе исследования не было выявлено существенного различия показателей гемостаза и фибринолиза при различной патологии.

**Выводы.** Учитывая наличие в крови детей в период новорожденности лабораторных признаков как гиперкоагуляции, так и гипокоагуляции, а также отсутствия существенных различий данных показателей при различных заболеваниях, эти изменения могут быть связаны со снижением белково-синтетической функции печени или являться возрастными особенностями.

## 024 ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ СТАТИНОВ В ТЕРАПИЮ НАРУШЕНИЙ РИТМА НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Корягина Н. А., Василец Л. М., Шапошникова А. И., Григориади Н. Е.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера. Пермь, Россия

**Цель:** оптимизация лечения больных женского пола с нарушениями ритма сердца (НРС) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) путем включения в комплексную терапию аторвастатина.

**Материал и методы:** на базе частной медицинской клиники в амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 30 женщин с частыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на фоне ИБС, не получавших ранее регулярную гиполлипидемическую терапию. Средний возраст составил  $51,2 \pm 4,5$  года. Проведено обследование: липидный спектр крови, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой variability ритма сердца (ВРС), эхокардиография (ЭхоКГ). Обследование проводилось исходно и через 3 месяца наблюдения. Все пациенты принимали антиаритмическую терапию амиодароном 200 мг в сутки, также: периндоприл – 4–8 мг в сутки, ацетилсалициловая кислота – 100 мг в сутки, биспролол 2,5–5 мг в сутки). Пациенты были рандомизированы случайным образом на 2 группы по 15 человек. Первая группа принимала аторвастатин (Липтонорм, “Фармстандарт”, Россия) в дозе 20 мг в сутки, с возможным увеличением дозы до обеспечивающей достижение целевого уровня холестерина ЛПНП  $< 2,0$  ммоль/л. 15 женщин без статина составили группу сравнения. Следует отметить, что в обеих группах уровень общего холестерина был в пределах нормы до 4,5 ммоль/л.

**Результаты:** в группе статина при сопоставлении с результатами группы сравнения получены ( $p < 0,05$ ): снижение количества пароксизмов ФП ( $-67\%$  vs  $-41\%$ ), уменьшение длительности пароксизмов ФП ( $-78\%$  vs  $-65\%$ ), числа наджелудочковых экстрасистол ( $-61\%$  vs  $-41\%$ ) и желудочковых экстрасистол ( $-71\%$  vs  $-45\%$ ), уменьшение количества депрессий сегмента ST ( $-91\%$  vs  $-64\%$ ). Изменения показателей ЭХОКГ ( $p < 0,05$ ) – увеличение конечного диастолического объема левого желудочка (ЛЖ) ( $26,7\%$  vs  $12,9\%$ ); возрастание ударного объема ( $61,3\%$  vs  $49,87\%$ ); уменьшение индекса массы миокарда ЛЖ ( $-21,3\%$  vs  $-13,4\%$ ) и снижение объема левого предсердий ( $-9,8\%$  vs  $-5,32\%$ ); а также изменение параметров диастолической функции миокарда – отношения E/A ( $41,3\%$  vs  $31,2\%$ ); IVRT ( $-18,7\%$  vs  $-8,7\%$ ) и отношения S/D ( $-43,5\%$  vs  $-19,7\%$ ). Анализ ВРС продемонстрировал достоверное ( $p < 0,05$ ) отличие групп: RMSSD ( $67,5\%$  vs  $28,7\%$ ); HF ( $62\%$  vs  $34\%$ ); TP ( $5,4\%$  vs  $2,1\%$ ), LF ( $-9,8\%$  vs  $-3,3\%$ ) и LF/HF ( $-34\%$  vs  $-10,1\%$ ).

**Выводы:** включение аторвастатина в дозе 20 мг в сутки позитивно влияет на морфофункциональное состояние и вегетативный баланс миокарда, что, возможно, приводит к снижению электрической нестабильности сердца и уменьшению количества предсердных НРС у женщин, имеющих коронарную болезнь сердца.

## 025 СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крестьянинов М. В.

Государственное учреждение здравоохранения “Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн”, Ульяновск, Россия

Гипертрофия левого желудочка является наиболее сильным предиктором осложнений и смерти у больных с кардиальной патологией, а также является наиболее неблагоприятным прогностическим фактором прогрессирования заболевания

сердечно-сосудистой системы. Есть данные, что даже повышение массы миокарда, не выходящее за границы нормальных значений, может свидетельствовать о повышении сердечно-сосудистого риска у больного артериальной гипертонией. Одновременно с этим, у женщин (особенно после наступления менопаузы) кардиальная патология протекает в менее благоприятном варианте, по сравнению с мужчинами.

**Цель:** разработка способа выявления гипертрофии левого желудочка у женщин с артериальной гипертонией на основании связей эритроцитарного звена гомеостаза и структурным ремоделированием сердца.

**Материал и методы.** Обследовано 58 женщин с гипертонической болезнью II–III стадии II степени АГ (средний возраст 57 (10) лет; 95%CI (54–59)). Эхокардиографическое исследование в стандартных эхокардиографических позициях, соответственно совместным рекомендациям ASE и EAE (2005). Общеклиническое исследование крови проводилось для определения общего гемоглобина (Hb), количества эритроцитов в 1 литре (Er), среднего содержания гемоглобина в эритроцитах (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCHC), среднего объема эритроцитов (MCV). Результаты обрабатывались с помощью пакета программ STATISTICA 8.0. Коэффициент корреляции вычислялся методом Пирсона для исследования связи нормально распределенных признаков, и методом Спирмена – для признаков с распределением отличным от нормального. Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Проведение корреляционного анализа выявило наличие связей значений MCH и MCV с такими структурными показателями левого желудочка как ЗСЛЖд, ТМЖПд, ОТС и ИММЛЖ. Наиболее сильная связь отмечалась между MCH и ЗСЛЖд ( $R=0,38$ ;  $p=0,002$ ). Построение уравнения линейной регрессии позволило определить толщину задней стенки ЛЖ в диастолу по формуле:  $ЗСЛЖд = 3,131 + 0,2548 * MCH$ , где корреляционная поправка среднего содержания гемоглобина в эритроците ( $K_d$ ) равна 3,131, и поправочный коэффициент среднего содержания гемоглобина в эритроците ( $K_p$ ), равен 0,2548. При значениях толщины ЗСЛЖд более 11,9 диагностируется гипертрофия миокарда левого желудочка. Последующая проверка на 106 женщинах с ГБ показала, что по чувствительности (30%) и специфичности 80%, указанный способ оценки гипертрофии миокарда левого желудочка практически сопоставим с чувствительностью и специфичностью индекса Соколова-Лайона (чувствительность 22%, специфичность 100%) и Корнельского вольтажного индекса (чувствительность 42%, специфичность 96%). Выше сказанное позволяет использовать данный способ в качестве дополнительного для выявления гипертрофии левого желудочка у женщин.

**Выводы.** Наличие у женщин с гипертонической болезнью связей эритроцитарных индексов с показателями, отражающими структурное ремоделирование левого желудочка, позволяет определять наличие гипертрофии левого желудочка, используя значения среднего содержания гемоглобина в эритроцитах.

## 026 ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ. ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ

Ларионова Н. В.

ФГБОУ ВПО “Ульяновский государственный университет”, Ульяновск, Россия

**Цель.** Применение прерывистой нормобарической гипоксии у спортсменов позволяет повысить работоспособность и улучшить спортивные результаты. В то же время, влияние прерывистой нормобарической гипоксии на электрическую стабильность миокарда изучено недостаточно. Цель-изучение длительности интервала QT, дисперсии интервала QT у спор-

тсменов высокой квалификации при воздействии прерывистой нормобарической гипоксии.

**Материал и методы.** В период подготовки к соревнованиям восьми спортсменкам-легкоатлеткам высокой квалификации в возрасте от 16 до 28 лет ( $19,63 \pm 3,85$  года) проведены гипоксические тренировки гипоксикатором "Тибет-4". Сеанс гипоксии составил шесть 5-минутных циклов гипоксии с дыханием газовой смесью с 10% содержанием кислорода, чередующихся с 5-минутными интервалами отдыха с дыханием атмосферным воздухом. Во время гипоксических тренировок проведено мониторирование ЭКГ регистратором "Кардиотехника 04-3" (КТ 04-3), Санкт-Петербург. В автоматическом режиме оценивались длительность интервалов QT, скорректированного интервала QT, дисперсии QT, частота сердечных сокращений. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Выявлено достоверное увеличение длительности интервала QT с  $364,5 \pm 28,98$  мс на первом цикле гипоксии до  $377,7 \pm 31,20$  мс на шестом цикле гипоксии ( $p = 0,001$ ), которое, однако, не достигало критической (аритмогенной) величины. Выявлено достоверное урежение средней частоты сердечных сокращений с  $80,8 \pm 12,79$  уд/мин на первом цикле гипоксии до  $74,7 \pm 13,11$  уд/мин на шестом цикле гипоксии ( $p = 0,01$ ). Максимальная частота сердечных сокращений при этом достоверно не изменялась ( $84,6 \pm 11,93$  уд/мин на первом цикле гипоксии,  $81,4 \pm 13,29$  уд/мин на шестом,  $p = 0,29$ ). Длительность скорректированного интервала QT достоверно не изменялась:  $419,0 \pm 13,67$  мс во время первого цикла гипоксии до  $414,7 \pm 17,04$  мс на шестом ( $p = 0,33$ ). Значимых изменений дисперсии QT в течении сеанса гипоксии не выявлено (дисперсия QT на первом цикле гипоксии равна  $9,75 \pm 7,25$  мс, на шестом цикле равна  $9,38 \pm 3,34$  мс,  $p = 0,85$ ).

**Выводы.** Воздействие прерывистой нормобарической гипоксии у спортсменов высокой квалификации в режиме чередования шести 5-ти минутных циклов гипоксии с дыханием газовой смесью с 10% содержанием кислорода с 5-минутными интервалами отдыха с дыханием атмосферным воздухом безопасно, не ведет к клинически значимым изменениям длительности интервала QT и дисперсии интервала QT.

## 027 ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Хохлов А. Л., Каграманян И. Н., Лилеева Е. Г.*

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) — является основной причиной смертности и инвалидизации больных, что делает проблему лечения и профилактики АГ не только медицинской, но и социальной. Несмотря на доступность множества вариантов лечения, только у 27% больных с АГ достигается адекватный контроль давления крови. Около 50% неблагоприятных фармакологических ответов (развитие НЛР или недостаточная эффективность) зависят от генетических особенностей пациента.

Доказано, что уровень АПФ в крови, имеющий большое значение в патогенезе АГ, примерно на 50% находится под генетическим контролем. Среди населения широко распространен генетический полиморфизм этого фермента: у гомозиготных носителей D-аллеля (DD-генотип) активность АПФ повышена, гомозиготных носители I- аллеля (II-генотип) имеют пониженную активность АПФ, в то время как гетерозиготы (ID-генотип) имеют промежуточную активность этого фермента. В целом ряде работ была подтверждена достоверная ассоциация между наследственной предрасположенностью к ИБС и носительством DD-генотипа.

Фармакогенетическое тестирование позволяет выбирать наиболее эффективное лекарство в качестве первоочередного терапевтического средства, что приводит к уменьшению количества лекарственных препаратов, необходимых для

адекватного лечения, а также числа визитов больного к врачу для измерения давления крови.

**Цель:** предложить оптимальные способы лечения больных с артериальной гипертензией на основе комплексного фармакогенетического анализа.

**Материал и методы.** Группа пациентов из 129 человек с диагнозом артериальная гипертензия II стадии, 1–3 степени в возрасте от 38 до 70 лет. Всем больным было выполнено фармакогенетическое обследование в условия лаборатории "Ситилаб": определение вариантов в генах ACE, NOS3, CYP2D6. Также всем больным проводилось общеклиническое обследование, функциональные методы (ЭКГ, Эхо-КС, суточное мониторирование АД, доплер сосудов почек), лабораторные (биохимический анализ крови; микроальбуминурия, липидный спектр, С- реактивный белок), оценка качества жизни: по 100-миллиметровой шкале и шкале SF-36, фармакоэкономические (анализ "стоимость-эффективность"; анализ "стоимость-полезность". ABC/VEN- анализ). Пациенты рандомизированы на 3 группы больных АГ с различными вариантами генотипов. Все группы больных будут получать адекватную антигипертензивную терапию с учетом данных фармакогенетического обследования. Период наблюдения 6 месяцев.

**Результаты.** В результате фармакогенетического обследования было получено, что среди вариантов гена ACE наиболее распространен I/D генотип, он встречался в 50,5% случаев; среди вариантов гена NOS3 наиболее часто встречался E 298E генотип — в 53,5% случаев и среди вариантов гена CYP2D6 — NON CYP2D6 \*4/ NON CYP2D6 \*4 генотип в 72% случаев. Обнаружение полиморфизма гена ACE в виде генотипа D/D в 29% случаев указывает на то, что риск развития в этой группе ИБС, инфаркта миокарда и инсульта выше в 1,5–2 раза, чем в группе с I/I генотипом.

**Выводы.** Внедрение в клиническую практику высокотехнологичных комплексных клинико-генетических исследований позволяет улучшить тактику ведения больных с артериальной гипертензией. На основании результатов генетического тестирования можно не только строить прогноз заболевания, но и рационально подобрать лекарственную терапию, что способствует предупреждению развития тяжелых осложнений, осуществлению контроля над заболеванием. Результаты работы будут способствовать оптимизации ведения больных АГ врачами первичного звена, проведению активной диспансеризации не только лиц с высоким уровнем АД, но и пациентов с высокими степенями риска.

## 028 УПРАВЛЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Зиновьева М. А., Хохлов А. Л., Лилеева Е. Г.*

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Проблемы, связанные с алкоголем, вызывают в настоящее время пристальное внимание большинства европейских государств. Несмотря на продолжающийся рост заболеваемости хронической алкогольной болезнью, отсутствуют единые стандарты диагностики и лечения больных с хронической алкогольной болезнью, имеющих соматическую патологию, что в свою очередь повышает смертность данной группы больных (а это в основном люди трудоспособного возраста), увеличивает инвалидизацию и пролонгирует время пребывания в стационаре.

**Цель:** разработать основные методы, приводящие к повышению приверженности к лечению пациентов страдающих хронической алкогольной болезнью и сопутствующей соматической патологией, путем применения школ для больных.

**Материал и методы.** Группа пациентов с установленным диагнозом хронической алкогольной болезнью и сопутствующей соматической патологией, из них 300 пациентов ретроспективно и 100 пациентов проспективно. в возрасте от 18 до 60 лет. Всем больным будет выполнено общеклиническое

обследование, функциональные методы (ЭКГ, Эхо-КС, УЗИ брюшной полости), лабораторные, будет контролироваться уровень знаний, определяться уровень приверженности пациентов к терапии, оценка качества жизни: по 100-миллиметровой шкале и шкале SF-36, фармакоэкономические (анализ «стоимость-эффективность»; анализ «стоимость-полезность». ABC/VEN- анализ). Период наблюдения – 6 месяцев.

**Результаты.** В ГУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая наркологическая больница» было проанализировано 300 карт больных с хронической алкогольной болезнью. Из них мужчин было 94 (31%), женщин – 216 (69%). Средний возраст пациентов составил  $46,38 \pm 4,6$  года. Из них пациентов 178 (59%) – лица трудоспособного возраста, а 122 (41%) пациентов – лица старше 50 лет. Средняя длительность хронической алкогольной болезни  $16,4 \pm 2,6$  года. При опросе 36% лечились не регулярно, а 48% лечения не получали совсем. Около 37% пациентов применяли для лечения – препараты из группы бензодиазепинов, антидепрессантов, гепатопротекторов, нейропротекторов и сенсебилизирующие препараты. У 67% (201 пациента) хроническая алкогольная болезнь ассоциировалась с гипертонической болезнью, ИБС, ожирением, цереброваскулярной болезнью и циррозом печени. Для лечения хронической алкогольной болезни чаще всего использовались комбинации препаратов из группы бензодиазепинов, антидепрессантов и сенсебилизирующих препаратов. После проведенной терапии было госпитализировано 54 (18%) больных, отказались от госпитализации 66 (22%) больных, смертей не было. С целью улучшения качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе нами взято под наблюдение 100 больных с диагнозом хроническая алкогольная болезнь – 50 человек мужчин и 50 женщин. Всем больным проводится индивидуальная школа пациента с ведением индивидуальных дневников пациентов.

**Выводы.** Таким образом, сложившаяся ситуация диктует необходимость разработки и внедрения единого алгоритма ведения больных с хронической алкогольной болезнью и сопутствующей соматической патологией. Применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с хронической патологией, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение.

## 029 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПОСТНАГРУЗОЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ.

Линде Е. В., Орджоникидзе З. Г.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва, Россия

Известно, что высококвалифицированные спортсмены имеют выраженные структурно-функциональные изменения сердца, которые связаны с видом спорта, полом, и, возможно, генетическими факторами. Степень физиологических изменений «спортивного сердца» может быть столь существенной, что ее приходится дифференцировать с патологическими структурными изменениями при кардиомиопатиях. Однако, в спортивной медицине до сих пор отсутствуют единые диагностические критерии физиологического и патологического постнагрузочного ремоделирования ССС. В Лаборатории функциональной диагностики МНПЦ МРВСМ было проведено исследование по изучению влияния разнонаправленных физических нагрузок на ССС спортсменов различных специализаций и квалификаций.

В исследовании участвовало 458 высококвалифицированных спортсменов (МС, МСМК, ЗМС) циклических (гребля, конькобежное многоборье), скоростно-силовых (единоборства), сложно-координационных (спортивная гимнастика), игровых (большой теннис) и сложно-технических (авто и мотоспорт) видов спорта. Клинико-лабораторное исследование включало анализ стандартной ЭКГ в покое и в нагрузке, ЭхоКГ, эргоспирометрическое исследование, определение полиморфизмов

генов ACE, NFATC4, PPARA и PPARC с помощью полимеразной цепной реакцией, а также иммуно-биохимический скрининг. Статистическая обработка данных выполнена с применением компьютерной программы «GraphPad InStat». Использование в исследовании инновационных иммуно-биохимических и генетических методов позволило выявить у «практически здоровых» спортсменов негативные тенденции в динамике концентраций провоспалительных цитокинов и титров антимиокардиальных антител в покое и непосредственно в процессе эргоспирометрического тестирования. Особое внимание заслуживают спортсмены с клинически значимым (более 100 пг/мл) повышением концентрации ФНО-а, а также сочетание этого фактора с повышенным более 1/320 титром аутоантител к проводящей системе миокарда, может являться предиктором развития стресс-индуцированных кардиальных изменений под влиянием неадекватных физических нагрузок. В исследовании также доказано участие аллелей полиморфных генов системы PAAC (D (ACE)), аллелей генов-регуляторов системы PPAR (C – PPARA; C – PPARC) и NFAT (A NFATC4) а также аллеля D гена кальциневрина (CNB) и аллеля G гена VEGF в формировании неадекватного гипертрофического ответа у спортсменов. Особое внимание в исследовании было уделено изучению взаимосвязи D-аллеля гена ACE с гипертрофией миокарда более 13 мм у спортсменов. Неблагоприятное гомозиготное сочетание DD (ACE) было обнаружено у 25% конькобежцев-многоборцев, 18% гребцов-академистов, 20% стрелков, 30% дайверов, 21% самбистов. У спортсменов данной подгруппы отмечалось также достоверное ( $P < 0,05$ ) снижение ФР, неадекватный рост АД и ЧСС в нагрузке, а также снижение сегмента ST в нагрузке. Наличие в генотипе юных спортсменов 2-х и более аллелей (PPARA C, PPARC C, CNB D, NFATC4 Ala160 и VEGFA G) может быть использовано в качестве критерия для формирования «группы риска» кардиальной патологии с целью раннего проведения восстановительных мероприятий и индивидуализации тренировочного процесса.

## 030 ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Осипова И. В., Лысоченко А. Б., Антропова О. Н., Тавровская Т. В., Тимофеев А. В.

КГБУЗ «Городская больница № 1», Алтайский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии, Барнаул, Россия

**Цель:** оценить частоту экстренно госпитализируемых пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), возникшей на фоне употребления алкоголя (АлкФП). Среди этих пациентов сравнить частоту восстановления синусового ритма в первые 48 часов госпитализации на фоне и без использования антиаритмических препаратов (ААП) I или III класса.

**Материал и методы:** в течение года отобраны пациенты, причиной госпитализации которых явилась АлкФП. Критерии исключения: установленная ранее постоянная ФП, плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), ФП на фоне острого коронарного синдрома, а также – пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации.

В течение года в отделение госпитализировано 1273 пациента с пароксизмальной ФП. Из них – 53 пациента с АлкФП (4,1%). Сформированы 2 группы пациентов: 1 группа – пациенты, кому на догоспитальном и/или госпитальном этапах вводились ААП I или III класса. 2 группа – пациенты, получающие ЧСС-контролирующую терапию.

**Результаты.** В 1 группе состоит 21 пациент, во 2 группе – 32 пациента. Количество пациентов с давностью ФП к моменту поступления не более 48 часов: в 1 группе – 21, во 2 группе – 25, при этом в первые 48 часов госпитализации синусовый ритм восстановился у 16 (76,2%) – в 1 группе, и у 19 (76%) – во второй группе.

**Выводы:** среди пациентов, причиной экстренной госпитализации которых явилась ФП, у 4,1% – аритмия развилась на фоне употребления алкоголя.

У пациентов с АлкФП давностью не более 48 часов, эффективность ЧСС – урежающей терапии к окончанию 2 суток наблюдения сопоставима с использованием антиаритмических препаратов I и/или III класса (76% и 76,2%, соответственно).

### 031 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОТРОМБОГЕННОГО РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ЛИЦ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Маркова И. А.

РНПЦ “Кардиология”, Минск, Республика Беларусь

Пациенты, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС), в том числе инфаркт миокарда, имеют высокий риск развития повторных инфарктов, сердечной недостаточности, внезапной кардиальной смерти, особенно в течение первого года после перенесенного ИМ. В связи с этим продолжается поиск новых маркеров и уточнение роли известных, имеющих высокую предсказательную ценность в отношении риска развития фатальных и не фатальных осложнений, течения заболевания у больных ОКС.

Целью данной работы выявление биомаркеров атеротромбогенного риска и прогнозирование развития повторных коронарных событий в среднеотдаленном (12 месяцев) периоде у лиц с нестабильной стенокардией.

В проспективное исследование включено 150 человек с нестабильной стенокардией. Для разработки диагностических критериев тромбогенного риска, совместной силы влияния этих факторов, был применен логистический регрессионный анализ, который состоял из двух этапов. На первом этапе все пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошли 85 пациентов, у которых за период мониторинга (12 мес.) наблюдалось благоприятное течение заболевания. Во вторую – 65 человек с осложненным (с возникновением конечных точек) течением заболевания. Конечными точками служили: повторная нестабильная стенокардия; острый инфаркт миокарда; жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости ишемического генеза; эндоваскулярные вмешательства или хирургическая реваскуляризация миокарда по неотложным показаниям; летальные исходы. По характеру сопутствующей патологии, степени поражения коронарного русла, фракции выброса левого желудочка, пациенты обеих групп были сопоставимы. В данном исследовании определялись биомаркеры тромбоцитарно-сосудистого звена (MPV, PDW, PCT, фактор Вилебранда), нестабильности атеросклеротической бляшки (миелопероксидаза), воспалительной активности (СРБ), эндотелиальной дисфункции (эндотелин, гомоцистеин), миокардиального стресса (BNP) и тромбинемии (Д-димеры).

Биомаркерами атеротромбогенного риска у лиц нестабильной стенокардией являются миелопероксидаза, Д-димеры, показатель MPV и степень адреналин индуцированной агрегации. Причем, вероятность развития неблагоприятных исходов нестабильной стенокардии при уровне миелопероксидазы >283,7 пмоль/л (чувствительность 89,19%, специфичность – 97,56%), Д-димеров >250 нг/мл (чувствительность 81,1%, специфичность – 95,1%), показателя MPV >8,8 (чувствительность 68,9%, специфичность – 82,9%) и степени адреналин – индуцированной агрегации (чувствительность 53,9%, специфичность – 63,5%) увеличивается почти в 20 раз.

### 032 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА rs619203 (6q22) С РАЗВИТИЕМ И ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Мартынова Е. А., Шестерня П. А., Никулина С. Ю.

ГБОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России, Красноярск, Россия

Однонуклеотидный полиморфизм (ОНП) rs619203, расположенный на коротком плече 6 хромосомы (локус 6q22), входит в структуру гена ROS1, кодирующего синтез белка – рецептора тирозин киназы. По данным полногеномных исследований в европейской и американской популяциях rs619203 ассоциирован с риском развития инфаркта миокарда (ИМ). При этом данных о взаимосвязи rs619203 с клиническими характеристиками ИМ в доступной литературе нами не найдено.

**Цель.** Изучить взаимосвязь ОНП rs619203 (6q22) с развитием ИМ и его характеристиками в сибирской популяции.

**Материал и методы.** В исследовании включались больные ИМ, госпитализированные в кардиологический центр МБУЗ “Городская клиническая больница № 20 им. И. С. Берзона” г. Красноярск, удовлетворяющие критериям включения. Критериями включения были: 1) верифицированный диагноз ИМ, согласно критериям ВНОК (2007) и ЕОК (2006); 2) мужчины и женщины в возрасте ≤65 лет; 3) европеоидная раса; 4) наличие подписанного информированного согласия пациента. Научное исследование одобрено Этическим комитетом КрасГМУ. За период с 01.01.2009 по 30.06.2010 года было включено 243 больных ИМ (192 мужчин и 51 женщина) в возрасте от 28 до 65 лет (средний возраст 54,14±6,79 лет; квартили 25%,50%,75% = 50,0/55,0/60,0). Группу контроля составили 280 человек (221 мужчины и 59 женщин) в возрасте от 25 до 67 лет (средний возраст 54,64±9,34 лет; квартили 25%,50%,75% = 48,8/56,2/62,5). Группы статистически не различались по возрасту (p=0,084). Группа больных ИМ статистически значимо не отличалась от контрольной группы по таким общепризнанным факторам риска ИБС, как: наличие артериальной гипертензии (p=0,198), сахарного диабета (p=0,117), гиперхолестеринемии (p=0,163), избыточной массы тела и ожирения (p=0,439), абдоминального типа ожирения (p=0,760), анамнезу курения (p=0,590). Гиперхолестеринемия диагностировалась при уровне общего холестерина больше 5,0 ммоль/л. При определении избыточной массой тела и ожирения нами использовалась классификация ВОЗ, основанная на вычислении индекса массы тела (ИМТ) по формуле Quetelet (масса (кг) / рост (м)<sup>2</sup>). Нормальной принималась масса тела, при ИМТ=18,5–24,9, избыточная масса тела диагностировалась при ИМТ=25,0–29,9, ожирение – при ИМТ≥30. Абдоминальный тип ожирения определялся при окружности талии превышающей 94 см у мужчин и 80 см у женщин. У всех пациентов после подписания информированной формы согласия производился забор венозной крови, для экстракции ДНК использовался фенол-хлороформный метод. Генотипирование полиморфизмов rs619203 (6q22) осуществлялось методом ПЦР в режиме реального времени (AB 7900HT TaqMan, Applied Biosystems). Для сравнения групп по количественным признакам, учитывая отсутствие нормального распределения, использовался метод Манна-Уитни, для анализа качественных признаков использовалась методика  $\chi^2$ . Различия оценивались как статистически значимые при p<0,05. Для оценки развития ИМ по конкретному аллелю или генотипу производили оценку отношения шансов (ОШ) в таблицах сопряженности 2x2 с расчетом доверительных интервалов (ДИ).

**Результаты.** При анализе распределения частот генотипа CC rs619203 выявлены статистически значимые различия между группами ИМ и контроля. Так, носителей генотипа CC rs619203 в исследуемой группе было 13,6%, в контрольной группе – 4,7% (p=0,003). При раздельном гендерном анализе статистически значимые различия по rs619203 между группами ИМ и контроля ОНП сохранялись. Среди мужчин в исследуемой группе носителей генотипа CC было 14%, в контрольной группе – 5,5%, p=0,005. Среди женщин с ИМ в исследуемой группе носителей генотипа CC было 12%, в группе контроля – 1,8%, p=0,035. У мужчин и у женщин так же, как и в общей группе, генотип CC rs619203 ассоциировался с более высоким риском развития инфаркта миокарда. У носителей генотипа CC rs619203 риск развития ИМ был втрое больше, чем у носителей аллеля G (генотипы CG и GG), ОШ=3,18; 95% ДИ=1,60–6,33. Несколько меньший риск



развития ИМ был у мужчин с генотипом СС rs619203, ОШ=2,78; 95% ДИ=1,33–5,80. Для генотипа СС rs619203 среди женщин нами не были получены статистически значимые различия (ОШ=7,50; 95% ДИ=0,87–64,63), что, по нашему мнению, обусловлено малым количеством наблюдений – в группе контроля была лишь одна женщина с генотипом СС. Ассоциации ОНП rs619203 с элевацией сегмента ST, наличием патологического зубца Q, локализацией ИМ нами не было выявлено. Генотип СС выявлен у 14,6% пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, 4,3% – без подъема сегмента ST (p=0,390). При переднем ИМ генотип СС был у 10,7%, не передней локализации ИМ – 17,1%, циркулярном ИМ 6,7% (p=0,322). Между пациентами с ИМ с патологическим зубцом Q (15,9%) и без Q (9,5%) статистически достоверных различий также не было (p=0,370).

**Выводы.** Таким образом, генотип СС rs619203 (6q22) является генетическим предиктором высокого риска развития ИМ в сибирской популяции. В то же время его взаимосвязи с основными характеристиками ИМ (локализация и глубина некроза, наличие подъема сегмента ST) не выявлено.

### 033 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS619203 ГЕНА ROS1 С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Мартынова Е. А., Шестерня П. А., Никулина С. Ю.*

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

**Цель.** Изучить взаимосвязь однонуклеотидного полиморфизма (ОНП) rs619203 (6q22) гена ROS1 с развитием инфаркта миокарда (ИМ) и его характеристиками.

**Материал и методы.** В исследование включались больные с верифицированным ИМ в возрасте от 28 до 65 лет (средний возраст 54,14±6,79 лет; квартили 25%,50%,75% = 50,0/55,0/60,0). За период с 01.01.2009 по 30.06.2010 года было включено 243 больных (192 мужчин и 51 женщина). Группу контроля составили 280 человек (221 мужчины и 59 женщин) в возрасте от 25 до 67 лет (средний возраст 54,64±9,34 лет; квартили 25%,50%,75% = 48,8/56,2/62,5). Группы статистически не различались по возрасту (p=0,084) и полу (p=0,981) и традиционным факторам риска ИБС: артериальной гипертензии (p=0,198), сахарному диабету (p=0,117), гиперхолестеринемии (p=0,163), избыточной массе тела и ожирения (p=0,439), абдоминальному типу ожирения (p=0,760), анамнезу курения (p=0,590). Для экстракции ДНК использовался фенол-хлороформный метод. Генотипирование ОНП rs619203 осуществлялось методом ПЦР в режиме реального времени (AB 7900HT TaqMan, Applied Biosystems). Для сравнения групп по количественным признакам, учитывая отсутствие нормального распределения, использовался метод Манна-Уитни, для анализа качественных признаков использовалась методика  $\chi^2$ . Различия оценивались как статистически значимые при p<0,05. Для оценки развития ИМ по конкретному аллелю или генотипу производили оценку отношения шансов (ОШ) в таблицах сопряженности 2x2 с расчетом доверительных интервалов (ДИ).

**Результаты.** При анализе распределения частот генотипа СС rs619203 выявлены статистически значимые различия между группами ИМ и контроля: 13,6% и 4,7% соответственно, p=0,003. Среди мужчин в исследуемой группе носителей генотипа СС было 14%, в контрольной группе – 5,5%, p=0,005. У женщин различия были сопоставимыми: 12% – в группе с ИМ, в группе контроля – 1,8%, p=0,035. У носителей генотипа СС rs619203 риск развития ИМ был втрое больше, чем у носителей аллеля G – генотипы CG или GG (ОШ=3,18; 95% ДИ=1,60–6,33). Высокий риск развития ИМ был как у лиц без семейного анамнеза ИБС (ОШ=3,22; 95% ДИ=1,49–6,97), так и у лиц имеющих отягощенную наследственность по ИБС (ОШ=3,54; 95% ДИ=1,57–7,98). Ассоциации ОНП rs619203 с элевацией сегмента ST, наличием патологического зубца Q, локализацией ИМ нами не было

выявлено. Генотип СС выявлен у 14,6% пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, 4,3% – без подъема сегмента ST, p=0,390. При переднем ИМ генотип СС был у 10,7%, не передней локализации ИМ – 17,1%, циркулярном ИМ 6,7%, p=0,322. Между пациентами с ИМ с патологическим зубцом Q (15,9%) и без Q (9,5%) статистически достоверных различий также не было, p=0,370.

**Выводы.** Генотип СС rs619203 (6q22) ассоциирован с высоким риском развития ИМ вне зависимости от наличия традиционных факторов риска, в т. ч. и отягощенной наследственности. Взаимосвязи rs619203 с такими характеристиками ИМ, как локализация и глубина некроза, наличие подъема сегмента ST не выявлено.

### 034 О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Милоков В. Е., Жарикова Т. С.*

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Во всем мире вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний активно обсуждаются специалистами различных специальностей. По данным годового отчета о состоянии здоровья населения в России, в 2010 г. общая заболеваемость болезнями системы кровообращения среди взрослого населения возросла в среднем на 8,4%, смертность от них – на 13% (по сравнению с 2009 г.), а число умерших от ишемической болезни сердца увеличилось на 12,7 тыс. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, около половины случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний являются следствием ишемической болезни сердца. Наиболее распространенными формами ишемической болезни сердца, ухудшающими качество жизни населения и приводящими к инвалидизации и смерти, являются стабильная стенокардия и нарушения сердечного ритма, которые обуславливают нарушение системной гемодинамики и способствуют тромбообразованию.

Современные методы лучевой диагностики, применяющиеся в клинической практике для обследования кардиологических больных, такие как рентгеновская коронароангиография, являющаяся “золотым стандартом”, и сопоставимые с ней методы (например, мультиспиральная компьютерная томография с 3D-моделированием), позволяют визуализировать коронарные артерии и оценить некоторые их морфометрические параметры. Однако при этих исследованиях верифицируются только изменения макрогемососудов миокарда, в то время как основой жизнеобеспечения клеток мышечной ткани сердца (сократительных кардиомиоцитов) и клеток проводящей системы сердца (атипичных кардиомиоцитов) является гемомикроциркуляторное русло, морфофункциональные изменения которого определяют изменения уровня обменных процессов в тканях. Таким образом, используемые методы лучевой диагностики не дают информации об изменениях в системе гемомикроциркуляторного русла и об уровне обменных процессов в кардиомиоцитах и проводящей системе сердца, что может затруднять интерпретацию данных, полученных в ходе ангиографических исследований и быть причиной низкой эффективности лечения определенной группы больных, имеющих признаки сердечной недостаточности, обусловленной изменением структурно-функциональных параметров кардиомиоцитов.

Следовательно, необходимы комплексные научные исследования, позволяющие выявить корреляцию между морфометрическими показателями коронарных сосудов различного диаметра и структурно-функциональным состоянием кардиомиоцитов, что позволит повысить точность диагностики, а также эффективность профилактики, лечения и реабилитации пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями.

### 035 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ CYP2C19\*2, CYP2C19\*3, CYP2C19\*17 СРЕДИ РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ И СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ CYP2C19\*2, У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ КЛОПИДОГРЕЛЕМ И ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Мирзаев К. Б.<sup>1</sup>, Сычев Д. А.<sup>1</sup>, Грачев А. В.,<sup>2</sup> Князева Г. П.,<sup>2</sup> Казаков Р. Е.

<sup>1</sup>Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва; <sup>2</sup>“СМ-клиника”, Москва, Россия

Одной из широко распространенных причин индивидуальной изменчивости ответа на лекарственную терапию является генетический полиморфизм ферментов биотрансформации – цитохрома P450. Фармакокинетика, фармакодинамика и клиническая эффективность клопидогрела в значительной степени зависит от мутации в гене CYP2C19.

**Цель.** Определить частоту полиморфных маркеров CYP2C19\*2, CYP2C19\*3, CYP2C19\*17 и сравнить распространенность генотипов и аллелей по CYP2C19\*2 у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и здоровых добровольцев.

**Материал и методы.** Мы обследовали 40 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), получающих терапию клопидогрелом и 146 здоровых добровольцев. Носительство полиморфных маркеров CYP2C19\*2, CYP2C19\*3, CYP2C19\*17 определялось методом Real-Time PCR. Точный критерий Фишера был использован для сравнения различий в распределении генотипов и аллелей между больными и здоровыми лицами. Хи-квадрат был использован для сравнения наблюдаемого числа каждого генотипа с ожидаемыми для населения в соответствии с законом Харди-Вайнберга.

**Результаты.** Среди пациентов 20 человек имели генотип CYP2C19 \*1/\*1 (50%), 12 – генотип CYP2C19 \*1/\*2 (30,0%), 5 – генотип CYP2C19 \*1/\*17 (12,5%), 3 – генотип CYP2C19 \*17/\*17 (7,5%),. Среди здоровых людей по CYP2C19\*2: 111 имели генотип CYP2C19 \*1/\*1 (76,1%), 31 генотип CYP2C19 \*1/\*2 (21,2%) и 4 человек – генотип CYP2C19 \*2/\*2 (2,7%). Частота аллели CYP2C19\*2 у пациентов с ИБС и у здоровых добровольцев составила 15,0% и 13,3% соответственно ( $p=0,323$ ).

**Выводы.** Частота CYP2C19\*2 в данном исследовании оказалась выше у пациентов по сравнению со здоровыми добровольцами. Полученные данные, могут быть полезны для разработки рекомендаций по персонализированной антиагрегантной терапии у российских пациентов с ИБС.

### 036 РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Михайловская Т. В., Мишина И. Е.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

**Цель:** выявить прогностически важные факторы у больных гипертонической болезнью (ГБ) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) и оценить их влияние на развитие неблагоприятного клинического исхода.

**Материал и методы.** В исследование было включено 125 пациентов с ГБ, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии в течение первых 48 часов развития ИИ. Средний возраст больных составил 67 [60; 74] лет (Ме, 25% и 75%), среди них было 63 мужчины и 62 женщины. Все пациенты были обследованы в соответствии со стандартами ведения больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). В течение острого периода ИИ у 20 пациентов (1 группа) наблюдался неблагоприятный исход

заболевания. Среди них у 18 пациентов был зарегистрирован летальный исход, у 2 пациентов развилось повторное ОНМК. Вторую группу составили 105 пациентов (84%) с благоприятным клиническим исходом. Путем составления таблиц сопряженности были рассчитаны относительный риск (ОР) развития неблагоприятного исхода у больных ГБ в остром периоде ИИ и 95% доверительный интервал (ДИ) ОР.

**Результаты.** Среди 378 проанализированных факторов прогностическую значимость в отношении развития неблагоприятного исхода у пациентов с ГБ в остром периоде ИИ имели следующие показатели. ОР неблагоприятного исхода был в 2,4 раза выше у пациентов 60–69 лет (ДИ 1,1–5,4) и почти в 4 раза выше у пациентов с ожирением III степени (индекс Кетле  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup>) (ДИ 1,6–9,95). Наличие в анамнезе ОНМК повышало риск неблагоприятного исхода в 2,6 раза (ДИ 1,2–5,7), а перенесенного инфаркта миокарда – в 4,6 раз (ДИ 2,1–9,9). У пациентов без повышения АД в дебюте ИИ (систолическое АД на догоспитальном этапе  $<140$  мм рт.ст.) ОР неблагоприятного исхода был повышен в 3,9 раз (ДИ 1,8–8,5). Повышение ОР неблагоприятного исхода наблюдалось при снижении ударного объема  $<60$  мл (ОР = 8,98; ДИ 3,98–14,3) и снижении сердечного индекса  $<2,2$  мл\*сек/м<sup>2</sup> (ОР = 5,21; ДИ 2,5–10,98). Тахикардия по данным суточного мониторирования АД (среднесуточная частота пульса  $>90$  ударов в минуту) была ассоциирована с повышением ОР неблагоприятного исхода в 6 раз (ДИ 2,9–6,5), низкая скорректированная вариабельность систолического АД в течение суток ( $<11$  мм рт.ст.) – с повышением ОР неблагоприятного исхода в 2,1 раза (ДИ 1,4–3,8). Обширный ИИ (объем инфаркта  $\geq 90$  см<sup>3</sup>) и выраженный неврологический дефицит (сумма баллов по шкале NIHSS в 1 сутки ИИ  $>16$  баллов) имели отрицательное прогностическое значение (ОР = 2,6; ДИ 1,1–6,2 и ОР = 2,9; ДИ 1,3–6,5 соответственно). Прогностически неблагоприятной являлась также локализация ИИ в бассейне внутренней сонной артерии (ОР 4,9; ДИ 2,2–10,7).

**Выводы.** Предикторами неблагоприятного исхода у пациентов с ГБ в остром периоде ИИ являются: возраст 60–69 лет, ожирение III степени, ОНМК и инфаркт миокарда в анамнезе, систолическое АД  $<140$  мм рт.ст. в дебюте ИИ, снижение ударного объема  $<60$  мл и сердечного индекса  $<2,2$  мл\*сек/м<sup>2</sup>, скорректированная вариабельность систолического АД в течение суток  $<11$  мм рт.ст., число баллов по шкале NIHSS  $>16$ , обширный инфаркт головного мозга и локализация ИИ в бассейне внутренней сонной артерии.

### 037 КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ И ЗНАЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА

Новикова Ю. Ю.

ГБОУ ВПО Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Соблюдение принципов первичной и вторичной профилактики ревматизма позволило снизить заболеваемость острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) на протяжении второй половины XX века более чем в 100 раз. В России, наряду с тенденцией к снижению общей заболеваемости ревматизмом, обращает внимание остающаяся неизменной в 2005–2009 гг. частота встречаемости ревматических пороков сердца, которая у подростков даже имеет некоторый рост.

**Цель:** установить современные особенности клинических проявлений и частоту ревматизма у детей и оценить эффективность вторичной профилактики данного заболевания и причины развития повторной ревматической лихорадки (ПРЛ).

**Материал и методы.** В исследование включены 44 ребенка (16 мальчиков, 28 девочек), 4–17 лет с ОРЛ (82%) и ПРЛ (18%), госпитализированных в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу в период 2001–2011 гг.

Применялись стандартные клинико-anamнестические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Диагноз ревматической лихорадки на амбулаторном этапе был заподозрен только у 18 (41%) пациентов. В остальных случаях направляющие диагнозы были различными в зависимости от лидирующего клинического синдрома. Основным клиническим проявлением был кардит (91%) с преобладанием эндомиокардита (61%), отмечалась высокая частота экстракардиальных проявлений: хорея (41%) и аннулярной эритемы (9%). Суставной синдром развивался у 57% больных, с поражением мелких суставов стоп (20%) и кистей (16%) и болями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (16%). Анализ причин развития ПРЛ показал, что у подавляющего большинства (7 из 8) детей имело место нарушение или отсутствие вторичной профилактики – немотивированная отмена бициллина через 2,5 года от начала лечения у 2 пациентов, нерегулярное введение препарата у 2 детей, гиподиагностика ОРЛ – у 3 детей.

**Выводы:** 1. Гиподиагностику (59%) ОРЛ на первичном этапе можно связать со снижением настороженности врачей в отношении данного заболевания. 2. Развитие кардита при острой ревматической лихорадке занимает лидирующую позицию. 3. Сохраняется высокая частота суставного синдрома (56,8%) и хорей (41%) при ОРЛ в сочетании с нетипичным поражением мелких суставов стоп, кистей и пояснично-крестцового отдела позвоночника, что требует дополнительного обследования. 4. Нарушение принципов вторичной профилактики ревматизма, в том числе в результате гиподиагностики заболевания, остается основной причиной развития ПРЛ и одной из ведущих причин формирования ревматических пороков сердца.

### 038 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Олейник Е. А., Либис Р. А.

ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, Оренбург, Россия

**Цель:** оценить взаимосвязь выраженности клинических проявлений и толерантности к физической нагрузке у больных с ХСН с сохраненной фракцией выброса.

**Материал и методы:** обследовано 18 пациентов в возрасте от 47 до 73 лет (5 мужчин, 13 женщин), страдающие ХСН I–II А ст, I–II ФК по NYHA, развившейся на фоне АГ и/или ИБС. Тяжесть клинических проявлений ХСН определялась по шкале оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС, Cody, 1993, в модификации В. Ю. Мареева, 2000). Толерантность к физической нагрузке оценивалась с помощью пробы с 6-минутной ходьбой.

**Результаты:** при оценке клинического состояния с помощью ШОКС среднее значение составило 2,9 балла, причем 61% пациентов набрали от 1 до 3 баллов (среднее значение 1,8 балла) и 39% – от 4 до 6 баллов (среднее значение 4,6 балла), что соответствует I и II ФК, соответственно.

Среди отклонений параметров клинического состояния по ШОКС лидирующее место занимали: одышка при физической нагрузке – встречалась у 100% обследованных, жалобы на перебои в работе сердца – у 67% и отеки/пастозность нижних конечностей – у 56%. По результатам пробы с 6-минутной ходьбой средний показатель составил  $414,2 \pm 70,9$  м,

I ФК имели 11,1%, II ФК – 38,9%, III ФК – 50% пациентов.

Коэффициент корреляции по Спирмену между суммарным баллом по ШОКС и результатами пробы с 6-минутной ходьбой составил  $-0,34$ ,  $p=0,17$ .

**Выводы:** достоверной корреляционной связи между выраженностью клинических проявлений ХСН, определяемой по ШОКС и толерантностью к физической нагрузке не выявлено,

что, возможно, объясняется малым количеством наблюдений и требует дальнейшего изучения.

### 039 РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Пермякова И. Н., Левитан Б. Н., Рожкова О. А., Попова Н. А.  
ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России, Астрахань, Россия

В настоящее время количество случаев развития кардиомиопатий, обусловленных воздействием лекарственных препаратов, неуклонно растет.

Известно, что клетки миокарда имеют ограниченную регенераторную способность и восприимчивы к постоянному или преходящему воздействию химиотерапевтических средств. Кардиотоксические эффекты разнообразны и зависят от цитостатического агента, дозы и используемого режима терапии. Кардиомиопатия, развивающаяся при применении химиотерапии, может проявляться в виде бессимптомных электрокардиографических нарушений, изменения артериального давления, аритмий, недостаточности кровообращения.

**Цель:** изучить роль лекарственного воздействия в формировании токсической кардиомиопатии у больных туберкулезом легких.

**Материал и методы:** обследовано 120 больных в возрасте от 26 до 35 лет с различными формами туберкулеза легких. Всем больным проводилась динамическая оценка электрокардиографических и эхокардиоскопических показателей.

**Результаты:** в обследуемой группе количество очагового туберкулеза легких – 16, диссеминированного – 24, инфильтративного – 80 случаев. Среди этих больных туберкулез в активной фазе был у – 84 пациентов, неактивная диагностировалась у 36 человек.

Анализ показал, что при проведении электрокардиографического исследования преимущественно регистрировались изменения конечной части желудочкового комплекса (зубец Т), характерные для дисметаболических нарушений миокарда, в то же время динамики интервала PQ и QT не отмечалось, что свидетельствует о сохранности проводящей системы миокарда.

При проведении эхокардиоскопического исследования клинически значимых изменений, свидетельствующих о нарушении сократительной способности миокарда (как систолической, так и диастолической), получено не было. Однако, при повторном обследовании через 3 месяца у 49 пациентов, было отмечено снижение ударного объема и фракции выброса левого желудочка при сохранной глобальной сократительной способности.

**Выводы:** полученные нами результаты свидетельствуют о том, что длительная химиотерапия ухудшает состояние миокарда и может привести к формированию кардиомиопатий.

### 040 СКРИНИНГ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И АОРТЫ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Помогайко Б. В., Бовтюшко П. В., Филиппов А. Е.  
ФГКВУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Диагностическая роль ультразвуковых признаков атеросклеротического поражения периферических артерий обусловлена установленной прогностической ценностью определения утолщения комплекса интима-медиа (КИМ), нахождения гемодинамически значимых и незначимых атеросклеротических бляшек (АСБ) в отношении риска развития ИБС. В российской популяции эта проблема выглядит наиболее актуальной вследствие высокой частоты выявления атеро-

склероза сонных артерий среди пациентов среднего возраста и низкого риска сердечно-сосудистых событий по традиционным стратификационным шкалам, которая может достигать 60% и более.

**Цель:** изучить взаимосвязь ультразвуковых маркеров субклинического атеросклероза и показателей структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы, метаболизма и отдельных гормонов у пациентов мужского пола в возрасте до 60 лет.

**Материал и методы.** Обследован 91 молодой (средний возраст 41 год) мужчина, не имевший диагностированного сердечно-сосудистого заболевания. Всем больным выполнялось стандартное комплексное обследование: врачебный осмотр, общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови (рутинная биохимическая панель, определение общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП), ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭХО-КГ, СМАД, определение уровней лептина, тиреотропного гормона и общего тестостерона, дуплексное сканирование сонных артерий.

**Результаты.** Большая часть обследованных мужчин имела сочетание факторов риска развития атеросклероза: абдоминальное ожирение 69%, артериальная гипертензия – 48%, курение – 31%, отягощенная по ИБС наследственность 17%, сахарный диабет 2 типа 5%, но в то же время имела преимущественно низкий уровень риска сердечно-сосудистой смерти.

При оценке субклинического атеросклероза частота выявления АСБ те составила 25%, утолщение КИМ определялось в 15% случаев, причем в группе мужчин старше 41 года АСБ встречались значимо чаще (44% против 11%, при  $p < 0,05$ ), и толщина КИМ оказалась достоверно более высокой ( $0,653 \pm 0,02$  против  $0,596 \pm 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). При многомерном статистическом анализе апостериорная вероятность развития субклинического атеросклероза ассоциировалась со следующими параметрами: возрастом, сагиттальным размером живота более 25 см, курением, уровнем общего холестерина, лептина. Чувствительность модели составила 69,6%, специфичность – 91,2%, информационная способность – 85,7%.

**Выводы.** У мужчин до 60 лет имеется статистически значимая связь ультразвуковых маркеров субклинического атеросклероза с возрастом, курением, абдоминальным ожирением, уровнем общего холестерина и лептина, а фактор курения в сочетании с увеличенным сагиттальным размером живота может рассматриваться как показание для более раннего скрининга (ранее 45 лет) субклинического атеросклероза при низком риске сердечно-сосудистой смерти.

#### 041 СПОСОБЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Похильченко М. В.*

Кафедра госпитальной терапии Московского факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Почки – важный орган метаболизма и гуморальной регуляции различных процессов. По современным представлениям, почки являются не только экскреторным, но и инкреторным органом. Нарушения этих функций почек происходят как правило параллельно. Однако при различных заболеваниях может наблюдаться преимущественное изменение того или иного процесса.

Оказывая влияние на формирование сердечно-сосудистых заболеваний, почки сами страдают при этой патологии. Для оценки функции почек применяют определение креатинина сыворотки (Кр), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), оценку экскреции альбумина с мочой. Наиболее точным показателем, отражающим функциональное состояние почек, является СКФ. СКФ может измеряться с применением эндогенных и экзогенных маркеров фильтрации, рассчитываться по клиренсу эндогенных маркеров фильтрации креатинина или по формулам, основанным на сывороточном уровне эндогенных маркеров (Кр, цистатин С). Формулы для расчета

СКФ учитывают различные влияния на продукцию Кр, они просты в применении, валидированы: их значения достаточно точно совпадают со значениями эталонных методов оценки СКФ.

У взрослых наиболее широко используются формула Кокрофта-Гаулта (Cockcroft-Gault) и формула, полученная в исследовании MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study). В качестве альтернативного маркера функционального состояния почек и сердечно-сосудистого риска в последние годы рассматривается цистатин С – белок с низким молекулярным весом, ингибитор протеаз, он характеризуется свободной клубочковой фильтрацией, не подвергается канальцевой секреции. Разрабатываются формулы для расчета СКФ на основании уровня цистатина С.

Стандартные методы, используемые для обнаружения белка в моче, непригодны для выявления микроальбуминурии (МАУ). Для количественного определения экскреции альбумина (Ал) с мочой используются радиоиммунные, иммуноферментные и иммунотурбидиметрические методы. Определяется количество экскретируемого Ал за сутки, скорость экскреции Ал, отношение Ал/Кр в произвольном образце мочи. Учитывая высокую диагностическую ценность МАУ, разработаны методы количественной экспресс-диагностики портативный анализатор (Albumin NemoCue), Швеция.

Биопсия почки – иссечение кусочка ткани у больного для микроскопического исследования в целях определения характера заболевания, считается самым диагностически значимым методом исследования в медицине.

Сцинтиграфия позволяет оценить функцию каждой почки в отдельности. Это особенно важно, если планируется нефрэктомия. Отсутствие изображения одной из почек указывает на сосудистую патологию, данный метод позволяет также следить за состоянием трансплантата.

Рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография почек показаны больным с противопоказаниями к экскреторной урографии. Рассматриваются методы исследования функционирования почек расширяют возможности ранней диагностики и дальнейшего эффективного лечения.

#### 042 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

*Сизова Ж. М.,<sup>1</sup> Лавидус Н. И.,<sup>1</sup> Богатырева Л. М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова ГБУЗ, Москва; <sup>2</sup>«Кардиологический диспансер № 2» ДЗ, Москва, Россия

В последнее время все больший интерес вызывает проблема повышенного артериального давления, как фактора риска расстройств когнитивных функций. Поражение головного мозга как органа-мишени при артериальной гипертензии (АГ) проявляется не только острыми нарушениями мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульты), но и нарушением когнитивных функций.

**Цель:** изучение частоты встречаемости умеренных когнитивных расстройств (УКР) среди больных АГ в реальной амбулаторно-поликлинической практике врача.

**Материал и методы.** Обследовано 300 пациентов АГ I–III степени в возрасте от 50 до 80 лет (муж. – 145, жен. – 155, ср. возраст –  $67,5 \pm 3,6$  лет), находившихся на амбулаторном наблюдении. Все больные АГ предъявляли жалобы на нарушения памяти и речи, снижение внимания, сообразительности и восприимчивости. Анамнестическая длительность АГ составила от 7 до 45 лет, в среднем –  $18,1 \pm 4,6$  лет. Антигипертензивную терапию регулярно получали 270 (около 90%) больных АГ. Для оценки наличия и степени выраженности когнитивных нарушений (КН) у больных АГ были использованы доступные и простые для интерпретации в работе практического врача нейропсихологические тесты: краткая шкала оценки психи-

ческого статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa) и методика Мини-Ког (Mini-Cog).

**Результаты.** Для исключения тяжелых КН на 1 этапе исследования каждый больной АГ был протестирован по скрининговой методике Мини-ког. 51 (17%) больной АГ не справились с выполнением этой методики и не были включены в дальнейшее наблюдение. Больным, которые не имели отклонений от нормы по результатам выполнения теста Мини-ког, были предложены другие нейропсихологические тесты — MMSE и Мока-тест. У 79 (26%) больных АГ отклонений при выполнении заданий теста MMSE выявлено не было, у 170 (57%) больных имелись УКР. По результатам теста МоСа у 188 (63%) пациентов выявлены УКР, у 61 (20%) — отклонений от нормы не отмечено. Анализ результатов тестирования по шкале HADS показал, что 73 (39%) больных АГ с УКР имеют признаки тревоги и депрессии. УКР наблюдались у 63% больных АГ, тяжелые КН — у 17%, сочетание УКР и депрессии — у 39% больных. У 20% больных АГ отклонений при выполнении нейропсихологических тестов выявлено не было.

**Выводы.** Результаты нейропсихологических тестов могут быть использованы в реальной амбулаторно-поликлинической практике врача для оценки когнитивных нарушений у больных АГ.

### 043 ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ДИНАМИКА ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Сметанин М. Ю., Пименов Л. Т.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава», Ижевск, Россия

Пролапс митрального клапана (ПМК) является классическим проявлением дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Актуальность проблемы ПМК обусловлена его широкой распространенностью и тяжестью возможных осложнений (внезапная смерть, нарушения ритма сердца, инфекционный эндокардит, тромбоз митрального клапана).

**Цель:** оценить связь дисперсии интервала QT при ПМК со степенью пролабирувания митральных створок и их толщиной.

**Материал и методы.** В исследование были включены 105 женщин с ПМК (средний возраст 25±6,5 года), разделенных на три равные по численности группы в зависимости от степени пролабирувания митрального клапана (МК) — I, II, III. Проводилась эхокардиография в 2D, доплеровском и М-режиме. ПМК диагностировали при максимальном систолическом смещении створок МК за линию митрального кольца более чем на 2 мм. Измерение толщины створок МК проводилось в диастолу, в их средней части, вне зоны отхождения хорд. Интервал QT измеряли по стандартной методике на 12-канальном кардиографе.

**Результаты.** По результатам эхокардиографического исследования во всех трех группах пациенток, основные показатели геометрии левого желудочка (конечный диастолический, конечный систолический размеры, толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки) находились в пределах референсных значений. Фракция выброса левого желудочка — основной показатель его систолической функции — также не выходила за пределы возрастной нормы. Средняя толщина передней створки МК в группе III составила 5,5±0,9 мм, что достоверно больше, чем в группах I и II (4,3±0,9 мм и 4,6±0,7 мм соответственно,  $p<0,05$ ). Митральная регургитация была выявлена у 73 пациенток (69,5%), при этом она отсутствовала у 17 (48,6%) обследованных в I группе, у 11 (31,4%) — во II группе и только лишь у 4 (11,4%,  $p<0,005$ ) — в III группе. Показатели QTmax, QTc тах и дисперсии интервала QT в группе I составили соответственно 397±25 мс, 427±22 мс и 38±14 мс, в группе II — 403±24 мс, 427±17 мс и 45±12 мс, в группе III — 421±33 мс, 453±25 мс и 65±13 мс. Таким образом, они были значимо повышены в группе III в сравнении с группами I и II ( $p<0,005$ ).

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациенток с более высокой степенью пролапса митрального клапана и толщиной митральных створок повышены значения дисперсии дисперсии интервала QT (предиктора электрической нестабильности миокарда, патогенетически связанной с механизмами внезапной сердечной смерти). Эхокардиографическая оценка степени тяжести пролапса митрального клапана и митральной регургитации помогает выделить группу пациенток с повышенным риском развития опасных для жизни аритмий и внезапной сердечной смерти.

### 044 НЕЙРОПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЗОЛИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПОКСИЕЙ И ГИПЕРКАПНИЕЙ ПРИ ФОКАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Трегуб П. П., Осипов И. С.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Ранее в нашей лаборатории было показано, что сочетанное воздействие гипоксии с гиперкапнией повышает толерантность головного мозга к ишемии, значительно эффективнее, чем изолированная гипоксия и гиперкапния. Однако, исследований, направленных на изучение нейропротекторного эффекта гиперкапнической гипоксии при фокальном ишемическом повреждении ранее не проводилось.

**Цель.** Оценка нейропротекторной эффективности гипоксических, гиперкапнических и гиперкапнически-гипоксических дыхательных тренировок на модели фокального ишемического инсульта у крыс.

**Материал и методы.** В работе использованы 60 белых половозрелых крыс-самцов линии Wistar, массой тела 284,5±46 г в возрасте 9–10 месяцев, которые были разделены на 4 группы, прошедшие в последствие 15-дневный курс тренировок: гипоксических, гиперкапнических и гиперкапнически-гипоксических, а четвертая группа была контрольной. Оценку нейропротекторной эффективности проводили после ишемического повреждения с помощью шкал для оценки неврологического дефицита (НД) Katz et al 1995 г — 100-балльная система, NSS 1998 г — 18-балльная система и теста вращающегося стержня. Для создания в организме животных нормобарической гипоксии применялась газовая смесь с концентрацией O2 13%, для изолированной гиперкапнии — с концентрацией CO2 7%, а для гиперкапнической гипоксии — O2 13% и CO2 7%. Контрольная группа дышала в камере атмосферным воздухом. Тренировки животных в проточной камере проводились в течение 15 дней по 20 минут ежедневно. После окончания курса тренировок всем животным моделировалось ишемическое повреждение, путем введения в бедренную вену фотосенсибилизатора (Бенгальский розовый, 3% р-р) в дозе 30 мг/кг и освещения скальпированного участка теменной области черепа лазером мощностью 20 мВт, 532 нм. После 72-часового реабилитационного периода производилась оценка НД и двигательных нарушений (ДКН).

**Результаты.** НД в контрольной группе составил 1,91±0,83 балла по шкале NSS и 11,36±5,05 балла по шкале Katz, а ДКН 19,55±10,61 секунд. В группе нормобарической гипоксии НД по шкале NSS составил 1,92±1,26 балла, по шкале Katz 10,77±6,72 балла и ДКН 54,15±39,4 секунд. В группе изолированной гиперкапнии по шкале NSS дефицит составил 1,17±0,71 балла, по шкале Katz 9,39±5,39 балла, ДКН 32±21,39 секунд. В группе гиперкапнической гипоксии по шкале NSS дефицит составил 0,72±0,75 балла, по шкале Katz 5,44±5,58 балла, ДКН 59,39±36,12 секунд.

**Выводы.** Таким образом, гиперкапния и ее сочетание с гипоксией являются эффективными в профилактике фокального ишемического повреждения. В группе гиперкапнической гипоксии имеется тенденция к более низкому неврологическому дефициту и двигательным нарушениям.

## 045 ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Харьков Е. И., Давыдов Е. Л.

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

**Цель:** провести оценку профессиональных качеств врачей участковых терапевтов и кардиологов при лечении пациентов пожилого и старческого возрастов с АГ.

**Материал и методы.** Обследовано 426 больных АГ II–SII стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, и вопросы по оценке профессиональных компетенций врачей при лечении АГ.

**Результаты.** При балльной оценке профессиональных качеств врача при лечении пациентов с АГ средний уровень оценок по 5-ти балльной шкале находится в диапазоне во всех возрастных и гендерных группах 3,5–4,0 балла. При оценке профессиональных качеств врачей, которые указали пациенты различных групп выявлены определенные различия. Так пациенты всех групп наиболее высоко оценили дисциплинированность врачей – 3,77 (ДИ (3,53–4,01)) – 4,07 (ДИ (3,85–4,29)). Наименьший балл среди профессиональных качеств врачей получила оценка индивидуальности подхода к больному среди пациентов пожилого возраста – 3,53 (ДИ (3,32–3,74)) и 3,58 (ДИ (3,37–3,79)), соответственно, женщин старческого возраста – 3,67 (ДИ (3,36–3,97)) и группы сравнения 3,48 (ДИ (3,19–3,77)). Мужчины старческого возраста наиболее низко оценили такое профессиональное качество врача при лечении АГ, как заинтересованность в результате лечения – 3,69 (3,43–3,95), а мужчины группы сравнения – компетентность и профессионализм врача – 3,63 (ДИ (3,34–3,93)).

Среди тех, кто указал самый высокий рейтинг при оценке такого профессионального качества врача, как компетентность и профессионализм оказались женщины пожилого возраста – 3,83 (ДИ (3,68–3,98)) балла, самую высокую оценку соблюдению профессиональной этики врача при лечении АГ указали женщины старческого возраста – 3,82 (ДИ (3,59–4,06)), они же, вместе с мужчинами группы сравнения наиболее высоко отметили такое профессиональное качество врачей в результате лечения АГ – 3,72 (ДИ (3,44–4,01)) и 3,72 (ДИ (3,35–4,09)). Наиболее высоко индивидуальный подход к больному оценили мужчины группы сравнения – 3,77 (ДИ (3,38–4,16)), а соблюдение графика приема врачом пациентов выше всех оценили женщины старческого возраста – 4,07 (ДИ (3,85–4,29)).

**Выводы.** Пациенты всех возрастных и гендерных групп оценивают такие профессиональные качества врачей, как: дисциплинированность, соблюдение профессиональной этики, индивидуальность подхода к больному, компетентность и профессионализм, заинтересованность в результате лечения ближе к оценке “хорошо”.

## 046 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА SLCO1B1 У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И СИСТЕМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Сироткина А. М.\*, Хохлов А. Л.\*, Воронина Е. А.\*\*,  
Могутов М. С.\*\*, Дряженкова И. В.\*\*,  
Царева И. Н.\*\*,  
Лимонова О. А.\*\*

\* ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия МЗ РФ, Ярославль; \*\*НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО “РЖД”, Ярославль, Россия

Необходимость использования статинов у пациентов с атеросклеротическими заболеваниями в настоящее время не вызывает сомнений. Однако их гиполипидемическая эффективность и безопасность существенно отличается среди пациентов. Главным образом это межличностное различие может быть объяснено наследственными факторами.

**Цель:** изучение распространенности аллельного варианта (полиморфного маркера) гена SLCO1B1\*5 (с.521T>C, rs4149056), который кодирует полипептид, участвующий в выведении статинов печенью в желчь, а также прогнозирование развития миопатий у пациентов, которым планируется применение статинов. Частота генотипов по SLCO1B1 в российской популяции не известна, в других европейских этнических группах составляет 8–20%.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе НУЗ “Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО “РЖД”, ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия МЗ РФ в 2012 г. В исследование были включены 319 пациентов с дислипидемией и системным атеросклерозом (208 мужчин и 111 женщин) в возрасте от 30 до 83 лет, средний возраст 53,2±12,9 года. Всем пациентам проводили определение однонуклеотидных полиморфизмов гена SLCO1B1\*5 с использованием набора реагентов “SNP-экспресс” методом ПЦР в реальном времени при помощи амплификатора IQ 5 (фирма Bio-Rad).

**Результаты.** Выявлены полиморфизмы гена SLCO1B1\*5: гетерозиготный генотип с.521TC у 89 пациентов (28,9%) и гомозиготный генотип с.521CC – у 11 (3,6%), что ассоциируется с повышенным риском развития миопатии при применении статинов и необходимостью коррекции максимальной дозы статинов, которая должна быть ниже по сравнению с носителями генотипа с.521TT («дикий» тип).

**Выводы:** частота встречаемости гетерозиготного генотипа (с.521TC) составляет 29%, а гомозиготного генотипа (с.521CC) – 4% у пациентов с дислипидемией и системным атеросклерозом, что требует снижения терапевтической дозы статинов до ½ и ¼ соответственно. Таким образом, проведение фармакогенетического тестирования может быть полезным для персонального подбора дозы статина с целью максимальной эффективности и безопасности терапии.

## 047 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Честнова Ю. А.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

**Цель:** изучить структурно-функциональное состояние правых и левых отделов сердца с определением критериев неблагоприятного ремоделирования у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), ассоциированной с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Обследовано 149 пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН на фоне АГ и ИБС (средний возрастной показатель – 78,18±0,5 лет), из них – 133 мужчины и 16 женщин. На момент госпитализации ХСН I стадии выявлена у 57 (38%) пациентов, IIa стадии – у 73 (49%), IIb стадии – у 19 (13%). ХСН I функционального класса (ФК) отмечена у 32 (22%) из всех пациентов, II ФК – у 51 (34%), III ФК – у 66 (44%). Диастолическая ХСН наблюдалась у 61% пациентов, систоло-диастолическая ХСН (с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <55%) – у 39%. АГ I-й степени диагностирована у 60 (40%) лиц пожилого и старческого возраста с ИБС, 2-й степени – у 50 (34%), 3-й степени – у 13 (9%), нормальное/высокое нормальное АД (на фоне антигипертензивной терапии амбулаторно) наблюдалось у 26 (17%) лиц с установленным ранее диагнозом АГ. Структура ИБС была представлена стенокардией напряжения II ФК (75 (50%)

пациентов) и III ФК (62 (42%) пациента), инфарктом миокарда ЛЖ в анамнезе (32 (21%) пациента). Фармтерапия проводилась с учетом сопутствующей патологии, наличия показаний и противопоказаний к применению определенных групп препаратов. Использовались преимущественно ИАПФ, диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, статины, дезагреганты. Всем исследуемым лицам при поступлении в стационар и через 3 недели терапии выполнялось эхокардиографическое исследование на ультразвуковом аппарате Vivid 7/ Vivid 7 PRO (USA) с линейным датчиком с частотой 7,0 МГц, фазированной решеткой, разрешающей способностью 0,01мм. В М- или В-режиме из апикальной и парастернальной позиций определяли малый диаметр правого предсердия (ПП) и размер левого предсердия (ЛП) и их индексированные показатели, срединный диаметр правого желудочка (ПЖ), конечно-диастолическую (КДП) и конечно-систолическую (КСП) площади ПЖ, фракционное изменение площади ПЖ, ФВ и ударный объем (УО) ЛЖ, время изоволюмического расслабления (ВИР) и соотношение скоростей раннего и позднего наполнения желудочков Е/А, величину среднего давления в легочной артерии (ДЛА<sub>ср</sub>), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП<sub>д</sub>) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ<sub>д</sub>) в диастолу, массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и ее индекс (ИММЛЖ). Вычисляли также показатели объема крови в конце диастолы (V<sub>кд</sub>) и остаточного объема крови в конце систолы (ООКС) для ЛЖ по формулам: 1. Объем крови в ЛЖ в конце диастолы: V<sub>кд</sub> (мл) = УО / ФВ × 100%, где УО – ударный объем ЛЖ, ФВ – фракция выброса ЛЖ; 2. Остаточный объем крови в ЛЖ в конце систолы: ООКС (мл) = V<sub>кд</sub> – УО. В статистическую обработку включали данные о пациентах, полностью выполнивших протокол исследования. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ “Statistica for Windows ver. 6.0” фирмы «Stat Soft, Inc”.

**Результаты.** Изменения ЭхоКГ – показателей рассматривались нами по отношению к принятым нормативным значениям согласно современным рекомендациям по количественной оценке структуры и функции камер сердца (Ю. А. Васюк, 2012). Структурно-функциональное состояние сердца у пациентов пожилого и старческого возраста ХСН I стадии характеризовалось увеличением срединного диаметра ПЖ (на 13,2±3,0%), его КДП и КСП (на 7,6±3,8% и 10,6±2,5% соотв.) с приростом Е/А и ВИР ПЖ (на 13,8±9,0% и 13,6±5,5%). В левых отделах выявлено увеличение абсолютного и индексированного показателей размера ЛП (на 9,1±2,0% и 8±0,9%) с приростом ООКС и Е/А ЛЖ (на 9,1±3,4% и 8,3±6,0%), тип ремоделирования был представлен концентрической гипертрофией ЛЖ (КГЛЖ). ХСН IIa стадии обусловило увеличение малого диаметра ПП и его индекса (на 8,2±1,1% и 10,7±2,8%), срединного диаметра, КДП и КСП ПЖ (на 17,5±13,9%, 11,1±4,8% и 27,9±0,6%) с уменьшением ФИП (на 3,7±2,8%) и приростом Е/А и ВИР ПЖ (на 24,2±5,0% и 16±5,5%). В левых камерах сердца имело место увеличение абсолютного и индексированного показателей размера ЛП (на 14,9±6,5% и 11,5±1,7%), показателей КДР и КСР ЛЖ (на 6,3±6,1% и 13,6±0,5%), депрессия ФВ и УО ЛЖ (на 7,3±4,2% и 9,2±3,3%); наблюдалось повышение ООКС, Е/А и ВИР ЛЖ (на 25,6±3,0%, 16,7±9,0% и 14,1±2,9%), отмечено увеличение ТМЖП (на 16,7±11,0%) и ТЗСЛЖ (на 23,1±8,0%), а также абсолютного и индексированного показателей ММЛЖ (на 20,3±6,7% и 24,2±6,3%) с формированием КГЛЖ и повышением уровня ДЛА<sub>ср</sub> (на 5,2±1,4%). У лиц пожилого и старческого возраста с ХСН IIb стадии на фоне увеличения малого диаметра ПП и его индекса (на 11,8±0,4% и 10,7±7,6%), срединного диаметра, КДП и КСП ПЖ (на 19,5±2,7%, 13±1,8% и 28,3±1,0%) было выявлено снижение ФИП ПЖ (на 7,5±3,8%) с приростом Е/А и ВИР ПЖ (на 32,9±2,0% и 22,2±4,1%). Для левых отделов сердца было характерно увеличение размера ЛП и его индекса (на 20±2,0% и 17,9±0,4%), показателей КДР, КСР и ИКСР ЛЖ (на 7,8±5,1%, 17,4±4,7% и 4±0,9%); отмечена депрессия ФВ и УО ЛЖ (на 18,2±4,7% и 19,5±4,3%) с повышением ООКС и V<sub>кд</sub> (на 33,4±9,5% и 3,8±3,2%) и приростом Е/А

и ВИР ЛЖ (на 32±11,0% и 27,6±5,9%); имело место увеличение ТМЖП (на 16,7±1,0%), ТЗСЛЖ (на 33,3±6,0%), ММЛЖ и ее индекса (на 25,2±8,3% и 32±6,6%) с развитием легочной гипертензии (повышение ДЛА<sub>ср</sub> на 26,7±3,5%), тип ремоделирования был представлен КГЛЖ. В представленных по стадиям ХСН выборках выявлены статистически значимые различия параметров ЭхоКГ. Определена прогностическая значимость показателя ООКС ЛЖ>40 мл, ассоциирующегося с прогрессированием систолической дисфункции ЛЖ у изучаемого контингента пациентов.

**Выводы.** Формирование ХСН у лиц пожилого и старческого возраста с АГ и ИБС на начальных этапах ассоциировано с дилатацией ПЖ и его диастолической дисфункцией (ДДФ), увеличением ЛП с умеренной систолической дисфункцией ЛЖ (патогномичный маркер – ООКС ЛЖ>40 мл). Прогрессирование ХСН сопровождается дилатацией правых и левых камер сердца с дальнейшим нарастанием ДДФ ПЖ, ухудшением его контрактильной способности и усугублением функциональных нарушений в ЛЖ с развитием его ДДФ и формированием легочной гипертензии.

## 048 РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Шарыкин А. С., Попова Н. Е.

ГБУЗ “МНПЦМРВСМ ДЗМ”, Москва, Россия

Наиболее интенсивно процессы гипертрофии миокарда, особенно при наличии патологии сердца, происходят в период становления спортсмена – в подростковом и юношеском возрасте, когда могут быть выявлены только с помощью ЭхоКГ.

**Цель.** Изучить возможности стресс-ЭхоКГ в оценке процессов ремоделирования сердца при дисфункции аортального клапана у юных спортсменов.

**Материал и методы.** Обследованы 60 спортсменов в возрасте 13±3,2 г с ППТ 1,4±0,3 м<sup>2</sup>, имевших двустворчатый аортальный клапан (ДАК), в том числе осложненный небольшим стенозом с градиентом систолического давления (ГСД) в покое 12±3 мм рт. ст. Ни у кого не было жалоб или патологических изменений на ЭКГ, препятствующих проведению тренировок. ЭхоКГ выполняли в покое и при дозированной физической нагрузке (ДФН – 35 чел.) на велоэргометре в положении лежа (1,5 Вт/кг в течение 6 мин) с оценкой толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в диастолу и систолу. Полученные данные сравнивали с нормативными, индексированными по ППТ, и оценивали по Z-фактору (норма от +1,65 до –1,65). Контрольную группу составили 20 здоровых спортсменов с трехстворчатым аортальным клапаном в возрасте 12±2,7 г и ППТ 1,2±0,5 м<sup>2</sup>. Для оценки величины коронарного кровотока и энергетических затрат миокарда использовали показатель двойного произведения (ДП = ЧСС\*АД/100). При непараметрическом анализе оценивали результаты по медианам с интерквартильным интервалом (ИИ); статистически значимыми считали различия при p≤0,05.

**Результаты.** В группе с ДАК в покое превышение нормативных показателей толщины миокарда ЛЖ в диастолу выявлено у 9 (15%) детей, в систолу – у 15 (25%). При выполнении ДФН значительное увеличение толщины миокарда в систолу зарегистрировано у 23 (65,7%) из 35 пациентов (Z-фактор = 2,0, ИИ 1,7–2,3). Во время стресс-ЭхоКГ в группе с ДАК ГСД на аортальном клапане повышался в среднем до 30±3 мм рт. ст.; при этом зарегистрировано 7 (20%) новых случаев стенозирования клапана, не выявлявшихся в покое. В группе контроля после нагрузки Z-фактор более 1,65 был отмечен только в 1 случае; ГСД увеличился только до 5±2 мм рт. ст. (p<0,05). Изменения ЭхоКГ в группе с ДАК сопровождалось значительным возрастанием двойного произведения – до 264 (ИИ 189,0–244,0), в то время как в контрольной группе только до 204 (ИИ 184,0–218), p<0,05.

**Выводы.** 1. Стресс-ЭхоКГ позволяет выявить различные стадии ремоделирования сердца, дисфункцию аортального

клапана как причину ремоделирования и скрытую коронарную недостаточность. 2. Наиболее ранними симптомами ремоделирования сердца являются изменения толщины миокарда в систолу, превышающие нормативы для соответствующей ППТ.

#### 049 ГОМОЗИГОТНОЕ НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФНОГО АЛЛЕЛЯ MTRR 66G ГЕНА МЕТИОНИНСИНТАЗЫ-РЕДУКТАЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Шахматова О. О.<sup>1</sup>, Комаров А. Л.<sup>1</sup>, Самко А. Н.<sup>1</sup>, Ребриков Д. В.<sup>2</sup>, Деев А. Д.<sup>3</sup>, Панченко Е. П.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>ФГБУ “Российский кардиологический научно-производственный комплекс” МЗ и СР РФ, Москва; <sup>2</sup>ЗАО “Научно-производственная фирма ДНК-Технология”, Москва; <sup>3</sup>ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” МЗ и СР РФ, Москва, Россия

В качестве основного механизма формирования коронарных рестенозов в настоящее время рассматривают неинтимальную гиперплазию. Один из ключевых путей регуляции пролиферации клеток – метилирование ДНК. Нарушения в так называемом метаболизме одноуглеродных фрагментов, который генерирует активную метильную группу, могут являться причиной формирования рестенозов в сосудистой стенке. Предрасположенность к таким нарушениям может быть обусловлена носительством полиморфных аллелей ряда генов, продукты которых принимают участие в образовании активной метильной группы.

**Цель:** оценить влияние носительства полиморфных аллелей ряда генов-участников метаболизма одноуглеродных фрагментов на риск возникновения клинически значимых рестенозов после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

**Материал и методы.** В исследование было включено 264 пациента (213 мужчин, средний возраст 58,8±1,0 лет) после успешного ЧКВ. Стенты с лекарственным покрытием имплантированы 174 пациентам, голометаллические – 9, оба типа стентов – 28, у 39 дополнительно проводилась ангиопластика без стентирования. Было проведено генетическое тестирование с выявлением носительства полиморфизмов ряда генов, продукты которых принимают участие в метаболизме одноуглеродных фрагментов (MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTR A2756G, MTRR A66G, TCN C776G). Длительность проспективного наблюдения составила 20 мес. Коронарная ангиография (КАГ) выполнялась в случае рецидива стенокардии и/или положительного результата стресс-теста. Критерий рестеноза: сужение просвета коронарной артерии ≥ 50% в месте имплантации стента.

**Результаты:** КАГ была выполнена 39 пациентам. Клинически значимый рестеноз был выявлен у 13 человек (6,2% из всех закончивших наблюдение пациентов, n=211). Более чем у половины пациентов обследованной когорты выявлялся 1 или 2 полиморфных аллеля по каждому гену (гетеро/гомозиготы: MTHFR (C677T) 43,6/8,3%; MTHFR (A1298C) 42,2/12,4%, MTR (A2756G) 40,8/27,5%, MTRR (A66G) 33,9/6,6% and TCN (C667G) 42,2/22%). Достоверная ассоциация с развитием рестеноза была выявлена для генотипа MTRR 66 GG (по данным однофакторного анализа ОШ 3,5, 95% ДИ 0,8–16,3). После поправки на пол, возраст и другие факторы, потенциально влияющие на риск развития рестеноза (регрессионная модель пропорционального риска Кокса) ОШ составило 6,2 [95% ДИ 1,2–31,7], p=0,03. Другими предикторами рестеноза оказались ИМ в анамнезе (ОШ 10,6 [95% ДИ 1,7–66,7], p=0,01) и ЧКВ, выполненное на ≥3 сосудах (ОР 6,8 [95 ДИ 1,3–35,1], p=0,02).

**Выводы:** носительство генотипа MTRR 66 GG является значимым фактором риска развития рестеноза после плано-

вого ЧКВ. Также независимыми предикторами развития рестеноза является перенесенный ранее ИМ и многососудистое эндоваскулярное вмешательство.

#### 050 ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В ШКАЛЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Шестерня П. А., Никулина С. Ю., Мартынова Е. А.  
ГБОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России, Красноярск, Россия

**Цель.** Открытие роли локуса 9p21 в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) явилось наиболее значимым событием в кардиоваскулярной генетике. При этом механизмы реализации генетической информации и ее практическое приложение требуют дальнейшего изучения. Включение локуса 9p21 в известные модели оценки риска развития сердечно-сосудистых событий, является одним из перспективных направлений. Однако высокая распространенность аллелей риска (до 50% популяции в Европе) значительно ограничивает использование полиморфизмов локуса 9p21 для оценки риска. Целью настоящего исследования было изучить возможность использования однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) в шкале SCORE для прогнозирования риска инфаркта миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** В исследование включено 243 больных с ИМ (192 мужчин и 51 женщина) в возрасте до 65 лет. Группу контроля составили 280 человек (221 мужчины и 59 женщин) в возрасте до 65 лет. Исследование одобрено Этическим комитетом КрасГМУ. Для экстракции ДНК использовался фенол-хлороформный метод. На основании полногеномных ассоциативных исследований было отобрано три ОНП (*rs1333049*, *rs10757278* (9p21) и *rs619203* (6q22)), их генотипирование осуществлялось методом ПЦР в режиме реального времени (зонды TaqMan, AB 7900HT). Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний осуществлялась с помощью шкалы SCORE для стран с высоким уровнем ССЗ.

**Результаты.** Группы ИМ и контроля были сопоставимы по возрасту (p=0,084), полу (p=0,981) и традиционным факторам риска ИБС: артериальной гипертензии (p=0,198), сахарному диабету (p=0,117), гиперхолестеринемии (p=0,163), избыточному весу и ожирению (p=0,439), абдоминальному типу ожирения (p=0,760), курению (p=0,590). Установлено, что высокий риск развития ИМ был у носителей генотипа CC *rs1333049* (ОШ = 2,02, 95% ДИ 1,32–3,08), генотипа GG *rs10757278* (ОШ = 1,98, 95% ДИ 1,30–3,02) и генотипа CC *rs619203* (ОШ = 3,18, 95% ДИ 1,60–6,33). Уровень риска оставался сопоставимым при раздельном гендерном анализе и учете отягощенной семейной наследственности. На первом этапе, в многофакторной логистической регрессии, раздельно изучался вклад каждого генотипа при добавлении их в калькулятор риска SCORE. Наибольший вклад был у генотипа CC *rs1333049* – при его использовании в шкале SCORE 6,1% пациентов были переклассифицированы из группы “низкого” и “умеренного” риска в группу “высокого” и “очень высокого” риска (R2 Nagelkerke 0,061). На втором этапе, мы искали способ суммировать значение каждого из ОНП. Учитывая линейную зависимость между двумя ОНП локуса 9p21.3 – *rs1333049* и *rs10757278* (r = 0,949), был исключен более слабый из них предиктор *rs10757278*. При добавлении генотипа CC *rs619203*, редкого среди европейцев, к генотипу CC *rs1333049* в шкалу SCORE уровень прогноза увеличивался в 9,1%.

**Вывод.** Два ОНП *rs1333049* (9p21) и *rs619203* (6q22) при добавлении в шкалу SCORE взаимно усиливают ее предсказующую роль. Настоящее исследование является пилотным в изучении вклада различных ОНП для определения риска развития ИМ с помощью шкалы SCORE.



## 051 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В КРУПНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБЪЕДИНЕНИИ.

Шкловский Б. Л., Попов А. П., Ойноткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В. И.  
ФГКУ "3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ",  
Красногорск, Россия

**Цель.** Провести оценку результатов комплексного подхода к ведению больных ишемической болезнью сердца (ИБС) комбинированной с сахарным диабетом 2 типа (СД2), перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах, в условиях крупного медицинского объединения.

**Материал и методы.** Рандомизирован 627 пациентов (1 группа [n=312, средний возраст 58,6±5,5 лет] больные ИБС в сочетании с СД2, 2 группа [n=315, средний возраст 56,4±8,5 лет] пациенты только с ИБС), которым было проведено комплексное клинично-инструментальное обследование (включая сцинтиграфию миокарда с <sup>99</sup>Tc-технетрилом, коронарографию), изучены характер интервенционного вмешательства (коронарного шунтирования [КШ], стентирования), качества реабилитационных мероприятий и динамического трехлетнего наблюдения в филиалах объединения (с участием терапевта, кардиолога, эндокринолога и при необходимости кардиохирурга), динамика первичной (через 12 мес.) и вторичной (через 36 мес.) конечных точек: летальность; развитие сердечно-сосудистых осложнений: инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ); проведение повторных интервенционных вмешательств.

**Результаты.** В структуре всех прикрепленных больных терапевтического профиля к филиалам стационара доля пациентов с сочетанием ИБС и СД2 составила 26,8%. Гемодинамический значимый стеноз левой коронарной артерии достоверно чаще определялся у больных 1 группы, чем 2-й группы (39,4% против 27,3%, соответственно (95% ДИ, p<0,0001). Сравнение результатов по конечным точкам через 12 и 36 мес. наблюдения показало, что летальность к третьему году наблюдения увеличилась 4,1% против 5,5% (p=0,03), развитие ИМ и МИ достоверно уменьшилось: 7,8% против 5,5% (p<0,0000) и 4,1% против 3,1% (p=0,003) соответственно; в 1 группе увеличилось число КШ 5,2% против 6,3% (p=0,046) и уменьшилось число стентирований 3,0% против 2,7% (p=0,3178). Отмечалось улучшение компенсации СД2: снижение глюкозы крови натощак с 7,5 ммоль/л до 6,4 ммоль/л (p<0,0001) через 12 мес. и до 5,9 ммоль/л через 36 мес. наблюдения (p<0,0001); снижение гликированного гемоглобина достоверно с 7,3% до 6,8% и 6,2% через 12 мес. и 36 мес. соответственно (p<0,001 для всех периодов наблюдения), которые положительно коррелировали со снижением числа сердечно-сосудистых осложнений в 1 группе (развитие ИМ и МИ).

**Выводы:** 1. Сочетание ИБС с СД2 встречается в 26,8% случаев у лиц старше 50 лет. 2. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий и динамического наблюдения терапевта, кардиолога, эндокринолога, кардиохирурга (по показаниям) позволяет, снизить процент развития сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, МИ), декомпенсации сахарного диабета и улучшить качество жизни пациентов с сопутствующей патологией.

## 052 КРАТКОСРОЧНЫЕ КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Яковлева А. С., Миролюбова О. А.  
Северный государственный медицинский университет,  
Архангельск, Россия

Многолетний опыт применения операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) при лечении ишемической болез-

ни сердца (ИБС) демонстрирует ее эффективность в плане улучшения кратко- и долгосрочного прогноза пациентов. Доминирующей методикой на сегодняшний день является АКШ без искусственного кровообращения (ИК), одно из преимуществ которого – меньшая частота развития острого почечного повреждения (ОПП). Недостаточно исследованы предикторы ОПП после АКШ без ИК, продолжается их активный поиск из числа новых биомаркеров и оценка значимости ассоциаций функции почек и сердечной недостаточности (СН), в том числе на молекулярном уровне.

**Цель.** Оценить краткосрочное влияние АКШ без ИК на функцию почек и определить ранние предикторы ее ухудшения из числа стандартных и новых биомаркеров.

**Материал и методы.** Методом сплошной выборки в исследование включены 30 больных (76,7% мужчин и 23,3% женщин), перенесших АКШ без ИК. Средний возраст пациентов составил 57,9±4,7 г. Для оценки почечной функции во временных точках до АКШ, через 48 ч. и через 7 дней после АКШ исследовались уровни сывороточного креатинина (сКр), рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Для диагностики острого почечного ОПП использовались критерии RIFLE. В указанных выше временных точках также измерялись концентрации NT-proBNP и галектина-3 (Gal-3) методом ИФА. Эхокардиокопия выполнялась до операции и через 7 дней после АКШ без ИК. Для математической обработки результатов использовалась программа биомедицинской статистики SPSS 19.0.

**Результаты.** В основном выполнялись многораневые операции, у 15 пациентов (50%) с формированием 3 коронарных шунтов. Дооперационный риск по шкале Syntax (25,6±6,8) превышал 32 в 5 случаях (16,7%), причем его показатели были ассоциированы с исходным уровнем NT-proBNP (r=0,392, p=0,035). Исходная фракция изгнания (ФИ) составила 0,58±0,10, исходная СКФ – 91,2±23,0 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, при этом СКФ<60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> имела место у 4 пациентов (13,3%). У 3 больных (10,0%) через 48 ч. после АКШ без ИК отмечены признаки ОПП (в стадии риска – R). Через 7 дней после АКШ без ИК ФИ увеличилась до 0,63±0,06 (p<0,001) и в этой точке коррелировала с минимальным уровнем СКФ за госпитальный период (r<sub>s</sub>=0,477, p=0,008). У 10 пациентов (33,3%) после АКШ без ИК наблюдалось снижение СКФ, причем в этой группе значимо более высоким был исходный уровень NT-proBNP (109,8±167,3 vs. 58,3±19,7 пг/мл, p=0,024) и индекса массы тела – ИМТ (29,4±3,0 vs. 26,7±3,8 кг/м<sup>2</sup>, p=0,035), чем в группе больных без ухудшения СКФ (20–66,7%). Методом ROC-кривых определено, что предиктором снижения СКФ в раннем послеоперационном периоде является исходный ИМТ>28,7 кг/м<sup>2</sup>, площадь под кривой 0,738, p=0,037. Чувствительность 80%, специфичность 75%. У пациентов, страдающих сахарным диабетом (3 случая – 10%) наблюдалось значимое увеличение сКр к 7 дню (от 91,6±3,9 до 127,7±142,2 мкмоль/л) по сравнению с пациентами без диабета (Wilks' Lambda: для фактора времени F=8,677, p=0,001; для СД F=4,468, p=0,004). Отмечалась тенденция к росту уровней Gal-3 в раннем послеоперационном периоде, однако статистически не значимая (p=0,636), в то время как пиковый уровень NT-proBNP наблюдался в точке 48 ч. (192,6±171,8 пг/мл) с последующим снижением (p=0,001). У пациентов с повышенными уровнями обоих биомаркеров (Gal-3+NT-proBNP) в точке 7 дней СКФ была ниже (p=0,027), а уровень креатинина выше (p=0,019), чем у пациентов с нормальными уровнями биомаркеров, либо с повышенным уровнем Gal-3.

**Выводы.** Частота развития ОПП составила 10%, что свидетельствует о том, что АКШ без ИК является щадящей методикой. При повышении NT-proBNP+Gal-3 на 7 сутки после АКШ СКФ была ниже, чем у пациентов с их нормальными значениями, что дает основание рассматривать совокупность NT-proBNP+Gal-3 в качестве маркеров, отражающих повреждение почек. Получен диагностический тест, по результатам которого можно ожидать снижения СКФ к 7 дню после АКШ без ИК при ИМТ>29,0 кг/м<sup>2</sup>.

## 053 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА, РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1-ГО ТИПА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Яковлева Н. Ф., Попова А. А., Яковлев А. В., Березикова Е. Н., Гребёнкина И. А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

**Цель.** Изучить влияние полиморфизмов генов ангиотензиногена (АТГ), рецептора ангиотензина II 1-го типа (АТ 2P1) и эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS) на риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ), а также определить распределение генотипов данных генов в зависимости от пола.

**Материал и методы.** Обследовано 130 пациентов (86 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 45 до 65 лет ( $58,6 \pm 6,1$ ) с ХСН различной этиологии: ИБС в сочетании с ГБ – 94 случая, ИБС – 24 случая, ГБ – 12 случаев. Группа контроля – 118 человек: 56 мужчин и 62 женщины ( $52,4 \pm 5,1$  г.) без сердечно-сосудистой патологии. Идентифицировали аллели генов АТГ (Met235Thr), АТ 2P1 (A1166C) и eNOS (Glu298Asp и VNTR intron 4) с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного статистического пакета программ SPSS 13,0.

**Результаты.** По данным распределения частот генотипов полиморфного локуса Met235Thr (M235T) гена АТГ были получены достоверные различия: частота Т/Т-генотипа среди больных – 30,3%, а в группе контроля – 20,2% ( $p=0,006$ ); частота генотипа М/М в группе контроля была выше по сравнению с группой больных (31,6% против 18,2%;  $p=0,006$ ). При исследовании влияния полиморфизма M235T гена АТГ на риск развития ХСН в зависимости от пола, оказалось, что аллель Т ( $p=0,022$ ) и генотип Т/Т ( $p=0,026$ ) были ассоциированы с риском развития ХСН, а аллель М ( $p=0,021$ ) и генотип М/М

( $p=0,024$ ) проявили себя как протективный фактор только у лиц мужского пола, тогда как среди женщин статистически значимых различий между группами контроля и больных мы не обнаружили. По данным распределения частот генотипов полиморфного локуса A1166C гена АТ 2P1 также были получены достоверные различия: частота С/С+А/С генотипов среди больных составила 55,6%, а в контрольной группе – 34,2% ( $p=0,004$ ), а генотип А/А и аллель А достоверно чаще встречались в группе контроля по сравнению с группой больных ( $p=0,008$ ). При исследовании частот генотипов и аллелей гена АТ 2P1 в зависимости от пола, оказалось, что у женщин носительство аллеля С было ассоциировано с риском развития ХСН ( $p=0,02$ ), а генотип А/А проявил себя как протективный фактор ( $p=0,005$ ). У лиц мужского пола никаких ассоциаций мы не обнаружили. По данным распределения частот генотипов гена eNOS у больных с ХСН были получены достоверные различия с группой здоровых: частота Glu/Glu-генотипа среди больных составила 65,2%, а в контрольной группе – 47,1% ( $p<0,05$ ), а генотип Glu/Asp достоверно чаще встречался в группе здоровых (49,2% против 29,3%,  $p<0,01$ ). Однако, при исследовании полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS в зависимости от пола, оказалось, что генотип Glu/Glu был ассоциирован с риском развития ХСН ( $p<0,01$ ), а генотип Glu/Asp ( $p<0,005$ ) проявил себя как протективный фактор только у лиц мужского пола. По данным распределения частот аллелей и генотипов другого полиморфного варианта гена eNOS (полиморфизм VNTR intron 2) у больных с ХСН достоверных различий с группой здоровых получено не было.

**Выводы.** Итак, генотип Т/Т полиморфного локуса Met235Thr (M235T) гена АТГ, генотипы С/С и А/С полиморфного локуса A1166C гена АТ 2P1 и генотип Glu/Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS ассоциированы с риском развития ХСН у больных ИБС и ГБ, тогда как, генотип А/А и аллель А полиморфного локуса A1166C гена АТ 2P1, генотип М/М и аллель М полиморфного локуса Met235Thr (M235T) гена АТГ и генотип Glu/Asp полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS ослабляют риск развития данной патологии. Была выявлена связь генетических маркеров с риском развития ХСН в зависимости от половой принадлежности.

## II. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

### 054 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЯТИЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Авандилов А. Г., Запесочная И. Л.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия

**Цель:** изучить динамику циркадных ритмов АД у больных АГ, работающих на Крайнем Севере, в зависимости от сменного характера работы при пятилетнем наблюдении.

**Материал и методы.** На первом этапе работы (2003–2005 гг.) исследованием были охвачены 95 больных АГ. I группа – 53 человека, работающих только в день; II группа – 42 человека, работающих посменно, то есть в дневную и в ночную смену. Второй этап работы (2007–2011 гг.) заключался в организации проспективного наблюдения за обеими группами, которые были разделены на две подгруппы: с леченной АГ (I А и I Б соответственно, работающие в день и работающие в ночь) и с нелеченной АГ (II А и II Б соответственно, работающие в день и работающие в ночь). Пациенты принимали гипотензивные препараты

в рамках монотерапии. На каждом этапе исследования было проведено СМАД.

**Результаты.** В I А группе при пятилетнем наблюдении отмечалось достоверное увеличение САД сутки, день; ВДАД за все временные отрезки суток и ВСАД ночь; снижение “нагрузки давлением” для средненочного ДАД. Все показатели “нагрузки давлением” и ВАД были выше допустимых норм. Отмечалось снижение времени УП АД с ростом скорости УП АД ( $p<0,05$ ). Целевой уровень АД при приеме гипотензивных препаратов в виде монотерапии был достигнут у 48,6% больных АГ. Во II А группе при обследовании в 2007–2011 гг., по сравнению с исходными данными, отмечалось достоверное увеличение АД, ИВ АД, ВАД за все временные отрезки суток. Наблюдалось увеличение выше допустимых норм ВАД и ИВ АД; ухудшение утренней динамики АД. В I Б группе, в ходе пятилетнего наблюдения, отмечалось увеличение ВДАД сутки, день, ночь ( $p<0,05$ ); снижение ИВ САД день ( $p<0,05$ ). Увеличились выше допустимых норм ВАД и показатели “нагрузки давлением” за все временные отрезки суток, с более выраженным повышением в ночное время; время УП АД с сохраненными повышенными показателями величины и скорости УП АД. Целевой уровень АД при приеме гипотензивных препаратов в рамках монотерапии был достигнут

у 29,8% больных АГ. Во II Б группе при прогрессировании АГ отмечалось достоверное увеличение АД, “нагрузки давлением” (выше 50%); ВАД, более выраженное в ночное время. Отмечалось увеличение выше норм ВАД, величины и скорости УП АД.

**Выводы.** Отмечено ухудшение суточного профиля АД при прогрессировании АГ в условиях проживания на Крайнем Севере, более выраженное у больных, работающих в ночь. Больные АГ нуждаются в назначении комбинированной гипотензивной терапии независимо от сменного характера работы.

## 055 СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ – РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

*Акимова Е. В., Смазнова О. В.*

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ “НИИ терапии” СО РАМН, ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, ФГБУ Филиал “НИИ кардиологии” СО РАМН), Новосибирск, Россия

**Цель:** изучение стресса на рабочем месте в открытой мужской популяции Тюмени 25–64 лет.

**Материал и методы.** Проведено эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Респондентам были заданы вопросы в отношении стресса на рабочем месте, которые сопровождались перечнем фиксированных ответов. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

**Результаты.** По результатам анкеты пси-МОНИКА около 60% мужчин ответили, что у них не изменилась специальность за последние 12 лет, 31,6% опрошенных выполняли дополнительную работу. Около 27% населения ответили, что у них высокая или очень высокая ответственность на работе. Более чем у 40% населения повысилась ответственность на работе, а почти у 60% она не изменилась или понизилась. Около 25% мужчин ответили, что им редко или никогда не удается расслабиться или отдохнуть после рабочего дня, а в полной мере удается расслабиться только трети мужчин. В зависимости от возраста наблюдались существенные различия при ответе “всегда удается расслабиться после рабочего дня” между возрастной категорией мужчин 25–34 лет (положительный ответ в 8,5% случаев) и возрастной категорией 55–64 лет (положительный ответ в 23,4% случаев). В то же время, более 60% мужчин отметили, что им нравится или очень нравится их работа. Молодые мужчины чаще выполняли дополнительную работу. В старших возрастных группах население было менее склонно менять специальность, при этом интенсивность нагрузки на рабочем месте у них уменьшалась. В возрасте 55–64 лет меняли специальность за последние 12 месяцев около 16% мужчин, в возрасте 25–34 лет – 34,7%. Увеличение ответственности на рабочем месте отметили 29,1% мужчин старших возрастных групп и 55,2% – в младших возрастных группах.

**Заключение.** Таким образом, в открытой мужской популяции г. Тюмени отмечались закономерные тенденции в отношении стабильности на рабочем месте, более интенсивные нагрузки и ответственность на рабочем месте в молодом возрасте, менее – в старшем возрасте.

## 056 НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-ОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ – ОДНОМОМЕНТНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Акимова Е. В., Каюмова М. М., Смазнов В. Ю., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.*

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ “НИИ терапии” СО РАМН, ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, ФГБУ Филиал “НИИ кардиологии” СО РАМН), Новосибирск, Россия

**Цель:** изучение распространенности психосоциальных факторов (ПСФ) риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в открытой мужской популяции Тюмени 25–64 лет.

**Материал и методы.** Методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан среди лиц мужского пола городского населения Тюмени в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Изучение психосоциальных факторов – личностной тревожности (ЛТ), депрессии (Д), враждебности (ВР), жизненного истощения (ЖИ) проводилось в рамках кардиологического скрининга путем самозаполнения жестко стандартизированной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участников.

**Результаты.** Распространенность психосоциальных факторов риска ИБС у мужчин 25–64 лет неорганизованной популяции составила (стандартизованные по возрасту показатели): Д (высокий – 4,6%, средний – 19,0%), ЖИ – 54,5%, высоких уровней ЛТ – 36,6% и ВР – 46,4%. С возрастом высокий уровень ЛТ возрастал, достигая своего достоверного максимума в группе 55–64 лет сравнительно с молодыми возрастными группами 25–34 лет (28,8% – 50,0%,  $p < 0,001$ ) и 35–44 лет (33,8% – 50,0%,  $p < 0,01$ ). Большая депрессия достигала своего абсолютного максимума в возрастной категории 55–64 лет сравнительно с прочими возрастными группами и общепопуляционным показателем 25–54 лет (5,9–14,6%,  $p < 0,001$ ). В группах 25–34 и 55–64 лет высокий уровень враждебности почти в два раза превышал средний ее уровень, в 35–44, 45–54 лет – почти в три раза. Высокий уровень ЖИ достигал своего абсолютного максимума в возрастной категории 55–64 лет сравнительно с прочими возрастными группами и общепопуляционным показателем 25–54 лет (18,1% – 31,3%,  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, в тюменской популяции с возрастом увеличивались высокие уровни личностной тревожности, депрессии, враждебности, жизненного истощения, достигая достоверного максимума в группе 55–64 лет.

## 057 СТРУКТУРА ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ТЕРАПЕВТАМ И КАРДИОЛОГАМ

*Алексеев И. А., Давыдов Е. Л.*

ГБОУ ВПО “Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России, Красноярск, Россия

**Цель:** выявить причины обращения к участковому терапевту или кардиологу по поводу АГ пациентов пожилого и старческого возрастов.

**Материал и методы.** Обследовано 426 больных АГ II–\$III стадии (по рекомендациям ВНОК–2010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше). Группу сравнения составили 108 больных

(45–59 лет). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, блок вопросов по причинам обращения по поводу АГ.

**Результаты.** При изучении причин обращения к участковому терапевту или кардиологу по поводу АГ пациенты назвали несколько причин обращения. Наиболее частой причиной среди отмеченных пациентами является получение рекомендаций по лечению (от 54,5% до 75,8%), при этом наиболее часто поводом для обращения это служит у женщин старческого возраста (75,8%) – показатель в этой группе достоверно выше, чем у женщин группы сравнения (56,3%,  $p=0,021$ ) и мужчин своего возраста (60,0%,  $p=0,015$ ). Среди других причин наиболее часто пациенты с АГ обращаются с направлением на госпитализацию – 20,3%-41,0%, при этом достоверно чаще с такой проблемой обращаются женщины старческого возраста – 41,0% по сравнению с женщинами пожилого (26,1%,  $p=0,045$ ) возраста и группы сравнения (20,3%,  $p=0,014$ ). Также среди причин пациенты указывали такие причины как: измерение и контроль АД – 18,2%-35,6%, при этом с такой проблемой достоверно реже обращались мужчины пожилого (18,2%) по сравнению с мужчинами старческого (35,6%,  $p=0,032$ ) возрастов и женщинами своего возраста (30,6%,  $p=0,048$ ), а также измерение ЭКГ – 22,1%-35,1%, с этой проблемой мужчины пожилого возраста так реже обращаются (22,1%), чем женщины своего возраста (35,1%,  $p=0,048$ ). Целенаправленно с целью изменения в проводимом лечении по поводу АГ обращается умеренное количество респондентов – 13,3%-25,0%, как и для проведения дополнительных исследований (Эхо-КГ, СМАД, биохимические исследования крови, УЗИ почек и т. д.) – 11,7%-20,3%. Получение больничного листа, санаторно-курортной карты, послышного листа на МСЭК является причиной обращения 6,5%-22,7% пациентов, при этом с данной причиной достоверно реже (6,5%) обращаются мужчины пожилого (6,5%) возраста по сравнению с группой сравнения (22,7%,  $p=0,009$ ) и женщинами своего возраста (16,4%,  $p=0,038$ ). Выписку рецептов для льготного отпуска как отдельную причину назвали 8,1%-16,8% пациентов, вероятно больные при оценке этой причины посчитали, что получение рекомендаций по лечению и изменения в проводимом лечении включают в себя и выписку рецептов на ЛС.

**Выводы.** Основными причинами обращения пациентов являются – получение рекомендаций по лечению и направлению на госпитализацию. Наибольшее количество причин для обращения по поводу АГ отметили пациенты старческого возраста.

## 058 ВЫРАЖЕННОСТЬ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗАНА С НЕКОТОРЫМИ СОСТАВЛЯЮЩИМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Андреева Г. Ф., Деев А. Д., Горбунов В. М.*

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава РФ, Москва, Россия

**Цель:** выявить наличие взаимосвязи между некоторыми показателями, характеризующими качество жизни (КЖ) больных с артериальной гипертензией (АГ) и степенью выраженности сезонных колебаний амбулаторного артериального давления пациентов с АГ.

**Материал и методы.** Была проанализирована база данных исследований, проведенных с 1996 по 2011 годы, включающая результаты 724 суточных мониторингов артериального давления (СМАД). Критерии включения и дизайн исследований был сходным. Больным с АГ 1–2 ст. без серьезных сопутствующих заболеваний на фоне отмены антигипертензивной терапии проводилось СМАД прибором SpaceLabs 90207. После проведения СМАД пациенты заполняли опро-

сник оценивающий следующие составляющие КЖ больных с АГ (J. Siegrist и соавт.): 1) физическое самочувствие; 2) работоспособность; 3) позитивное психологическое самочувствие; 4) негативное психологическое самочувствие; 5) психоэмоциональные способности; 6) социальное самочувствие; 7) способность к социальным контактам. Для статистической обработки мы использовали процедуру обобщенной линейной модели регрессионного анализа с учетом пола, возраста и длительности АГ.

**Результаты.** Было выявлено, что показатели шкалы VI (социальное самочувствие), которая оценивает уровень социальной поддержки со стороны друзей, семьи, коллег по работе наиболее значим для выраженности сезонных изменений следующих показателей амбулаторного АД: 1) для среднесуточного систолического АД (САД) (Fisher’s criterion) ( $F=11,34$ ,  $p<0,001$ ); 2) дневного САД ( $F=11,91$ ,  $p<0,001$ ); 3) ночного САД ( $F=5,04$ ,  $p<0,03$ ); 4) дневного диастолического АД (ДАД) ( $F=5,17$ ,  $p<0,02$ ). Кроме того, возраст имел значение для сезонных колебаний частоты сердечных сокращений (ЧСС): с возрастом сезонные колебания ЧСС были менее выраженными ( $F=22,25$ ,  $p<0,0001$ ). Таким образом, уровень социальной поддержки мог нивелировать сезонные колебания амбулаторных показателей САД (среднесуточные, дневные, ночные) и в меньшей степени ДАД (только дневные показатели). Возраст был значим только для выраженности сезонных колебаний ЧСС.

**Выводы.** Было показано, что из всех составляющих КЖ только высокий уровень социальной поддержки мог нивелировать сезонные колебания амбулаторного уровня АД, причем в большей степени это касалось показателей САД, чем ДАД.

## 059 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО, В СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ КОГОРТЕ НАСЕЛЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ “РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА”

*Борель К. Н., Гарганеева А. А., Округин С. А.*

ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, Томск, Россия

Проблема развития острых форм ИБС среди пациентов трудоспособного возраста требует пристального внимания и изучения с целью предотвращения развития неблагоприятных последствий в постинфарктном периоде и увеличения продолжительности жизни.

**Цель.** Изучить особенности течения постинфарктного периода и факторов, определяющих его, среди пациентов трудоспособного возраста.

**Материал и методы.** В работе использованы данные карт первичной регистрации больных программы “Регистр острого инфаркта миокарда”, функционирующей на базе отделения амбулаторной и профилактической кардиологии с 1984 года. Результаты проспективного наблюдения оценивались по амбулаторным картам и по архивным документам Комитета ЗАГС Томской области

**Результаты.** С целью выявления предикторов неблагоприятного 5-летнего прогноза после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в исследование включены все городские пациенты ( $n=349$ ) трудоспособного возраста, перенесшие в 2003–2005 гг. острый ИМ и зарегистрированные в базе данных “Регистра острого инфаркта миокарда”. В результате 5-летнего наблюдения по конечным точкам пациенты были распределены в 2 группы. Первую группу ( $n=296$ ) составили выжившие пациенты, у которых за изучаемый период времени не произошло каких либо коронарных катастроф и большинство из которых находилось под диспансерным наблюдением. Во вторую группу ( $n=53$ ) включены пациенты, перенесшие за 5-летний период наблюдения повторный ИМ или

умершие от сердечно-сосудистых осложнений. По клинко-демографическим показателям и возрастно-половому составу пациенты обеих групп не различались, средний возраст составил  $50,0 \pm 5,9$  лет. По данным анамнеза, до включения в исследование 13,5% пациентов 1 группы в прошлом перенесли как минимум один ИМ, в то время как во 2 группе количество таких пациентов оказалось в 2 раза больше и составило 28,3%. В 28% случаев среди пациентов 1 группы диагностированы нарушения углеводного обмена, во 2 группе патология обмена глюкозы установлена практически у каждого второго пациента (45% случаев). На момент включения в исследование в обеих группах в подавляющем большинстве случаев был зарегистрирован крупноочаговый ИМ передней стенки левого желудочка. Осложнения острого периода ИМ были зарегистрированы значительно чаще среди пациентов 2 группы по сравнению с первой (47% и 39% соответственно). Интересным оказался тот факт, что интракоронарное восстановление кровотока осуществлялось в 1 группе в 48% случаев, в то время как во 2 группе в 67%, причем пациенты 2 группы в процессе наблюдения в 5 раз чаще госпитализировались по поводу прогрессирования симптомов коронарной недостаточности. Кроме того, в процессе наблюдения в 2 раза чаще возникла потребность в выполнении аортокоронарного шунтирования именно пациентам 2 группы по сравнению с 1 группой (30,2% и 14%, соответственно). Примечательно, что именно во 2 группе в течение ближайших 3–4 лет в 6 раз чаще требовались повторные реваскуляризирующие процедуры, причем в большинстве случаев по поводу прогрессирования коронарного атеросклероза de novo.

**Выводы.** Пациенты трудоспособного возраста, перенесшие острую коронарную катастрофу или умершие в течение 5-летнего периода наблюдения после острого ИМ, отличались более отягощенным анамнестическим фоном, осложненным течением острого периода ИМ, агрессивным прогрессирующим течением коронарного атеросклероза; большинство из них или не регулярно посещали или вовсе не посещали врача. Принимая во внимание тот факт, что изучаемая группа больных представляет наиболее социально значимую когорту населения, необходима активная диспансеризация этой категории пациентов, а также оптимизация вторичной профилактики ИБС, в том числе просветительской работы в отношении повышения приверженности лечению и “коронарной” грамотности населения.

## 060 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

*Будникова Н. В., Архипова С. Л., Романенко И. А., Полятькина Т. С.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Сахарный диабет (СД) – заболевание пандемического характера. Поэтому так актуален вопрос возможности замедления прогрессирования нарушений углеводного обмена (НУО) и профилактирования развития СД. На течение патологического состояния и эффективность лечения пациентов с НУО влияют психологические особенности, что определяет адекватность отношения к своему заболеванию. Целью работы было изучение взаимосвязи метаболических изменений и психологических особенностей у лиц с НУО. В исследование вошли 34 пациента с клиническими и/или лабораторными признаками НУО. Диагностика СД 2 типа и других НУО осуществлялась в соответствии с критериями ВОЗ (1999–2006). Обследованные были разделены на две группы: I группа – 17 человек с впервые выявленным СД 2 типа (СД 2 в. в.), II группа – 17 человек с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ). Группы сопоставимы по полу и возрасту. У пациентов выявляли наличие отягощенной наследственности по СД 2, ожирению (ОЖ), артериальной гипертензии (АГ). Проведено общеклиническое обследование с измерением антропометрических показателей и артериального давления (АД). Для изучения особенностей психологического состоя-

ния использовались вербальная методика – тест Спилбергера-Ханина и невербальная – тест Люшера, с помощью которых оценивался уровень тревоги. У обследованных установлена наследственная отягощенность по СД 2 (I группа – 35%; II группа – 53%); АГ (I группа – 59%; II группа – 76%), ОЖ (I группа – 76%; II группа – 82%). Сочетание наследственной предрасположенности в различных вариантах было у 2/3 обследованных в обеих группах. Избыточная масса, включающая предожирение, ОЖ 1–3 степени, отмечалась у 100% пациентов, причем в обеих группах преобладал абдоминальный тип ОЖ. У 94% пациентов с СД 2 в. в. и у 60% лиц с НТГ выявлена дислипидемия (ДЛП). АГ диагностирована у 100% обследованных с СД 2 в. в. и у 94% при НТГ. По данным общего анализа крови у 65% в I группе и у 33% во II группе отмечено повышение количества эритроцитов и уровня гемоглобина. При изучении психологических особенностей по тесту Спилбергера-Ханина выявлено, что высокий уровень личностной тревоги имел место у 82% больных СД 2 в. в. и у 76% пациентов с НТГ. У лиц с НУО низкий уровень личностной тревоги совсем не встречался. Реактивная тревога у пациентов I группы была преимущественно среднего уровня (71%), II группы – среднего (41%) и низкого уровня (47%). Интенсивность тревоги по тесту Люшера оказалась более выраженной при СД 2 в. в. Полученные данные свидетельствуют о том, что абдоминальное ОЖ, ДЛП, АГ у обследованных предшествовали развитию СД. Выявленный эритроцитоз и повышение гемоглобина, вероятно, свидетельствуют о наличии тканевой гипоксии, имеющей место уже на доклинической стадии НУО. Наличие высокого уровня личностной тревоги при НУО может влиять на комплаентность пациентов к назначенным лечебным и профилактическим мероприятиям. Более высокий уровень тревоги по невербальному тесту Люшера у лиц с СД, возможно, связан с осведомленностью больных об осложнениях заболевания. Таким образом, для профилактики дальнейшего прогрессирования НУО и развития СД следует учитывать психологические особенности личности при коррекции образа жизни.

## 061 ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Вербовой А. Ф., Барабанова Н. А., Шаронова Л. А.*

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования “Самарский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Самара, Россия

**Цель:** оценить систолическую и диастолическую функции у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы.** Было обследовано 60 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст  $55,83 \pm 1,33$  лет). Пациенты были распределены на 2 группы: 1) после перенесенного инфаркта миокарда не менее 6 месяцев назад; 2) без инфаркта миокарда в анамнезе. Критериями исключения являлись нарушения синусового ритма, сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа инсулинопотребный. Контрольную группу составили здоровые люди в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст  $21,5 \pm 0,11$  лет). Всем обследованным выполнялась эхокардиография методом ультразвукового доплеровского сканирования в импульсно-диастолическом режиме на аппарате Logic 7. Определялись конечно-диастолический размер левого желудочка, фракция выброса левого желудочка, скорость раннего диастолического наполнения (Е, м/с), скорость позднего диастолического наполнения (А, м/с). Рассчитывалось отношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А).

**Результаты.** Выявлено, что отношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А) у больных сахарным диабетом 2 типа ( $0,75 \pm 0,03$ ) достоверно ниже по сравнению с контрольными показателями ( $1,68 \pm 0,07$ ) ( $p < 0,001$ ). При этом не было установлено достоверных отли-

чий между показателями трансмитрального кровотока (Е/А) у больных после перенесенного инфаркта миокарда и без инфаркта миокарда в анамнезе. Фракция выброса у пациентов с сахарным диабетом 2 типа ( $63,64 \pm 1,44\%$ ) существенно не отличалась от группы контроля ( $65,75 \pm 1,63\%$ ). Не было выявлено значимых различий между показателями конечно-диастолического размера левого желудочка у больных сахарным диабетом 2 типа ( $50,5 \pm 0,74$  мм) и контрольной группой ( $47,25 \pm 1,04$  мм).

**Выводы.** У больных сахарным диабетом 2 типа выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка.

## 062 20-ЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA-Psychosocial")

*Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.*

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН, ФГБУ "НИИ терапии" СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить влияние социальной поддержки на риск (HR) развития инсульта в открытой популяции мужчин 25–64 лет.

**Материал и методы.** В рамках программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" в 1988 и 1994 гг. была обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25–64 лет, жителей одного из района г. Новосибирска. Социальная поддержка была изучена по методике Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Общий объем выборки 1396 мужчин. В течение 20-летнего периода (1989–2008 гг.) в когорте исследовали все впервые возникшие случаи инсульта. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS 11.5. Для оценки риска HR (hazard ratio) развития инсульта использовали регрессионную модель Кокса.

**Результаты.** Риск инсульта был выше в течение 5 лет – в 3,9 раз (95%ДИ (1,68–8,554);  $p < 0,001$ ); в течение 10 лет – в 2,5 раза (95%ДИ (1,69–7,143);  $p < 0,05$ ); в течение 15 лет – в 2,6 раза (95%ДИ (1,139–7,465);  $p < 0,05$ ), и наблюдалась тенденция увеличения риска в течение 20 лет в 1,4 раза ( $p > 0,05$ ) у мужчин с низким ICC, по сравнению с теми, у кого ICC был средний и выше. Среди мужчин с низким SNI риск развития инсульта был выше в течение 5 лет в 4,2 раза (95%ДИ (1,992–8,55);  $p < 0,001$ ), 10 лет – в 3,4 раза (95%ДИ (2,067–7,951);  $p < 0,01$ ) и 15 лет в 2,6 раза (95%ДИ (1,114–7,582);  $p < 0,05$ ), по сравнению с мужчинами, у которых SNI был выше среднего уровня. Наибольшая частота инсульта наблюдалась среди мужчин с низкими ICC и SNI, относящихся к группам вдовых и разведенных, с незаконченным средним – начальным уровнем образования, а также среди рабочих тяжелого, среднего физического труда, пенсионеров.

**Заключение.** Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25–64 лет риск инсульта был наивысшим в течение 5 лет при низких уровнях социальной поддержки и связан с низким социальным классом.

## 063 РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СРЕДИ МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA-Psychosocial")

*Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.*

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН, ФГБУ "НИИ терапии" СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучение влияния уровня социальной поддержки на относительный риск развития артериальной гипертензии (АГ) в течение 20 лет в открытой популяции мужчин 25–64 лет

**Материал и методы.** В рамках программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" в 1988 и 1994 гг. была обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25–64 лет, жителей одного из района г. Новосибирска. Социальная поддержка была изучена по методике Berkman-Syme, учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). Общий объем выборки 1396 мужчин. В течение 20-летнего периода (1989–2008 гг.) в когорте исследовали все впервые возникшие случаи артериальной гипертензии (АГ). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS 11.5. Для оценки риска HR (hazard ratio) развития АГ использовали регрессионную модель Кокса.

**Результаты.** Распределение по индексу ICC, мужчин с впервые возникшей АГ: 63,9% – низкий индекс ICC; 25,4% – средний ICC; 10,7% – высокий ICC. Распределение по индексу SNI, мужчин с впервые выявленной АГ: 43,0% – низкий SNI; 36,5% – средний-1 SNI; 16,5% – средний-2 SNI, 4,0% – высокий индекс SNI. В течение первых 5 лет риск развития АГ был в 2 раза выше (95%ДИ (1,002–6,14),  $p < 0,05$ ) у мужчин с низким ICC, по сравнению с мужчинами с высоким и средним ICC. Через 10, 15, 20 лет была определена тенденция в превалировании риска развития АГ при низких показателях ICC (10 лет – HR=1,045; через 15 лет – HR=1,06; через 20 лет – HR = 1,2;  $p > 0,05$ ). Анализ показал, что в течение первых 5 лет наблюдения RR развития АГ был выше в 3 раза (95% ДИ (1,027–7,441),  $p < 0,05$ ) среди мужчин с низким (низким и средним –1) SNI, по сравнению с высоким (средним – 2 и высоким) SNI. Через 10, 15, 20 лет была определена тенденция в превалировании риска развития АГ при низких показателях SNI (10 лет – HR=1,43; 15 лет – HR=1,58; 20 лет – HR=1,2;  $p > 0,05$ ). Увеличение относительного риска АГ наблюдалось у мужчин разведенных, овдовевших, а так же среди лиц с низким профессиональным и образовательным уровнем.

**Заключение.** Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25–64 лет риск АГ связан с низким уровнем социальной поддержки и наивысший в течение первых 5 лет.

## 064 НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ КАК МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Гервас А. А., Осипова И. В., Антропова О. Н.*

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

**Цель:** выявить взаимосвязь неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и поражением органов мишеней (ПОМ).

**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов имеющих избыточный вес. Критерии включения: пол – мужской, профессия – железнодорожники, возраст – 20–60 лет, наличие избыточной массы тела. Критерии исключения: поражение печени алкогольного и вирусного генеза.

Проводилась оценка ФР, индекса массы тела (ИМТ), регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), определение уровня общего холестерина (ОХ) и его фракций, уровня глюкозы крови натощак, печеночных трансаминаз, проводилась оценка микроальбуминурии (МАУ), вычисление СКФ, оценка размеров печени по УЗИ внутренних органов и морфологических и функциональных изменений сердца по ЭхоКГ, определение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) при проведении дуплексного сканирования сонных артерий, определение риска смерти от ССЗ по шкале SCORE.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $49,74 \pm 1,60$  лет. Имели диагноз НАЖБП 90% пациентов, из них 70% – стеатогепатоз, 30% – стеатогепатит. Среднее

значение ИМТ составило  $31,06 \pm 1,01$  кг/м<sup>2</sup>, 50% пациентов имели избыточную массу тела, 35% страдали ожирением 1 степени, 10% — ожирением 2 степени, 5% — ожирением 3 степени. У всех пациентов одним из сопутствующих диагнозов была гипертоническая болезнь (ГБ) (I стадии у 30%, II стадии у 70%). Средняя длительность ГБ составила  $6,78 \pm 0,01$  лет. Курили 40% пациентов. Гиперхолестеринемия зарегистрирована у 70% пациентов (средний уровень ОХ  $5,71 \pm 0,23$  ммоль/л). ХС ЛПНП были выше целевого уровня у 60% ( $3,20 \pm 0,22$  ммоль/л), снижение ЛПВП ниже нормы наблюдалось у 10% ( $1,23 \pm 0,05$  ммоль/л), гипертриглицеридемия встречалась у 60% (средний показатель  $2,52 \pm 0,49$  ммоль/л). Сахарный диабет имели 30%, нарушение толерантности к глюкозе выявилось у 15%, гипергликемия натощак регистрировалась у 25% пациентов. У 10% пациентов выявлена МАУ, СКФ менее 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> среди пациентов не зарегистрировано. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), оцениваемая по ЭхоКГ, встречалась у 30% больных, среднее значение индекса миокарда левого желудочка —  $117,10 \pm 4,70$  г/м<sup>2</sup>. Признаки диастолической дисфункции по ЭхоКГ, в соответствии с критериями ВОЗ, наблюдались у 30% пациентов. Средняя толщина ТИМ по группе составила: слева  $0,96 \pm 0,06$  мм, справа  $0,97 \pm 0,06$  мм, в 55% случаев ТИМ превышала 0,9 мм.

Риск по SCORE был высоким у 30% больных, среднее значение его составило  $4,70 \pm 1,12$ .

**Выводы.** В группе исследуемых наблюдался высокий уровень ФР ССЗ: гиперхолестеринемия регистрируемая у 70% пациентов, нарушение углеводного обмена у 70%, курение у 40% в исследуемой группе. Все пациенты имели артериальную гипертензию, из них у 70% отмечено поражение органов-мишеней: МАУ у 10% больных, ГЛЖ у 30%, увеличение ТИМ в 55% случаев. Риск по SCORE в группе был высоким у каждого 3-го пациента.

## 065 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЧАСТОТУ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Даурбекова Л. В., Гиляревский С. Р.  
РМАПО, Москва, Россия

**Цель:** оценка: влияния структурированного терапевтического обучения больных СД 2 типа и наблюдение за ними с помощью телефонных контактов на частоту применения статинов.

**Материал и методы:** в исследование включались больные СД 2 типа, имеющие уровень ХС ЛПНП в крови  $>2,6$  ммоль/л. Критерий исключения — непереносимость любого из статинов. В исследование включены 100 больных СД — 2 типа, рандомизировано распределены в группу контроля и группу вмешательства больные статистически значимо не различались по основным исходным характеристикам. Все больные, входившие в группу вмешательства прошли структурированное обучение, состоящее из 3 занятий по 45 минут. Темы занятий: Факторы риска (ФР) ССР при СД 2 типа 2) медикаментозная коррекция модифицируемых ФР при СД 2 типа 3) нефармакологическая коррекция модифицируемых ФР при СД 2 типа. В группе вмешательства после проведения обучения осуществлялись контакты с больными по телефону, кратность которых составляла 1 раз 2 недели в течение первых 3 месяцев, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц. В контрольной группе больные получали обычные рекомендации и наблюдались врачами поликлиники по месту жительства. Через 6 месяцев больные обеих групп посещали клинику для проведения контрольного исследования.

**Результаты:** через 6 месяцев показали в группе вмешательства статистически значимое увеличение частоты приема статинов. В группе контроля исходно статины не принимал

ни один больной, через 6 месяцев — 7,3% больных, в группе вмешательства частота приема статинов возросла с 4,5 до 43%, (отношение частоты приема статинов через 6 месяцев в группе вмешательства по сравнению с группой контроля составило 9,6 при доверительном интервале от 2,58 до 35,97;  $P < 0,0001$ ). В группе вмешательства через 6 месяцев произошло статистически значимое снижение уровня общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности и триглицеридов, в контрольной группе не отмечено статистически значимого изменения липидов.

**Выводы:** структурированное терапевтическое обучение и мониторинг больных СД — 2 типа с высоким риском ССО позволяют существенно повысить степень выполнения больными врачебных рекомендаций, увеличить частоту применения статинов.

## 066 ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ПРЕДИКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

Даушева А. Х., Лебедев П. А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

**Цель.** Оптимизация диагностики предикторов кардиоваскулярных осложнений при проведении скринингового исследования у больных с бронхообструктивной патологией легких.

**Материал и методы.** В исследование включено 78 больных бронхиальной астмой (БА), средний возраст  $41,34 \pm 1,25$  лет, 42 мужчин и 36 женщин, длительностью заболевания  $9,72 \pm 0,71$  лет. 1 группу составили 31 больной БА легкого персистирующего течения (БАЛ) и 2 группу — 47 пациентов БА средней тяжести (БАСТ). Контрольную группу составили 40 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. В указанных группах была проведена оценка маркеров сердечно-сосудистого ремоделирования. Методом компьютерной фотоплетизмографии (ФПГ) определялась степень развития дисфункции эндотелия (ДЭ) по показателю функции эндотелия (ПФЭ), рассчитанному в процентном соотношении уменьшения относительной амплитуды отраженной волны (индекса аугментации) на 3 минуте ишемической пробы. Основные морфофункциональные параметры правых и левых отделов сердца с оценкой внутрисердечной гемодинамики, диастолической функции правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков оценивали методом эхокардиографии на аппарате Vivid 7 Pro (General Electrics, США).

**Результаты.** Анализ пробы с ишемией верхней конечности показал достоверное снижение ПФЭ в фазе реактивной гиперемии более чем в 2 раза у больных 1 группы по сравнению с группой контроля ( $8,59 \pm 1,25\%$  и  $21,22 \pm 1,25\%$ ,  $p < 0,001$ ). Отмечено прогрессирование дисфункции эндотелия во 2 группе больных (ПФЭ  $5,71 \pm 1,41\%$ ,  $p < 0,001$ ). При оценке морфофункциональных параметров правых и левых отделов сердца, согласно полученным данным, в сравниваемых со здоровыми группами больных БА наблюдалось достоверно значимое снижение диастолической функции желудочков ( $p < 0,001$ ). Диастолическая дисфункция правого желудочка выявлена у 11 (50%) больных 1 группы и 24 (72,73%) больных 2 группы. Развитие диастолической дисфункции левого желудочка нами было диагностировано у 15 (45,46%) больных 2 группы. Повышение среднего давления в легочной артерии выявлено у пациентов 2 группы ( $20,23 \pm 2,00$  мм рт.ст.,  $p < 0,001$ ). Гипертрофия передней стенки ПЖ отмечена только во 2 группе — у 16 (42,11%) пациентов. Дилатация ПЖ встречалась во 2 группе у 9 больных (23,68%), в 1-й же группе не выявлено. Корреляционный анализ выявил следующие взаимосвязи — ПФЭ с Е/А ПЖ ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,001$ ), Е/А ЛЖ ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ), средним давлением в легочной артерии ( $r = -0,44$ ,  $p < 0,001$ ), толщиной передней стенки ПЖ ( $r = -0,57$ ,  $p < 0,001$ ), конечно-диастолическим размером ПЖ ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ )

**Выводы.** Применение скрининговой диагностики предикторов сердечно-сосудистого ремоделирования позволяет проводить своевременную первичную профилактику кардиоваскулярных осложнений и существенно снизить риск их развития. Процессы ремоделирования правых и левых отделов сердца пропорциональны выраженности дисфункции сосудистого эндотелия у больных БА.

## 067 ВЛИЯНИЕ СТАЖА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Демидова Л. А., Демидов А. А., Панова Т. Н., Кузьмина А. Е. ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, Астрахань, Россия

На базе НУЗ “Медико-санитарная часть” г. Астрахань был проведен ретроспективный анализ 1632 амбулаторных карт больных НЦД, который показал, что у 537 из них в разные годы наблюдения произошла смена диагноза на какое-либо сердечно-сосудистое заболевание. По нозологическим формам больные, имевшие НЦД в анамнезе, распределились следующим образом. Пациенты с гипертонической болезнью (ГБ) – 226 человек, с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 179 человек, с кардиомиопатией (КМП) 36 пациентов. По изученным нами амбулаторным картам большинство (285 человек) составляли женщины, мужчин было 252 человека. Также были изучены амбулаторные карты 96 больных, имевших на момент исследования диагноз НЦД, среди которых было 39 мужчин и 57 женщин.

Установлено, что у больных ГБ наибольшее количество мужчин (41,93%) к моменту смены диагноза имели стаж НЦД более 10 лет, со стажем НЦД менее 5 лет – 26,62%, у 31,45% стаж НЦД составлял от 5 до 10 лет. У женщин данной группы наибольшее количество пациенток (45,09%) к моменту смены диагноза имели стаж НЦД от 5 до 10 лет. Треть больных (31,37%) имела стаж НЦД менее 5 лет. Более 10 лет болели НЦД 23,54% женщин.

Стаж НЦД свыше 10 лет на момент смены диагноза отмечался у 75% мужчин с ИБС, от 5 до 10 лет – 24,08%, менее 5 лет – у одного больного. Среди женщин с ИБС пациенток, имевших стаж НЦД свыше 10 лет было 56,35%, со стажем НЦД 5–10 лет – 40,84%, менее 5 лет – две женщины.

Среди мужчин, больных КМП, 50% отмечали стаж НЦД свыше 10 лет, 35,72% имели стаж НЦД менее 5 лет, двое – стаж НЦД от 5 до 10 лет. Среди женщин данной группы 31,82% имели стаж НЦД от 5 до 10 лет, более 10 лет – 50%. Четыре пациентки с КМП (18,18%) имели стаж НЦД до 5 лет.

Среди обследуемых больных была выделена группа из 96 человек, у которых на момент обследования сохранялся первоначально поставленный диагноз НЦД. Больные нейрорегуляторной дистонией на момент исследования имели следующий стаж НЦД. Среди мужчин наибольшее количество пациентов имели стаж НЦД от 5 до 10 лет (48,71%). Почти такое же количество (41,02%) имели стаж НЦД менее 5 лет. Стаж более 10 лет отмечен у 4 больных. Среди женщин данной группы 42,12% имели стаж НЦД свыше 10 лет, 38,59% – от 5 до 20 лет. Стаж НЦД до 5 лет отмечался у 19,29% женщин.

Таким образом, ретроспективный анализ амбулаторных карт больных НЦД показал, что определенным сердечно-сосудистым заболеваниям предшествовала определенная длительность НЦД. Так, длительность НЦД более 10 лет предшествовала диагнозу ИБС у 57,9% мужчин и 53,3% женщин. Кроме того, стаж НЦД менее 5 лет предшествовал диагнозу ГБ у 84,6% мужчин и 84,2% женщин. Длительность НЦД от 5 до 10 лет наиболее характерна для последующего диагноза ГБ у 58,2% мужчин, и у 56,1% женщин. Полученные нами данные по учету стажа и гендерных особенностей пациентов с НЦД могут быть использованы для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных НЦД.

## 068 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Денека И. Э., Вебер М. И., Мовчан С. А., Аршинова И. А., Родионов А. В.

ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова”, Москва, Россия

**Цель:** изучение факторов, влияющих на резистентность к антигипертензивной терапии.

**Материал и методы:** выявить долю больных с истинной резистентной артериальной гипертензией (РАГ) среди общего числа пациентов, не отвечающих на 3-х и более компонентную терапию; проанализировать факторы риска РАГ; проанализировать причины псевдорезистентности, разработать рекомендации по оптимизации ведения пациентов.

Проведено анкетирование и анализ историй болезни 108 пациентов (47 мужчин и 61 женщина) с предполагаемой резистентностью к антигипертензивной терапии. Средний возраст больных – 59,3 лет (29–84 года). В качестве возможных факторов риска развития РАГ были выделены следующие показатели: ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>, возраст > 75 лет, хроническая почечная недостаточность (ХПН), сахарный диабет (СД) с поражением органов-мишеней. Для выявления псевдорезистентности учитывали показатели приверженности к терапии до поступления в клинику, употребление препаратов, повышающих артериальное давление (АД). Из возможных вторичных причин развития РАГ анализировали частоту синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), а также надпочечниковых и вазоренальной артериальной гипертензии (АГ).

**Результаты.** У 102 пациентов (95%) ИМТ был > 25 кг/м<sup>2</sup>, у 61 (56,4%) > 31 кг/м<sup>2</sup>. Шестьдесят один больной (56,4%) был старше 60 лет. ХПН I ст. выявлена у 50 (46,3%), ХПН IIА ст. – у 13 (12%); IIБ ст. – у 6 пациентов (5,5%). СД страдали 44 (41%) больных, сопутствующее поражение органов-мишеней зафиксировано у 33 из 44 (75%) пациентов. В ходе анкетирования выявлено, что только 33 пациента (30,8%) строго придерживались амбулаторных назначений лечащего врача. Не удалось достичь целевого АД у 55 (51%) больных, принимавших препараты, обладающие прессорным эффектом (в том числе нестероидные противовоспалительные препараты и назальные симпатомиметики). После коррекции медикаментозной терапии в соответствии с современными клиническими рекомендациями, при условии полной комплаентности из 108 пациентов с подозрением на РАГ истинная резистентность подтвердилась у 55 (51,3%). Не удалось добиться стабилизации АД у 39 (36%) пациентов с ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup> и у 36 (65%) с ИМТ > 31 кг/м<sup>2</sup>. Двадцать восемь (51%) пациентов с истинной РАГ были старше 60 лет, 11 (10,2%) – старше 75 лет. Среди пациентов с клинически значимой ХПН (IIА и выше) резистентными к лечению оказались 11 (20%) больных, среди больных с СД – 25 (56,6%) больных, с СОАС – 17 (68%) больных. Вазоренальная АГ выявлена у 4 (4,3%) больных. В изученной когорте ни одного случая надпочечниковой АГ выявлено не было.

**Заключение.** Все анализируемые факторы риска могут служить значимыми предикторами развития РАГ. Псевдорезистентность в большинстве случаев обусловлена низкой комплаентностью пациентов. С целью выявления вторичных АГ необходимо включить в комплексное обследование больных с РАГ методы диагностики СОАС и вазоренальной АГ.

## 069 ОБРАЗ ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ И МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ

Дехарь В. В., Оситов А. Г., Борисова Л. В., Попова Е. Ю.\*  
Алтайский Государственный Медицинский Университет, Барнаул; \*Городская больница № 6, Барнаул, Россия



**Цель:** изучить образ жизни и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста до 30 лет у мужчин и женщин, с разным социальным статусом, проживающих в городе и селе.

**Материал и методы:** обследовано 1420 человек в возрасте 15–29 лет ( $21,1 \pm 0,01$ ) из них женщин 61% ( $21,5 \pm 0,1$ ), мужчин 39% ( $20,8 \pm 0,1$ ), городское и сельское население 62,7% ( $21,7 \pm 0,1$ ) и 37,3% ( $19,8 \pm 0,1$ ). Оценивались следующие поведенческие факторы риска: употребление алкоголя, уровень физической активности (ФА), статус курения (СК), наличием избыточной массы тела (ИМТ), а также клинически ассоциированных с ним состояний: уровень общего холестерина (ОХ) и уровень глюкозы. Все респонденты были поделены по социальному статусу: учащиеся – 71% ( $19,1 \pm 0,07$ ), работающие – 20% ( $25,9 \pm 0,1$ ), неработающие – 9% ( $24,6 \pm 0,2$ ), а также по возрасту на 3 группы: 1 – менее 18 лет – 15% ( $16,5 \pm 0,05$ ), 2–18–24 года 64% ( $20,1 \pm 0,06$ ) и 3–25–29 лет – 21% ( $26,9 \pm 0,08$ ).

**Результаты.** Количество лиц употребляющих алкоголь – 74%, низкая физическая активность – 47%, частота курящих – 25%, гипергликемия – 15%, избыточная масса тела и гиперхолестеринемия по 13%. Употребление алкоголя, среди учащихся, в группе 1, происходит на 0,5 года раньше у городских мужчин, чем у сельских ( $p=0,000$ ), в группе 2, сельские ученики пьют алкоголь на 0,7 лет раньше, по сравнению с сверстниками из города ( $p=0,000$ ). Безработные городские мужчины и сельские женщины употребляют алкоголь на 1,7 и 2 года, раньше чем работающие ( $p=0,006$  и  $p=0,031$ ). Низкий уровень физической активности среди учащихся города и села составил 31% и 34% соответственно, при этом гиподинамия, в группе 2, выявлялась в более раннем возрасте у жителей села ( $p=0,000$ ), в группе работающих, составила – 19% и 3%, у неработающих 11% и 2%. Учащиеся мужчины, проживающие в селе, курят в более юном возрасте, на 1,3 года, чем в городе ( $p=0,000$ ), однако, в возрастной группе 1 и 2, городские мужчины выкуривали, в среднем, на 4,61 и 1,88 сигарет больше чем сельские ( $p=0,004$ ), также в группе 2, стаж курения, среди учащихся мужчин и женщин был больше на 0,93 и 1,49 лет чем у иногородних ( $p=0,033$ ). Неработающие городские мужчины, в группе 2 курили на 1,8 года раньше, чем трудоустроенные ( $p=0,009$ ). Гипергликемия выявлялась на 2 года раньше у мужчин чем у женщин ( $p=0,003$ ). Количество городских мужчин и женщин имеющих избыточную массу тела в 6 раз выше по сравнению с респондентами проживающих в селе ( $p=0,006$ ). Женщин с гиперхолестеринемией, выявлялось в 3 раза больше, чем мужчин ( $p=0,000$ ).

**Вывод:** наибольшая частота среди поведенческих факторов риска приходится на алкоголь и гиподинамию, а также возраст 18–24 года. В городе, учащиеся, употребляют алкоголь в более раннем возрасте, однако сельские начинают курить раньше, чем городские. Гиподинамия и избыточная масса тела больше распространена среди жителей города. Гипергликемия выявлялась на 2 года раньше у мужчин, при этом количество женщин с гиперхолестеринемией, обнаруживалось в 3 раза больше чем лиц мужского пола.

## 070 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Долгополова Д. А., Попова М. А., Веденькина И. В.

ГОУ ВПО “Сургутский государственный университет ХМАО-Югры”, Сургут, Россия

В последние годы отмечается рост числа заболеваний органов дыхания, среди которых особое место занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Частота возникновения системной артериальной гипертензии (АГ) у хронических пульмонологических больных составляет от 4,0 до 38,8%.

**Цель:** оценить влияние АГ на изменение функциональной способности легких.

**Материал и методы.** В проспективное исследование было включено 199 больных в возрасте от 27 до 89 лет, из которых

118 пациентов имело изолированную ХОБЛ ( $n=118$ ) и 81 пациент ХОБЛ, ассоциированную с АГ ( $n=118$ ). В зависимости от уровня АД больные, имеющие АГ, были разделены на 2 группы: первая группа – больные с АГ I степени ( $n=65$ ), вторая группа – больные с АГ II степени ( $n=16$ ). Всем больным проводили общеклиническое обследование, а также инструментальное спирографическое исследование. Статистическую обработку данных производили с помощью программы Ms Excel 2007, “Statistica 8.0”.

**Результаты.** Анализ частоты встречаемости АГ у обследуемых пациентов с ХОБЛ показал, что стойкое повышение артериального давления регистрируется у 40,7% ( $n=81$ ), что практически соответствует среднему значению в 34,3%, предложенному рядом авторов. Так, диапазон распространенности АГ у больных ХОБЛ по данным литературы достаточно широк и составляет от 6,8 до 76,3%. Было установлено достоверное влияние курения, избыточной массы тела, пожилого возраста, а также длительности проживания на Севере на прогрессирование АГ на фоне ХОБЛ ( $p<0,01$ ). Среди обследуемых пациентов достоверного влияния АГ на основной параметр легочной функции – ОФВ1, обнаружено не было, однако, достоверно лучшие скоростные показатели были определены на уровне крупных бронхов у пациентов с АГ II степени, тогда как проходимость бронхов менее крупного калибра у данной группы пациентов была гораздо ниже ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** Наличие сочетанной коморбидной патологии ХОБЛ и АГ составляет 40,7%, что соответствует общепопуляционному уровню. Степень АГ не оказывает выраженного влияния на основной параметр легочной функции – ОФВ1, однако, прогрессивно ухудшает дыхательную проходимость на уровне мелких бронхов, усугубляя бронхообструктивный синдром.

## 071 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Дроботя Н. В., Шенятская И. В.

ГБОУ ВПО Рост ГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель:** изучении гендерных особенностей распространенности гипертензивных состояний и факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты обследования 2244 студентов (1041 юноши и 1239 девушек) в возрасте от 18 до 25 лет. Определение уровня артериального давления (АД) осуществляли с помощью офисного измерения АД. Для уточненной диагностики гипертензивных состояний проводили суточное мониторирование АД. Наличие или отсутствие у юношей и девушек основных ФР ССЗ устанавливали с помощью специальных анкет и индексов. Избыточное употребление алкоголя и степень алкогольной зависимости определяли скрининг – тестом MAST; для изучения характера питания использовали краткий диетический опросник, разработанный ГНИЦ ПМ; для выявления избыточной массы тела рассчитывали индекс массы тела (ИМТ); интенсивность курения оценивали с помощью индекса курения, а уровень физической тренированности – на основе индекса Руффье.

**Результаты.** В когорте обследованных, наряду с нормотониками (со значениями АД, находящимися в диапазонах оптимального и нормального АД), были выявлены лица с высоким нормальным АД, соответствующим предгипертензии (ПГ), а также молодые люди с артериальной гипертензией (АГ). В подгруппе юношей ПГ имела место в 21%, а АГ – в 15,9% случаев, в то время как в подгруппе девушек ПГ была выявлена у 5,5%, а АГ – у 4,4% лиц. Таким образом, у девушек ПГ встречалась в 4,7 раза реже, а АГ в 3,6 раза реже, чем у юношей, в то время как оптимальное АД почти в 3,5 раза чаще регистрировалось у лиц женского пола ( $p<0,001$ ). У молодых людей обоего пола с различным уровнем АД были выявлены все основные модифицируемые ФР; количествен-

ные различия состояли лишь в частоте их выявления у представителей различного пола. Так, повышенные значения ИМТ преобладали у девушек с ПГ и АГ (соответственно в 30,6% и 59,2% случаев), а низкая физическая активность в большей степени была характерна для юношей, независимо от уровня АД, хотя максимальное количество лиц с проявлениями гиподинамии было выявлено в условиях ПГ и АГ (соответственно 48% и 55,2% случаев). Курение было широко распространено у юношей и с нормальными и с повышенными значениями АД (средний процент мужчин-курильщиков составил 39,5). Распространенность таких ФР, как избыточное употребление алкоголя и несбалансированность питания была высокой (более половины обследованных), не имела гендерных различий и четкой связи с уровнем АД. В подгруппах юношей и девушек с повышенным АД со сравнительно более высокой частотой встречалось сочетание 3-х и даже 4-х ФР. Наиболее часто встречающейся комбинацией факторов риска являлось сочетание курения, употребления алкоголя и низкой физической активности.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о преобладании гипертензивных состояний у юношей по сравнению с девушками, а также о наличии гендерных различий в частоте выявления основных ФР ССЗ, что, в свою очередь, позволяет выработать дифференцированную стратегию немедикаментозной коррекции гипертензии у лиц молодого возраста.

## 072 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

*Запесочная И. Л., Автандилов А. Г.*

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия

**Цель:** изучить динамику структурно-функционального состояния ЛЖ у больных АГ на Крайнем Севере, в зависимости от сменного характера работы при пятилетнем наблюдении.

**Материал и методы.** На первом этапе работы (2003–2005 гг.) в исследовании приняли участие 95 больных АГ. I группа – 53 человека, работающих только в день; II группа – 42 человека, работающих посменно, то есть в дневную и в ночную смену. Второй этап работы заключался в организации проспективного наблюдения (5 лет) за обеими группами, которые были разделены на две подгруппы: с леченной АГ (I А и I Б, соответственно, работающие в день и работающие в ночь) и с нелеченной АГ (II А и II Б соответственно, работающие в день и работающие в ночь). Большинство пациентов принимало гипотензивные препараты в рамках монотерапии. На каждом этапе исследования была проведена эхокардиография.

**Результаты.** В I А группе при динамическом наблюдении отмечалось увеличение ФВ ЛЖ, снижение ОПСС ( $p < 0,05$ ); уменьшение КДР ЛЖ и ТЗС ЛЖ на 3,5% и 5,8% соответственно ( $p > 0,05$ ). На 7,3% выросла ММЛЖ. Концентрические изменения миокарда увеличились на 2%. В I Б группе возросли показатели ЛЖ: КДР и КСР ( $p < 0,05$ ), КДО ( $p < 0,05$ ) и КСО ( $p < 0,01$ ); снизились УО, МО и СИ ( $p < 0,05$ ); увеличилась ОПСС ( $p < 0,05$ ). Увеличение толщины миокарда отмечалось за счет ТМЖП и ТЗС ЛЖ. ММЛЖ выросла на 13% по сравнению с исходной, ИММЛЖ – на 12%. Нормальную геометрию ЛЖ имели 38% лиц (против 57% исходно). Во II А группе при динамическом наблюдении отмечалось увеличение КСО ЛЖ, МО ЛЖ, ОПСС ( $p < 0,05$ ). Другие объемы и размеры ЛЖ практически не изменялись. На 5,7% увеличилась ММЛЖ. Концентрические изменения миокарда встречались в 67,2% случаев (против 61% исходно). Во II Б группе, в сравнении с исходными данными, выявлено увеличение линейных и объемных показателей ЛЖ: КДР и КСР ( $p < 0,05$ ), КДО ( $p < 0,05$ ) и КСО ( $p < 0,01$ ), а также ОПСС ( $p < 0,05$ ). Достоверно была снижена сократительная фун-

кция ЛЖ. ТМЖП, равная в 2003–2005 гг.  $1,21 \pm 0,04$  см, через 5 лет увеличилась до  $1,31 \pm 0,04$  см ( $p < 0,05$ ); ТЗС ЛЖ, соответственно, с  $1,18 \pm 0,08$  до  $1,29 \pm 0,03$  см ( $p < 0,05$ ). ММЛЖ выросла с  $234,35 \pm 16,01$  исходно до  $291,45 \pm 16,89$  г через 5 лет, с соответственным ростом ИММЛЖ с  $138,21 \pm 8,12$  до  $149,78 \pm 6,67$  г/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Превалировал концентрический тип ГЛЖ. Нормальную геометрию ЛЖ имели 9,9% лиц (против 29% исходно).

**Выводы:** выявлено значительное влияние условий Крайнего Севера при прогрессировании АГ на формирование концентрических изменений структуры миокарда ЛЖ, более выраженное при работе в ночь. Больные АГ нуждаются в назначении комбинированной гипотензивной терапии независимо от сменного характера работы.

## 073 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПЯТИЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

*Запесочная И. Л., Автандилов А. Г.*

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия

**Цель:** изучить динамику ДФ ЛЖ у больных АГ, работающих на Крайнем Севере, в зависимости от сменного характера работы при пятилетнем наблюдении.

**Материал и методы.** В 2003–2005 гг. (первый этап работы) исследованием были охвачены 95 больных АГ. I группа – 53 человека, работающих только в день; II группа – 42 человека, работающих посменно, то есть в дневную и в ночную смену. Второй этап работы (2007–2011 гг.) заключался в организации наблюдения за обеими группами, которые были разделены на две подгруппы: с леченной АГ (I А и I Б соответственно, работающие в день и работающие в ночь) и с нелеченной АГ (II А и II Б соответственно, работающие в день и работающие в ночь). Большинство пациентов принимало гипотензивные препараты в рамках монотерапии. На каждом этапе исследования была проведена доплероэхокардиография.

**Результаты.** У больных АГ I А группы выявлено увеличение  $V_m E$  до  $0,65 \pm 0,03$  м/с через 5 лет по сравнению с исходной –  $0,59 \pm 0,04$  м/с ( $p < 0,05$ ), отношение  $E/A$  до  $1,33 \pm 0,09$  через 5 лет по сравнению с исходным –  $1,21 \pm 0,08$  ( $p > 0,05$ ). В I Б группе наблюдалось уменьшение  $V_m E$  до  $0,51 \pm 0,04$  м/с через 5 лет по сравнению с исходной –  $0,59 \pm 0,04$  м/с ( $p < 0,05$ ); увеличение  $V_m A$  с  $0,49 \pm 0,03$  м/с исходно до  $0,63 \pm 0,06$  м/с через 5 лет ( $p < 0,01$ ), ВИР с  $77,20 \pm 7,32$  мс исходно до  $99,79 \pm 5,45$  мс через 5 лет ( $p < 0,01$ ).  $E/A$  через 5 лет стало меньше единицы ( $0,83 \pm 0,09$ ). На протяжении 5 лет наблюдения у больных АГ, работающих в день, несмотря на прием гипотензивных препаратов, отмечалось ухудшение ДФ ЛЖ у 55% человек (I стадия ДД ЛЖ выявлена у 45,5% человек, II стадия – у 9,5% лиц) и у 74,9% пациентов с нелеченной АГ (I стадия – у 58,3% лиц, II стадия – у 16,6% лиц), тогда как при первичном обследовании ДД ЛЖ регистрировалась у 37% пациентов (у всех – I стадия). У больных II А группы выявлено увеличение  $V_m E$  до  $0,55 \pm 0,04$  м/с через 5 лет по сравнению с исходной –  $0,47 \pm 0,04$  м/с ( $p < 0,05$ ); уменьшение ДТ с  $175,63 \pm 13,81$  мс исходно против  $172,56 \pm 14,76$  мс через 5 лет ( $p > 0,05$ ). Во II Б группе достоверно увеличились показатели:  $E/A$  (до  $0,90 \pm 0,10$ ),  $V_m A$  с  $0,54 \pm 0,03$  м/с исходно до  $0,72 \pm 0,04$  м/с через 5 лет ( $p < 0,01$ ), ДТ с  $175,63 \pm 13,81$  мс исходно до  $205,43 \pm 10,08$  мс через 5 лет ( $p < 0,05$ ). На протяжении 5 лет у больных АГ, работающих в ночь, ДД ЛЖ выявлена у 72,1% пациентов с леченной АГ (I стадия – у 55,5% человек, II стадия – у 16,6% человек) и у 95% лиц с нелеченной АГ (I стадия – у 60% человек, II стадия – у 25% лиц, III стадия – у 10% лиц), при первичном обследовании ДД ЛЖ – у 56% больных АГ (I стадия – у 50% человек, II стадия – у 6% человек).

**074 ВЫВОДЫ. ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ АГ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ ОТМЕЧАЛОСЬ УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА БОЛЬНЫХ С ДД ЛЖ, В ТОМ ЧИСЛЕ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ (II И III) ТИПАМИ ДД. ВЫЯВЛЕНО БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ДФ ЛЖ. НАРУШЕНИЕ СНА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25–64 ЛЕТ**

Каюмова М. М., Гафаров В. В.

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ “НИИ терапии” СО РАМН, ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, ФГБУ Филиал “НИИ кардиологии” СО РАМН), Новосибирск, Россия

**Цель:** определение ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и нарушений сна (НС) в открытой мужской популяции 25–64 лет.

**Материал и методы.** Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Репрезентативная выборка была сформирована из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени – мужчины 25–64 лет в количестве 1000 человек. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли “определённую” ИБС (ОИБС) и “возможную” ИБС (ВИБС). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участников. Ассоциации НС с ИБС оценивались с помощью расчета отношений шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ).

**Результаты.** В тюменской популяции у мужчин 25–64 лет распространенность ИБС составила 12,4%, ОИБС – 6,6%, ВИБС – 5,7%. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности респондентов с плохим сном составил 8,9%, с очень плохим сном – 0,6%. ОШ при наличии – отсутствию ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и нарушений сна в мужской популяции 25–64 лет оказалось равным 5,05 (95% ДИ=2,92±8,74,  $p<0,05$ ). При оценке влияния высоких градаций НС на развитие ОИБС и ВИБС были получены соответственно ОШ 5,28 (95% ДИ=2,67±10,46,  $p<0,05$ ) для ОИБС и ОШ 3,13 (95% ДИ=1,47±6,65,  $p<0,05$ ) для ВИБС, то есть у лиц с ОИБС и ВИБС 25–64 лет высокие градации НС встречались достоверно чаще, чем у лиц без ОИБС и ВИБС.

**Заключение.** Следовательно, в открытой мужской популяции 25–64 лет г. Тюмени у лиц с нарушением сна наблюдается увеличение шансов развития ОИБС, ВИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям.

**075 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ**

Коробейникова А. Н., Мальчикова С. В.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

**Цель:** изучить структуру лекарственных назначений у больных гипертонической болезнью в условиях стационара.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ 265 историй болезней стационарных пациентов, основным поводом госпитализации которых явилась неконтролируемая артериальная гипертензия. Из них 169 женщин (63,7%) и 96 мужчин (36,6%), средний возраст составил  $59,3 \pm 21,8$  года. 32,8% больных имели I стадию гипертонической болезни (ГБ), 27,2% – II стадию и 40% – III стадию ГБ.

**Результаты.** Структура врачебных назначений варьировалась в зависимости от степени повышения артериального давления (АД) и от сопутствующей сердечной и несердечной патологии. В среднем на 1 пациента приходилось 4,6 препарата.

Наиболее часто назначаемая группа препаратов – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). Для нормализации АД эти препараты назначались в 88,3% случаев. Частота применения диуретиков составила 67,0%; ББ – 56,8%; БКК – 43,18%; БРА – 17,7%. Изучение частоты назначений гипотензивных препаратов с различными МНН, выявило следующий порядок распределения: эналаприл (33,9%), бисопролол (32,1%), периндоприл (29,8%), гидрохлортиазид (28%), амлодипин (26,8%), индапамид (22,8). Наиболее часто назначались препараты с коммерческими названиями: индап (11,8%), эналаприл (8,1%), энап (5,9%), индапамид (5,3%), гипотиазид (4,6%), арифон ретард (3,8%), амлодипин (3,7%) и конкор (3,3%).

Частота использования фиксированных комбинированных гипотензивных препаратов составила всего 13,6%. Лидирующие позиции занимала комбинация периндоприла/индапамида – 69,4%.

Средние дозы гипотензивных препаратов были небольшими. Эналаприла – 11,3мг/сут, престариума – 5,6мг/сут, конкора – 4,8; метопролола 72; амлодипина – 8,2; верапамила – 160.

В качестве монотерапии иАПФ назначались 13,1% больных, ББ – 5,8%, диуретики – 5,0%, БКК – 1,8% и препараты центрального действия – 0,2%.

При назначении пациентам двух гипотензивных препаратов наиболее частой (21,3%) являлась комбинация иАПФ и диуретика. Назначение диуретика в сочетании с ББ было отмечено в 12,9%, а с БКК – в 4,4%. В 3,2% использовалось сочетание БКК с иАПФ и еще реже – с ББ (1,6%). В 7,6% были отмечены комбинации, носящие нерациональный характер, например, сочетание иАПФ и ББ.

Антиагреганты присутствовали в схемах лечения у 54,0% пациентов. Это больные с коронарной патологией и очень высоким риском гипертонической болезни. Статины назначались в 59,47% случаев. Большой популярностью среди врачей пользуются препараты аторвастатина (57,0%).

**Выводы:** 1. В целом, структура назначений гипотензивных препаратов соответствует рекомендациям. 2. Недостатками фармакотерапии явилось недостаточное применение органопротективных доз лекарственных средств и редкое использование фиксированных комбинаций.

**076 АТЕРОСКЛЕРОЗ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ В РАЗВИТИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.

ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск ОАО “РЖД”, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучение распространенности атеросклероза (АС) среди организованной популяции железнодорожников Западной Сибири с выявленной артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Одномоментное выборочное клинико-эпидемиологическое исследование железнодорожников в возрасте 20–65 лет (7676 чел. – случайная выборка) со стандартным измерением АД и оценкой АГ по критериям ВОЗ, МОАГ (1999), антропометрия, липиды и сахар крови, ЭКГ, ЭхоКГ, креатинин сыворотки крови. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БА) и артерий нижних конечностей (АНК) на ультразвуковом сканере ATL HD 5000 и Philips SONO ST 5000 у 1431 чел. (мужчин и женщин) с АГ ( $\geq 140/90$  мм рт.ст.) – случайная выборка из 3646 респондентов с выявленной АГ. Мужчины составили 51%, женщины –

49%. Критерии диагностики АС: повышение эхоструктуры комплекса “интима-медиа”, ее утолщение свыше 1,0–1,9 мм (начальные проявления АС); наличие пристеночных и гемодинамически незначимых атером различной эхоструктуры (утолщение “интимы-медиа” более 2 мм), наличие атеросклеротических бляшек.

**Результаты.** Распространенность АГ среди железнодорожников Западной Сибири зарегистрирована в 47,5% случаев (у мужчин – 50,8%, у женщин – 44,5%,  $p < 0,01$ ). Атеросклероз БА и АНК различной степени распространенности и тяжести выявлен у 519 человек с АГ (36,2%). Распространенность АС, сочетанного с АГ, у мужчин составила 22,1%, у женщин 14,1% ( $p < 0,01$ ). АС БА выявлен у 47,3% мужчин и 44,5% женщин с АГ ( $p < 0,05$ ). Распространенность АС БА без АГ среди мужчин составила 24,2%, среди женщин – 28,2% ( $p < 0,05$ ). Начальные проявления АС БА у женщин выявлялись в возрасте 30–39 лет, у мужчин в 40–49 лет ( $p < 0,01$ ). Отмечено превышение (в 2,5 раза) частоты встречаемости осложненной формы АС у мужчин с АГ (28,4%) по сравнению с женщинами с АГ (11,5%), ( $p < 0,01$ ), среди которых преобладали машинисты и помощники машинистов, работающих в условиях высокого профессионального риска («рабочий стресс»). Осложненная форма АС АНК (АС+стеноз, АС+аневризма) в 2,5 раза чаще встречались у мужчин того же возраста, чем у женщин ( $p < 0,01$ ). Так как одной из причин АГ может служить атерома в области каротидного синуса, АС АНК способствует повышению периферического сосудистого сопротивления, что, в свою очередь, опосредованно приводит к повышению АД и, следовательно, артериальной гипертензии.

**Заключение.** Установлена высокая частота мультифокального атеросклеротического поражения сосудов при АГ (различной локализации и степени тяжести) среди железнодорожников Западной Сибири. Диагностированные у лиц с АГ атеросклероз БА и АНК, вероятно, следует рассматривать, как ФР АГ и наоборот.

Таким образом, атеросклероз и артериальная гипертензия – это звенья одной цепи в развитии мультифокального поражения сосудов и их осложнений.

## 077 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – НЕЗАВИСИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)

*Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.*

ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Дорожная клиническая больница ОАО “РЖД”, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучение распространенности АГ и ГЛЖ, “изолированной” и в сочетании с АГ среди железнодорожников Западной Сибири.

**Материал и методы.** Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование железнодорожников (мужчин и женщин) в возрасте 20–65 лет с применением стандартных методов по критериям ВОЗ, МОАГ (1999 г.). Обследовано 7676 чел. (выборка 70%). Отклик 89%. Средний возраст 41,5 лет. I этап: (скрининг) – стандартный опрос “Автоинтервьюирование”, 3-кратное стандартное измерение АД, антропометрия. II этап: определение общего ХС, триглицеридов, ХС ЛПВП, сахара крови, толерантности к глюкозе. ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях (Миннесотский код). Эхокардиография (ЭхоКГ), доплерография брахиоцефальных артерий и периферических сосудов (дуплексное сканирование), глазное дно. Критерии АГ (ВОЗ, МОАГ, 1999 г.): АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. ЭКГ критерии ГЛЖ: индекс Соколова – Лайона ( $SVI - RV5 \setminus RV6 > 35$  мм), ЭхоКГ критерии ГЛЖ: ИММ ЛЖ у мужчин  $> 134$  г/м<sup>2</sup>, у женщин  $> 110$  г/м<sup>2</sup>. Исследовались

варианты геометрической модели ЛЖ при ГЛЖ, ассоциированной с АГ (концентрическое моделирование, концентрическая и эксцентрическая гипертрофия миокарда).

**Результаты.** Распространенность АГ установлена в 47,5% случаев: у мужчин – 50,8%, у женщин – 44,5% ( $p < 0,01$ ). АГ (I) выявлена в 69,8% случаев, АГ (II) – в 22,5%, АГ (III) – в 5%. С нарастанием возраста, как у мужчин, так и у женщин, увеличивается частота выявления АГ. Однако, в возрасте 20–29 и 30–39 лет у мужчин АГ встречалась достоверно чаще, чем у женщин, а в 50 лет и более – чаще у женщин. Изолированная систолическая АГ (ИСАГ) выявлена в 36,8%, в основном в возрасте  $> 55$  лет. В половине случаев (59%) респонденты не знали о повышенном у них АД, только 29% с АГ получали гипотензивную терапию. По ЭКГ “изолированная” ГЛЖ диагностирована у 13% респондентов, среди лиц с АГ в 33,5%. ЭхоКГ-метод выявил ГЛЖ в 16% случаев. У лиц с АГ – ГЛЖ при ЭхоКГ диагностирована в 44,7% ( $p < 0,01$ ). Среди вариантов геометрической модели ГЛЖ преобладала концентрическая форма (46,7%) у лиц с АГ. Концентрическое ремоделирование диагностировано в 28,7% случаев, эксцентрическая гипертрофия в 24,5% ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:** Установлена неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с АГ и ГЛЖ среди железнодорожников Западной Сибири. Результаты исследований показали высокую распространенность “изолированной ГЛЖ”, как независимого фактора риска сердечно-сосудистых осложнений и внезапной смерти.

Цель лечения больного с АГ – максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, которое предполагает не только снижение АД, но и коррекцию выявленных ФР. Помимо снижения АД, основной целью антигипертензивной терапии должна быть регрессия ГЛЖ, уменьшение массы миокарда.

## 078 ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Лысоченко А. Б., Осипова И. В., Антропова О. Н., Тавровская Т. В., Тимофеев А. В.*

КГБУЗ “Городская больница № 1”, Алтайский государственный медицинский университет, кафедра факультетской терапии, Барнаул, Россия

**Цель:** оценить частоту госпитализированных пациентов в экстренное кардиологическое отделение с фибрилляцией предсердий (ФП), возникшей на фоне употребления алкоголя (АлкФП). Среди этих пациентов оценить влияние алкоголя на внутренние органы.

**Материал и методы:** в течение 2012 года наблюдались пациенты, госпитализированные с АлкФП. У данной группы пациентов проводилось общеклиническое обследование, забор лабораторных анализов, тестирование на выявление депрессии и алкоголизма (тест на алкоголизм ВОЗ, шкала депрессии Бека).

Критерии исключения: установленная ранее постоянная ФП, плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), ФП на фоне острого коронарного синдрома, а также – пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации. Исключены пациенты с установленной ранее тяжелой хронической патологией внутренних органов, проявляющейся недостаточностью функции.

**Результаты:** в кардиологическое отделение за 2012 год госпитализировано 1273 пациента с ФП. Из них – 53 пациента с АлкФП (4,1%). 23 пациента (43%) госпитализированы в состоянии алкогольного опьянения (обнаружение этилового спирта в анализе крови и/или мочи на алкоголь). У 49 пациентов (92%) – по результатам лабораторных анализов выявлены отклонения показателей от нормы. Из них: тромбоцитопения у 11% пациентов, увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов (СКОЭ, MCV) – 11%, повышение активности гаммаглутамилтрансферазы – 49%, повышение трансаминаз – 75%, гипербилирубинемия – 26%, повышение щелочной фосфатазы – 20%, гипертриглицеридемия

и гиперхолестеринемия — 38% и 36%, соответственно. Электролитные нарушения (гипокалемия и гипомagneмизм 36%–30%, соответственно), гиперазотемия — 20%.

По результатам эхокардиографии выявлено расширение полостей сердца и снижение сократительной способности миокарда у 77% пациентов с АлкФП.

При проведении тестирования — симптомы хронического алкоголизма выявлены у 86% пациентов. 84% пациентов находятся в состоянии легкой депрессии, 10% — умеренной и 1% — тяжелой депрессии.

**Выводы.** Среди пациентов, причиной экстренной госпитализации которых явилась пароксизмальная ФП, у 53 пациентов аритмия развилась на фоне употребления алкоголя (4,1%). Из них 43% поступили в состоянии алкогольного опьянения. У 92% пациентов с АлкФП выявлено поражение внутренних органов: алкогольная кардиомиопатия, поражение печени, нарушение жирового обмена («алкогольный метаболический синдром»), нарушение выделительной функции почек и электролитные нарушения. 86% страдают хроническим алкоголизмом, у 95% пациентов выявлены симптомы депрессии.

### 079 30-летнее НаБЛЮДЕНИЕ: выживаемость мужчин в исходном возрасте 40–59 лет с различным статусом сердечно-сосудистых заболеваний

Меньщиков А. А.

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет), Челябинск, Россия

Целью настоящего исследования является изучение функций 30-летней выживаемости в когортах мужчин в исходном возрасте 40–59 лет с артериальной гипертонией, инфарктом миокарда (ИМ) и сочетанием их. Из неорганизованной популяции мужчин в возрасте 40–59 лет Металлургического района г. Челябинска (n=3011 чел., сплошная выборка) случайным образом сформированы, обследованы и включены в 30-летнее наблюдение 4 когорты: здоровые (ЗД—134 чел.), с гипертонической болезнью [Г—142 чел.], перенесенным ИМ [И—141 чел., сочетанием ИМ и ГБ [ИГ—128 чел.]. По возрастной структуре изученные когорты не различались. Динамическое наблюдение когорт больных Г, И, ИГ осуществлялось первичным звеном здравоохранения по III группе диспансерного учета. Отрезными точками периода наблюдения были 0 и 30 лет. Конечной точкой в проспективном наблюдении являлся факт смерти от всех причин. За 10-летний период наблюдения функции дожития в когортах ЗД, Г, И, ИГ составили 0,836; 0,803; 0,617; 0,539, за 20-летний период наблюдения — 0,612; 0,514; 0,248; 0,242, за 30-летний период наблюдения — 0,254; 0,282; 0,078; 0,195, соответственно. Оценка функции выживаемости в когортах проводилась по методу Каплана—Мейера. Через 30 лет наблюдения выживших в когорте ЗД оказалось 34 чел. (24,4%; 95%ДИ 18,0–32,7), в когорте Г—40 чел. (28,8%; 95%ДИ 20,8–35,6), в когорте И—11 чел. (7,8%; 95%ДИ 3,4–12,2), ИГ—25 чел. (12,7%; 95%ДИ 12,7–26,4). Графическое представление функций выживаемости Каплана—Мейера показало расположение кривых выживаемости, приближающееся к параллельному, в когортах ЗД и лиц с ГБ, незначимые ежегодные колебания уровня смертности в когортах ЗД и Г. Кривые функции выживаемости в когортах мужчин И и ИГ имели параллельное расположение в течение первых 15 лет наблюдения. Кривые функций дожития когорт ЗД и Г располагались графически значительно выше кривых функций дожития мужских когорт И и ИГ, что свидетельствует о более высокой смертности в обеих когортах мужчин перенесших ИМ. После 15 лет наблюдения кривая функции выживаемости в когорте мужчин И приобретает форму плато, и на 22-м году наблюдения кривые функции выживаемости в когортах И и ИГ пересекаются. В дальнейшем кривая функции дожития в когорте ИГ располагается выше кривой функции выживаемости когорты И, что свидетельствует о тенденции снижения смертности в когорте ИГ при прежнем уровне

смертности в когорте И. Точечные оценки средних выживаемости в когортах ЗД, Г, И, ИГ составили 21,0 (95%ДИ 19,6–22,5); 19,4 (95%ДИ 17,9–21,0); 13,5 (95%ДИ 12,0–15,0); 12,8 (95%ДИ 11,0–14,6), соответственно, медианы выживаемости — 22,4 (95%ДИ 20,2–24,6); 20,3 (95%ДИ 17,4–23,3); 12,7 (95%ДИ 11,7–13,8); 11,1 (95%ДИ 8,2–14,0), соответственно. Выводы: точечные оценки средних и медианы выживаемости достоверно различались между когортами ЗД и Г и обеими когортами мужчин перенесших ИМ, однако не различались между когортами ЗД и Г, а также между когортами И и ИГ.

### 080 ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Миросниченко А. И.\*, Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г.\*, Курбатова И. И.\*, Аверьянова Е. С.\*

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; \*НУЗ ОКБ на станции Барнаул, Барнаул, Россия

**Цель:** выявить предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у работников локомотивных бригад с артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** Проведено обследование 204 мужчин — машинистов и помощников машинистов, средний возраст 44,2±3,8 лет, с профессиональным стрессом (II модель по Karasek-Theorell). 1-ую группу составили лица с нефатальными ССО (n=50, средний возраст 46,0±5,3 лет); 2 группу — 154 человека без ССО (n=154, средний возраст 44,2±4,1 лет). В обеих группах проведен ретроспективный анализ основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, ЧСС в покое, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) за пятилетний период на основе данных ежегодного диспансерного наблюдения.

**Результаты.** Лица с ССО по сравнению со 2-й группой курили в 1,3 раза чаще ( $\chi^2=4,34$ ;  $p=0,04$ ) и имели отягощенный СС анамнез в 2 раза чаще ( $\chi^2=7$ ;  $p=0,008$ ). За 5 лет до развития ССО в 1-ой группе по сравнению со 2-й на 35% чаще определялась гиперхолестеринемия ( $p<0,0001$ ) и в 3 раза чаще встречалось увеличение ТИМ ( $p=0,05$ ). За год до развития ССО в 1-й группе по сравнению со 2-й частота повышенного диастолического давления встречалась чаще в 7,5 раз ( $p<0,0001$ ), тахикардия покоя выявлялась в 4 раза чаще ( $p<0,0001$ ), увеличение ТИМ — в 2,2 раза чаще ( $p=0,0002$ ). При изучении ФР за пять лет в 1-й группе отмечена динамика по следующим ФР: частота ДАД>90 возрастала на 52% ( $p=0,0001$ ), ЧСС>80 увеличивалась на 34% ( $p=0,0001$ ), частота ГЛЖ встречалась чаще в 2 раза ( $p=0,004$ ), ТИМ>0,9 определялась на 40% чаще ( $p=0,02$ ), гиперхолестеринемия снижалась в 1,3 раза ( $p=0,04$ ). Во 2-й группе за пятилетний период выявлялась следующая динамика: частота ДАД>90 уменьшалась в 1,8 раз ( $p=0,02$ ), частота ГЛЖ увеличивалась в 2 раза ( $p=0,03$ ), ТИМ>0,9 возрастала на 13,4% ( $p=0,005$ ).

По результатам логит-регрессионного анализа предикторами развития ССО на протяжении исследования явились: курение (OR 0,38,  $p=0,04$ ), отягощенный СС анамнез (OR 0,3,  $p=0,008$ ), гиперхолестеринемия (OR 0,005,  $p<0,0001$ ) и ТИМ>0,9 (OR 0,2,  $p<0,0001$ ). Кроме того за 5 лет до возникновения ССО имели значение гипертриглицеридемия (OR 3,6,  $p=0,004$ ) и ГЛЖ (OR 7,9,  $p=0,03$ ). А за 1 год до ССО значимо влияли на развитие осложнений САД>140 (OR 0,4,  $p=0,003$ ), ДАД>90 (OR 0,0008,  $p<0,0001$ ), ЧСС>80 (OR 0,004,  $p<0,0001$ ) и наличие атеросклеротической бляшки (OR 0,3,  $p=0,03$ ).

**Выводы.** Ведущими предикторами развития ССО у лиц с артериальной гипертонией и профессиональным стрессом на протяжении 5 лет являются: курение, отягощенный СС анамнез, гиперхолестеринемия и ТИМ>0,9. А за год до развития ССО присоединяются САД>140, ДАД>90, ЧСС>80 и наличие атеросклеротической бляшки.

## 081 ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ, СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ И РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ В Г. НОВОСИБИРСКЕ

Панов Д. О.

ФГБУ Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель.** Определить влияние депрессии (Д) на относительный риск развития инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта в открытой популяции среди женщин 25–64 лет в течение 16 лет.

**Материал и методы.** В рамках программы ВОЗ “MONICA-psycho-social” (MOPSY) в 1994 г. была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет (n=870), жителей одного из района г. Новосибирска. Д была изучена при помощи теста “MOPSY”. В течение 16 – летнего периода (1994–2010 гг.) в когорте исследовали все впервые возникшие случаи инсульта. Для оценки относительного риска развития инсульта использовали регрессионную модель Кокса.

**Результаты.** Распространенность Д среди женщин 25–64 лет составила 55,2%. С увеличением уровня Д снижается положительная самооценка здоровья и эти лица почти в 100% случаев имеют жалобы на свое здоровье, но заботу о своем здоровье считают недостаточной. У женщин с большой Д (БД) значительно распространены отрицательные поведенческие привычки: курение и безуспешные попытки отказаться от него; низкая физическая активность, они реже соблюдают диету. При БД высок уровень стресса на рабочем месте и в семье. В течение 16 лет относительный риск развития инсульта был в 4,63 раз (95% ДИ=1,03–20,89; p<0,05) выше у женщин с Д, чем без нее. отмечены тенденции увеличения частоты развития инсульта среди замужних женщин со средним образованием в категории “руководитель”, “работница физического труда”.

**Заключение.** Распространенность Д среди женщин 25–54 лет составила более 50%. При большой Д значительно распространены: стресс на рабочем месте и в семье; отрицательные поведенческие привычки и самооценка своего здоровья, жалобы на него. В течение 16 лет относительный риск развития инсульта в 4,63 раз выше у женщин с Д, чем без нее.

## 082 ВОЗМОЖНОСТИ МОНИТОРИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПОМОЩЬЮ ОРИГИНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ШКАЛ (SCORE, PROCAM, FRAMINGHAM) В КРУПНОМ ИНДУСТРИАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Печерина Т. Б.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

ГБОУ ВПО “Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России Российской Федерации”, Кемерово, Россия

**Цель:** разработать и апробировать авторскую информационную систему комплексного прогнозирования сердечно-сосудистого риска, созданную на основе прогностических шкал SCORE, PROCAM, FRAMINGHAM.

**Материал и методы:** в исследование включено 336 условно здоровых пациентов, обратившиеся к терапевту по поводу профессионального осмотра. Медиана возраста пациентов составила 41,0 (21,0; 61,0) год. Половой состав обследован-

ных: мужчины – 140 (42%), женщины – 196 (58%). Проводилось выявление основных анамнестических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, измерялись антропометрические и гемодинамические показатели. Натощак определялись уровни глюкозы, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) с помощью экспресс-анализатора “CardioChek” (США). По итогам проведенного обследования, производился расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по трем прогностическим шкалам для каждого пациента (SCORE, PROCAM, FRAMINGHAM) с помощью оригинальной запатентованной электронной программы.

**Результаты:** у большинства обследованных во всех возрастных группах выявлена высокая распространенность основных факторов сердечно-сосудистого риска: артериальная гипертензия выявлена у 46% (n=153) пациентов, гиперхолестеринемия и дислипидемия выявлена у 82% (n=273) обследованных. Концентрации ОХС, ЛПНП, ТГ достоверно возрастали, а ЛПВП – убывали с увеличением возраста обследуемых. Для расчета сердечно-сосудистого риска по шкалам SCORE, PROCAM, FRAMINGHAM, использовалась разработанная авторами программа для ЭВМ “Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний” – авторское свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2012612068. Прогностические шкалы показали различную чувствительность в стратификации условно здоровых добровольцев. Так, согласно модели SCORE низкий риск встречался у 74% (n=248) обследуемых, а высокий риск – у 26% (n=88). В то же время согласно шкале PROCAM низкий сердечно-сосудистый риск выявлялся у 46% (n=154), а высокий – 54% (n=182) обследуемых. Шкала FRAMINGHAM показала схожую с PROCAM чувствительность: низкий риск выявлен у 53% (n=178), а высокий риск – в 47% (n=158) условно здоровых работников.

**Выводы.** Наибольшую чувствительность в выявлении пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском показали шкалы PROCAM и FRAMINGHAM. Объективный мониторинг индивидуального сердечно-сосудистого риска у условно “здоровых” жителей крупного индустриального центра позволит вовремя начать профилактику и коррекцию основных модифицируемых факторов риска.

## 083 СТРАДАЕТ ЛИ КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Портнова Е. В.

ГБУЗ Областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Социально значимые неинфекционные заболевания (НИЗ) оказывают негативное влияние на демографические показатели и приводят к глобальным социально-экономическим потерям развитых государств мира.

В Российской Федерации, как и во всех развитых странах мира, среди НИЗ особое внимание заслуживают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), вклад которых в общую смертность населения в 2006 г. составил 57%.

По прогнозам экспертов, к 2020 г. вклад этих заболеваний в общую смертность населения мира будет составлять 73%.

Среди сердечно-сосудистой патологии артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных заболеваний. Её осложнения, в первую очередь, мозговой инсульт, инфаркт миокарда, деменция являются основной причиной смерти и инвалидности населения трудоспособного возраста.

Во всем мире заболеваемость АГ растет. Согласно данным NHANES, этот показатель среди американцев увеличился с 50 млн (1988–1994) до 65 млн (1999–2004). Считается, что распространенность гипертензии к 2025 г. достигнет показателя в 1,5 млрд человек (в 2000 г. этот показатель оценивался в 1 млрд).

Учитывая выше изложенную тенденцию, актуальность профилактики цереброваскулярных осложнений гипертонической болезни у лиц трудоспособного возраста, в настоящее время высока.

**Цель.** Выявить распространенность когнитивных нарушений у пациентов с гипертонической болезнью трудоспособного возраста.

**Материал и методы.** В исследовании использовались данные 31 пациента обоего пола с гипертонической болезнью, верифицированной по критериям ВОЗ/МОГ, 1999; ЕОГ/ЕОК 2007 и 2009 гг. с учетом Российских рекомендаций (четвертого пересмотра, 2010) без сопутствующей сердечно-сосудистой и церебральной патологии. А также исключались все факторы, влияющие на когнитивную функцию. Возраст пациентов был от 45 до 62 лет, в среднем  $53,8 \pm 4,3$  года. 1–2 степени повышения АД, среднее САД  $-144 \pm 12,3$ , ДАД  $-85 \pm 6,7$  мм рт.ст. Длительность гипертонии  $-6,4 \pm 1,5$ , ИМТ  $-27,9 \pm 2,1$ .

Для контроля использовалась группа из 26 здоровых человек. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, весу. Все пациенты по тесту MMSE имели более 24 баллов, что показывает отсутствие деменции в исследуемых группах. Сравнение проводилось по тесту Мока (Монреальская шкала оценки когнитивных функций).

**Результаты.** При обследовании пациентов обеих групп было выявлено достоверное отличие ( $p < 0,05$ ) по результатам Мока-теста. В основной группе отмечалось снижение показателя  $24 \pm 2,1$ , в контрольной группе  $-28 \pm 2,8$  с чувствительностью метода 90%.

**Вывод.** Монреальская когнитивная шкала пригодна для выявления не только грубых нарушений когнитивной функции, но и додементных форм этого расстройства, т. е. на ранних этапах заболевания.

По данным нашего исследования, пациенты с гипертонической болезнью II стадии, трудоспособного возраста с анамнезом гипертонии более 5 лет имеют нарушение когнитивной функции.

#### 084 ВКЛАД НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОКАЗАТЕЛЬ СУММАРНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СМЕРТИ У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ

Пушкарев Г. С., Акимова Е. В., Кузнецов В. А.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Тюмень, Россия

**Цель:** изучение вклада некоторых конвенционных и неконвенционных факторов риска (ФР) в показатель суммарного риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в мужской популяции города Тюмени.

**Материал и методы.** Для этого в 1996 году было проведено эпидемиологическое исследование стандартными методами на основе репрезентативной выборки из избирательных списков граждан города Тюмени 25–64 лет в количестве 1000 человек. Отклик составил 79,5%. В течение последующих 12 лет вся обследованная мужская когорта (795 мужчин) была подвергнута изучению на предмет анализа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по международной классификации МКБ-10. Всего за 12 лет наблюдения было зарегистрировано 85 смертей от ССЗ в когорте среди мужчин.

Для оценки связи между факторами риска и смертностью от ССЗ использовали регрессионную модель пропорционального риска Кокса. Определяли коэффициенты регрессионного уравнения  $\beta$  и относительный риск (ОР). В качестве показателя суммарного риска, обусловленного всеми входящими в модель значимыми переменными, использовали прогностическую шкалу  $X\beta$ , которую вычисляли как:

$X\beta = X_1\beta_1 + X_2\beta_2 + \dots + X_n\beta_n$ , где  $X$  – значение переменных,  $\beta$  – регрессионные коэффициенты этих переменных вычи-

сленные в модели Кокса. Коэффициенты  $\beta$  включались в шкалу на уровне значимости  $p < 0,1$ .

**Результаты.** Анализовали связи между смертностью и 13 факторами: возрастом, образованием, профессиональной принадлежностью, брачным статусом, систолическим и диастолическим артериальным давлением (САД и ДАД), индексом массы тела, содержанием в плазме крови общего холестерина (ОХ), триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности, статусом курения, наличие диагноза ИБС и АГ в начале наблюдения. В модели, построенной для смертности от ССЗ, прогностически значимыми оказались 5 факторов на уровне значимости  $p < 0,05$ : возраст, уровень образования, занятость в сфере тяжелого физического труда, брачный статус, величина ДАД, и 1 фактор на уровне значимости  $p < 0,1$ : величина ОХ в плазме крови. На основании этих данных была рассчитана величина суммарного риска смерти от ССЗ за 12 лет для каждого обследованного мужчины (индивидуальный риск).

Для оценки значений показателя суммарного риска смерти от ССЗ на популяционном уровне был проведен квантильный анализ. В результате сопоставления показателей смертности от ССЗ в квантилях распределения значений суммарного риска со среднепопуляционным риском смерти от ССЗ, можно ранжировать мужчин по степеням популяционного риска. Так, показатель смертности от ССЗ у мужчин, отнесенных по значению суммарного риска к первой квантилю (1,01 случая смерти на 1000 ЧЛН), был статистически значимо ниже ( $p = 0,0004$ ), чем среднепопуляционный показатель (8,96 на 1000 ЧЛН), следовательно, таких мужчин следует отнести к категории низкого риска смерти от ССЗ. Показатели смертности от ССЗ у мужчин, отнесенных по значению суммарного риска ко 2–4 квантилям, статистически значимо не отличались от средне популяционного показателя, и составили 6,23, 6,76, 6,30 случая на 1000 ЧЛН. Таких мужчин можно отнести к категориям среднего риска. Показатель смертности от ССЗ у мужчин, отнесенных по значению суммарного риска к 5 квантилю, в 3 раза превышал среднепопуляционный показатель и составил 26,1 случая на 1000 ЧЛН ( $p < 0,0001$ ), следовательно, таких мужчин следует отнести к категории высокого риска смерти от ССЗ.

**Заключение.** Таким образом, у мужчин 25–64 лет города Тюмени прогностически значимыми оказались 6 факторов (возраст, уровень образования, занятость в сфере тяжелого физического труда, брачный статус, величина ДАД и величина ОХ в плазме крови). Рассчитанный на основании этих факторов показатель суммарного риска позволяет определить 12-летний риск смерти от ССЗ у мужчин 25–64 лет города Тюмени, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

#### 085 ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ребров А. П., Оксеньчук А. Н., Патрикеева Д. А.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

**Цель.** Оценить встречаемость ХБП и сердечно-сосудистой патологии у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД).

**Материал и методы.** В исследовании включены 100 больных с достоверным диагнозом ССД и 118 больных СКВ, находившиеся на лечении в Областной клинической больнице г. Саратова с 2009 по 2010 гг. Среди пациентов с ССД женщины составили 93%, средний возраст пациентов – 51 [41;56] год. Среди больных СКВ женщины составили 97,5%, средний возраст больных 41,6 [31;51] год. У большинства пациентов ССД диагностировано хроническое течение – у 79% больных, подострое – у 19%, острое – у 2% больных. Активность ССД оценивали с помощью индекса Valentini (European Scleroderma

Study Group, 2001). I степень активности установлена у 59% пациентов, II степень – у 33%, III – у 8% больных. Активность пациентов с СКВ определена с помощью шкалы SLEDAI 2K, средний балл составил 18 [18–24]. По течению заболевания пациенты с СКВ распределены следующим образом: у 68,8% – хроническое течение, у 15,3% – подострое, у 13,5% больных – острое.

**Результаты.** При анализе ассоциаций СКФ с особенностями ССД выявлена значимая взаимосвязь между СКФ и возрастом ( $z = -0,56$ ,  $p < 0,001$ ), индексом активности заболевания Valentini ( $z = -0,23$ ,  $p = 0,02$ ), уровнем систолического давления в легочной артерии (СДЛА) ( $z = -0,31$ ,  $p = 0,003$ ), уровнем холестерина сыворотки крови ( $z = -0,28$ ,  $p = 0,02$ ). У пациентов с СКВ так же обнаружены взаимосвязи между СКФ и возрастом ( $z = -0,499$ ;  $p = 0,0001$ ), титром АТ к ДНК ( $z = -0,309$ ;  $p = 0,002$ ), уровнем общего холестерина ( $z = -0,299$ ;  $p = 0,004$ ), наличием артрита ( $z = -0,272$ ;  $p = 0,006$ ), АГ ( $z = -0,366$ ;  $p = 0,0002$ ), ИБС ( $z = -0,212$ ;  $p = 0,03$ ), дозой принимаемых глюкокортикостероидов ( $z = -0,312$ ;  $p = 0,001$ ), проведением пульс терапии глюкокортикостероидами ( $z = -0,235$ ;  $p = 0,019$ ). Наличие ХБП (K/DOQI, 2007) установлено у 88% пациентов с ССД и у 83% больных с СКВ. Проведен анализ частоты встречаемости снижения СКФ в зависимости от наличия либо отсутствия сердечной патологии у пациентов с системными заболеваниями. При наличии ИБС у пациентов с системными заболеваниями выявлено достоверное снижение СКФ:  $58,42 \pm 13,5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> при наличии ССД ( $p < 0,001$ );  $37,8$  мл/мин. [36,3;64] при наличии СКВ, ( $p = 0,013$ ). Наличие АГ у пациентов с СКВ и ССД ассоциировано со снижением СКФ: у больных с ССД она снижается до  $69,97 \pm 16$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, ( $p = 0,003$ ); у больных СКВ СКФ снижается до  $57,5$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> [42,65; 66,39], ( $p = 0,002$ ).

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости ХБП у пациентов с ССД и СКВ, наличии ассоциации между снижением СКФ и поражением сердечно-сосудистой системы.

## 086 ДИЗАЙН И ОБОСНОВАНИЕ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Романенко Т. С., Коцеева А.В., Фитилев С. Б.<sup>1</sup>

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России, Москва; <sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «РУДН», Москва, Россия

Анализ фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических аспектов антигипертензивной терапии (АГТ) в условиях реальной амбулаторной практики является эффективным подходом к оптимизации лечения артериальной гипертензии (АГ) в России.

**Цель:** провести фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ медикаментозной терапии, назначаемой в течение 6 месяцев амбулаторным пациентам с АГ в условиях специализированного кардиологического лечебно-профилактического учреждения.

**Материал и методы.** Исследование по фармакоэпидемиологическому и фармакоэкономическому анализу реальной практики лечения АГ включает два этапа. На первом этапе проведено формирование первичной выборки участников исследования путем включения в исследование всех пациентов с АГ, впервые обратившихся в специализированное кардиологическое учреждение с последующим заполнением специально разработанных анкет по данным амбулаторных карт. В анкеты вносились паспортные данные, клинический диагноз, сведения о факторах риска, длительности АГ и о ранее проводимой медикаментозной коррекции АД, результаты лабораторно-инструментальных обследований, а также информация о рекомендованной кардиологом тера-

пии АГ. Всего в исследование включено 1769 пациентов. Второй этап представлял собой телефонный опрос через 6 месяцев после первичного приема с заполнением опросников, содержащих блоки вопросов о проводимой на момент опроса терапии по коррекции АГ, об эффективности АГТ, об удовлетворенности пациента проводимой терапией и определяющих ее факторах. Общее число опрошенных составило 1420 человек (отклик 80,3% от первоначальной выборки).

В настоящее время проводится статистическая обработка результатов. В ходе проведения фармакоэпидемиологического анализа будет определена структура назначения АГТ пациентам, впервые обратившихся в кардиологический диспансер. Предполагается определение эффективности коррекции АД в целом и в зависимости от характера проводимой терапии, наличия у пациента факторов сердечно-сосудистого риска, сопутствующей патологии, а также особенностей социальной ситуации. Динамическая оценка АГТ продемонстрирует реальную приверженность пациентов к соблюдению полученных рекомендаций кардиолога и позволит выявить основные причины изменения схемы лечения или отказа от приема препаратов. Фармакоэкономический анализ позволит оценить экономическую эффективность лечения АГ в реальной практике с учетом характеристик пациентов, приверженности к лечению и других факторов.

**Результаты** исследования позволят выявить эффективные схемы АГТ, которые в реальной клинической практике будут характеризоваться приверженностью пациентов и экономическим эффектом и рекомендовать их для широкого назначения.

## 087 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПОРАЖЕННЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАСЕЙНОВ

Федорова Н. В., Безденежных А. В., Сумин А. Н.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Атеросклероз остается одной из актуальных проблем в современной медицине. К тому же, атеросклероз является системным заболеванием, поэтому в значительной части случаев поражение не ограничивается одним сосудистым бассейном. В настоящее время особое внимание уделяется мультифокальности атеросклероза. По данным международного регистра REACH примерно у 20% пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), ишемической болезнью мозга и атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей имеются симптомы атеротромбоза более чем в одном сосудистом бассейне, а примерно у 2% больных симптомы имеются во всех 3 бассейнах. Также по результатам данного регистра пациенты с клиническими проявлениями атеросклероза любого бассейна (коронарный, периферический, церебральный) имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, чем пациенты без его клинических проявлений, но с наличием множественных факторов риска. Кроме того, важно отметить, что наличие атеросклеротического поражения одного из сосудистых бассейнов является фактором риска развития поражения другого бассейна. Поэтому выявление атеросклеротического поражения одного из сосудистых бассейнов является указанием на необходимость тщательного обследования других бассейнов. Считается, что оценивая степень стенозов внекардиальных артерий, можно прогнозировать не только тяжесть коронарного атеросклероза но и оценивать общий риск развития летальных сосудистых осложнений, поэтому существует необходимость выявления и изучения субклинического мультифокального атеросклероза (МФА) у больных ИБС.

**Цель** – оценить клинические особенности пациентов с ИБС, подвергшихся коронарному шунтированию, в зависи-



мости от количества пораженных атеросклерозом артериальных бассейнов.

**Материал и методы.** С марта 2011 г по март 2012 г. в НИИ КПССЗ проводился Регистр коронарного шунтирования (КШ). В рамках данного регистра обследовано 710 (566 мужчин, средний возраст  $59,1 \pm 8,6$  лет) последовательных пациентов, подвергшихся КШ в течение года. Всем больным была выполнена коронароангиография и доплеровское ультразвуковое исследование экстракраниальных артерий и артерий нижних конечностей. Учитывая полученные данные всех пациентов разделили на 3 группы в зависимости от количества пораженных артериальных бассейнов. Первая группа – пациенты с поражением одного бассейна (коронарного)  $n=395$ , вторая группа – пациенты у которых поражены 2 артериальных бассейна ( $n=229$ ) и третья группа – пациенты с поражением трех бассейнов ( $n=86$ ). Критерием поражения артериального бассейна считали наличие стеноза 30% и более или проведенная ранее процедура реваскуляризации. Группы сравнивались по клинико-anamnestическим, антропометрическим, лабораторным и инструментальным показателям. Оценивалось лечение пациентов на догоспитальном и дооперационных этапах. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft). Нормальность распределения признаков исследовалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Признаки с распределением отличным от нормального сравнивались по критерию Краскела-Уолиса и Манна-Уитни (данные представлены в виде среднего значения  $\pm$  ошибка среднего). Качественные признаки сравнивались с помощью критерия хи-квадрат с поправкой Йетса.

**Результаты.** Пациенты с поражением двух ( $60,5 \pm 7,6$  лет) и более артериальных бассейнов ( $61,6 \pm 7,4$  лет) старше пациентов с поражением только коронарного русла ( $57,7 \pm 8,2$  лет;  $p < 0,01$ ), но между пациентами с двумя и тремя пораженными бассейнами разница в возрасте не выявлена ( $p=0,29$ ). Отмечено также, что пациенты третьей группы имеют меньший ИМТ ( $26,5 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>) чем пациенты второй ( $27,9 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>) и первой ( $28,3 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>) групп ( $p < 0,05$ ). Выявлено что при наличии МФА у пациентов уровень ЛПВП ниже ( $p=0,05$ ). У пациентов с поражением двух бассейнов в 23 (10%) случаях в анамнезе отмечалось острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), что достоверно больше чем у пациентов с поражением только коронарных артерий (в 13 (3,3%) случаях;  $p < 0,01$ ) и пациентов с поражением трех бассейнов (в 17 (19,8%) случаях;  $p=0,02$ ). В группе пациентов с наличием только ИБС 28 (7,1%) пациентов подвергались чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) в разные сроки до оперативного вмешательства, что достоверно больше чем в группе с поражением трех сосудистых бассейнов ( $n=12$  (14%);  $p=0,04$ ), но не отличалось от количества выполненных ЧКВ в группе с поражением двух бассейнов ( $n=23$  (10%);  $p=0,19$ ). На дооперационном этапе пациенты всех трех групп получали стандартную медикаментозную терапию. Однако на догоспитальном этапе пациенты второй ( $n=91$  (39,7%);  $p=0,04$ ) и третьей групп принимали статины реже ( $n=35$  (40,7%);  $p=0,21$ ). Различий по приему статинов между второй и третьей группами не выявлено ( $p=0,88$ ).

**Вывод.** У больных ИБС перед операцией КШ МФА встречается в 44,4% случаев. Больные с МФА старше, имеют более выраженную дислипидемию и реже принимают статины по сравнению с больными с поражением только коронарных артерий. Наличие более выраженной дислипидемии и недостаточной медикаментозной терапии у больных МФА свиде-

тельствует о недостаточном внимании к данной категории больных.

## 088 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Хохлов А. Л.\**, *Сироткина А. М.\**, *Могутова И. С.\*\**, *Дряженкова И. В.\*\**, *Воронина Е. А.\*\**, *Рыбачкова Ю. В.\**, *Царева И. Н.\*\**, *Лимонова О. А.\*\**

\*ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия МЗ РФ, Ярославль; \*\*НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО “РЖД”, Ярославль, Россия

Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания продолжают оставаться главной причиной смертности в мире. Прогрессирование артериальной гипертензии (АГ) и ее осложнений связано с воздействием различных факторов риска (ФР), модификация которых приводит к снижению скорости прогрессирования изменений в органах-мишенях и числа сердечно-сосудистых катастроф. Однако нередко прогрессирование АГ наблюдается при целевом контроле артериального давления (АД) и при отсутствии традиционных ФР. В этой связи в настоящее время многочисленные исследования направлены на определение диапазона генов как возможных дополнительных ФР развития и прогрессирования АГ.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение распространенности полиморфных вариантов генов, отвечающих за развитие и прогрессирование АГ.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе НУЗ “Дорожная клиническая больница на станции Ярославль ОАО “РЖД”, ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия МЗ РФ в 2011–2012 гг. В исследование включены 298 пациентов с АГ (220 мужчин и 78 женщин) в возрасте от 36 до 70 лет.

Изучение полиморфизмов генов проводили методом ПЦР в реальном времени при помощи амплификатора IQ 5 (фирма Bio-Rad) с использованием набора реагентов “SNP-экспресс”

**Результаты.** Выявлены следующие полиморфизмы генов: AGT: 704- мутация гомозигота у 74 человек (24,8%), гетерозигота – у 156 (52,3%), AGT: 521- мутация гомозигота у 9 человек (3%), гетерозигота – у 89 (29,9%), AGTR1: 1166- мутация гомозигота у 12 человек (4%), гетерозигота – у 113 (37,9%), AGTR2: 1675- мутация гомозигота у 104 человек (34,9%), гетерозигота – у 51 (17,1%), а также полиморфизмов генов: альфа-аддуктина ADD1: 378 – мутация гомозигота у 5 человек (1,7%), гетерозигота – у 82 (27,5%), цитохром P450 CYP11B2: –344- мутация гомозигота у 94 человек (31,5%), гетерозигота – у 141 (47,3%); GNB3: 825- мутация гомозигота у 24 человек (8,1%), гетерозигота – у 120 (40,3%); NOS3: –786- мутация гомозигота у 113 человек (38,0%), гетерозигота – у 143 (48,1%), и NOS3: 894 мутация гомозигота у 21 человек (7,1%), гетерозигота – у 108 (36,4%).

**Выводы:** достаточно частая встречаемость полиморфизма анализируемых генов (мутации гомозиготы от 2 до 38% и гетерозиготы от 17 до 52%) у пациентов с АГ может рассматриваться дополнительным фактором стратификации риска и аргументом для проведения фармакогенетического тестирования с целью персонализированного подбора антигипертензивной терапии.

### III. ПРОФИЛАКТИКА. ФАКТОРЫ РИСКА

#### 089 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

*Агафонова Т. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Тарасов В. А.*  
ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Минздрав России, Пермь, Россия

**Цель:** изучение распространенности интегральных факторов риска у работников промышленных предприятий разных возрастных групп с применением системы автоматизированного медицинского профилактического обследования.

**Материал и методы.** Обследовано 381 человек, работающих на промышленных предприятиях г. Пермь и г. Н. Тагил, из них 194 мужчин (средний возраст  $39,2 \pm 0,5$  лет), 187 женщин (средний возраст  $39,4 \pm 0,5$  лет). Мужчин старше 40 лет было 108 чел., женщин 100 чел. Критерии исключения: наличие острых и обострений хронических заболеваний, профвредностей на момент исследования. Обследуемым проведен общий врачебный осмотр и исследование с помощью программы «Система автоматизированного медицинского профилактического обследования (САМПО)» (Головской Б. В., Ховаева Я. Б., Тарасов В. А., свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2001611516, Москва, 2001, «Роспатент»).

**Результаты.** При анализе распространенности интегральных факторов риска в группах мужчин и женщин в зависимости от возраста можно отметить, что частота встречаемости лиц с избыточным весом в группе до 40 лет одинакова у мужчин и женщин и составляет 21%. В возрастной группе старше 40 лет частота встречаемости лиц с избыточным весом среди женщин составляет 34%, среди мужчин – 14% ( $p=0,02$ ). Частота встречаемости курения в группе мужчин 64%, в группе женщин – 20% ( $p=0,000$ ). Такой фактор риска как гиподинамия встречается чаще в группе женщин – 82%, против 63% в группе мужчин ( $p=0,000$ ). Количество лиц, ведущих здоровый образ жизни, в группах мужчин и женщин одинакова и составляет 9%.

Частота встречаемости факторов риска развития артериальной гипертензии в группах мужчин и женщин не различается. Имеются существенные различия по частоте встречаемости факторов риска ишемической болезни сердца: в группе мужчин их имеют 30% лиц, в группе женщин – 18% лиц ( $p<0,02$ ). В старших возрастных группах эти различия сохраняются: 44% в группе мужчин и 34% в группе женщин. Распространенность в группах факторов риска развития болезней легких имеет существенные различия и составляет: 56% среди мужчин, 29% среди женщин ( $p=0,000$ ). В старших возрастных группах эти различия сохраняются: 67% в группе мужчин и 43% в группе женщин. Выявлены существенные различия по частоте встречаемости факторов риска развития онкологических заболеваний: в группе мужчин их имели 23% лиц, в группе женщин – 49% лиц ( $p=0,000$ ).

**Выводы.** У женщин отмечается большая распространенность гиподинамии, что обуславливает превышение количества лиц женского пола с избыточной массой тела по сравнению с мужчинами во всех возрастных группах, особенно после 40 лет. Возможно, с этим связан высокий риск онкологических заболеваний у женщин, что согласуется с литературными данными. У мужчин выявлена большая частота встречаемости такого фактора риска как курение, что отражается в более высокой вероятности развития ишемической болезни сердца и болезней легких во всех возрастных группах по сравнению с женщинами.

#### 090 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

*Алексеев С. Н., Авдеева М. Г., Дробот Е. В.*  
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

**Цель:** установить факторы риска (ФР) ССЗ у студентов медицинского ВУЗа и оценить отношение студентов к ЗОЖ в зависимости от степени риска развития ССЗ у них в зрелом возрасте.

**Материал и методы:** проведено добровольное анкетирование 151 студента Кубанского государственного медицинского университета в возрасте от 22 до 28 лет (средний возраст  $23,3 \pm 3,3$  лет) с целью выяснения наследственной отягощенности по ССЗ, наличия вредных привычек, оценки двигательной активности, характера питания. Клиническое обследование включало: определение индекса массы тела, офисного АД. Оценку ФР проводили в соответствии с Национальными рекомендациями. Определялась сумма значимых факторов риска ССЗ. По итогам студенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 96 человек, суммарный риск был оценен как низкий, и 2 группу составили 55 человек, суммарный риск ССЗ установлен средний. Отношение к ЗОЖ исследовалось по результатам опроса по специально разработанной анкете.

Суммарный риск развития ССЗ у студентов коррелировал с наследственной отягощенностью по ССЗ, гиподинамией, повышением уровня АД и массы тела, нерациональным питанием. Результаты анализа отношения к ЗОЖ студентов показали, что среди жизненных ценностей категория здоровье занимает первое место у 54% представителей 1 группы и у 44% 2-й. Считали для себя необходимым придерживаться ЗОЖ 90% студентов в 1-й группе и 64% во 2-й. Во 2-й группе, по сравнению с 1-й, было больше студентов, которых проблема ЗОЖ не волновала, 20% против 6%. В 1-й группе следовали ЗОЖ 16% респондентов против 4% представителей 2 группы, частично придерживались принципов ЗОЖ 78% – 1 группа и 68% – 2 группа, не соблюдали ЗОЖ только 6% студентов из 1 группы и 28% из 2-й. Анализ причин игнорирования заботы о своём здоровье показал, что в основном это недостаток времени и силы воли 72% и 30% в 1 группе и 84% и 44% во 2-й. В 28% случаев студенты со средней степенью риска ССЗ отметили отсутствие у них потребности заботиться о своём здоровье и нежелание себя в чём-то ограничивать.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой распространённости среди студентов среднего риска развития ССЗ в зрелом возрасте (36%). Обращает внимание тот факт, что у студентов со средней степенью риска ССЗ не смотря на информированность о наличии у них ФР в ряде случаев не достаточно сформировано ценностное представление о ЗОЖ. Данная категория студентов нуждается в дополнительных образовательных мероприятиях по повышению компетентности в отношении ЗОЖ.

#### 091 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК РАННИЙ МАРКЕР АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

*Антропова О. Н., Кондаков В. Д., Осипова И. В., Тинина С. А.*  
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

**Цель.** Оценить взаимосвязь скрытых маркеров атеросклероза и функции эндотелия у работников железнодорожного транспорта, имеющих модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** В исследование были включены 180 мужчин. Все пациенты были распределены на две группы

в зависимости от профессионального фактора: 1-ю группу составили 95 человек, которые являлись машинистами и помощниками машиниста, 2-ю группу — 85 человек — железнодорожники других специальностей. Всем участникам исследования проводилось измерение роста и веса, измерение окружности талии (ОТ), определение индекса массы тела, регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС). Суммарный риск развития возможных фатальных сердечно-сосудистых событий для каждого человека рассчитывался по Европейской шкале SCORE-Systematic Coronary Risk Evaluation. Оценка лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и толщины интима-медиа (ТИМ) БЦС. Эндотелиальная функция оценивалась с помощью пробы с реактивной гиперемией.

**Результаты.** Окружность талии >94 см наблюдалась у 54% пациентов в 1 группе и у 36% пациентов во 2 группе ( $p < 0,01$ ). Повышенный индекс массы тела выявлен у 59% и 32% пациентов в 1-й и 2-й группе соответственно ( $p < 0,01$ ). Гиперхолестеринемия выявлена в 2,1 раза чаще у пациентов 1 группы, чем во второй (38% и 18% пациентов соответственно,  $p < 0,005$ ). Большинство пациентов в обеих группах имели низкий 10-летний риск, пациенты основной и группы сравнения сопоставимы по прогнозу фатальных коронарных событий в ближайшие 10 лет. Дисфункция наблюдалась у 32% и 21% пациентов 1 и 2 групп соответственно ( $p < 0,05$ ). У пациентов 2-й группы, в отличие от 1-й, не было получено достоверных различий между степенью нарушения ЭФ и выраженностью факторов риска. У лиц стрессовых профессий с повышенной окружностью талии и ИМТ, дисфункция эндотелия выявлена в 2 раза чаще ( $p < 0,01$ ). Среди всех обследованных наблюдалась достаточно высокая частота встречаемости гиперхолестеринемии, однако у лиц 1-й группы она в 1,3 раза чаще сопряжена с ЭД ( $p < 0,01$ ). Среди лиц с ЭД, высокий риск SCORE встречался у пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й (20% и 13% пациентов соответственно,  $p < 0,01$ ). Среди лиц с ЭД, в 1-й группе у 30% выявлены признаки атеросклеротического поражения сосудов, во 2-й — у 16% ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** У больных с артериальной гипертензией и профессиональным стрессом эндотелиальная дисфункция выявлена в 1,6 раз чаще. Эндотелиальная дисфункция у лиц стрессовой профессии чаще наблюдается при повышенной окружности талии, ИМТ, гиперхолестеринемии, высоком риске по SCORE, у трети сочетается с ранними признаками атеросклероза сосудов.

## 092 РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В АКТОБЕ ЗА 2011 ГОД

*Арингазина Р. А., Шарипова Г. М., Рахова Б. Е., Нуртазин М. М.*

ЗКГМУ имени М. Оспанова, городская поликлиника № 3; № 4, Актобе, Казахстан

В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты аза стан” на 2011–2015 годы с 2011 года проводятся скрининговые обследования населения на выявление болезней системы кровообращения: артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, сахарного диабета и других заболеваний.

Цель — повышение информированности населения о факторах риска возникновения артериальной гипертензии, важности её раннего выявления, своевременного лечения и мерах профилактики заболеваний.

По данным статистики в 2010 году зарегистрировалось 913,8 случаев на 100 тысяч населения артериальной гипертензией, а в 2011 году было зарегистрировано по результатам скринингового обследования 1035,0 случаев на 100 тысяч населения. Видимо, увеличение числа случаев артериальной гипертензией в 2011 году связано со скрининговым обследованием.

Нами проведен анализ скрининга городской поликлиники (ГП) № 3 и № 4 г. Актобе. Городская поликлиника № 3

расположена в центре города, а № 4 охватывает население близлежащих поселков.

Скрининг на выявление сердечно-сосудистых заболеваний включал: антропометрические измерения, определение уровня холестерина, измерение артериального давления, электрокардиографию, осмотр кардиолога.

Целевую группу составило взрослое население — мужчины и женщины в возрасте 18,25,30,35,40,50,55,60 лет.

Численность населения ГП № 3 составила 53848 человек, из них взрослое население — 40357 (75%) человек. Скрининговому обследованию по болезни системы кровообращения (БСК) подлежало 8126 (21,%) человек. При анализе результатов скрининга выявлено больных с артериальной гипертензией (АГ) 2739 (34,0%), из них с первичным повышением артериального давления 182 (7,0%) больных. С ишемической болезнью сердца (ИБС) — 1112 (13,7%), из них впервые диагностированные 101 (9,0%) больной.

Численность населения ГП № 4 составила 73340 человек, из них взрослое население — 54550 (75%) человек. Скрининговому обследованию по БСК подлежало 10172 (19,0%) человек. При скрининге с АГ выявлено больных 2365 (24,0%), с первичным повышением артериального давления — 346 (15,%), с ИБС — 1356 (14,0%), из них впервые зарегистрированный случай — 123 (9,0%). В обследованных группах не было впервые зарегистрированных случаев с острым инфарктом миокарда в той и другой поликлинике.

Таким образом, проведение скрининга — профилактического медицинского осмотра взрослого населения среди определенного возраста позволяет выявить БСК на ранней стадии и повысить эффективность лечения, а также способствует предупреждению развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

## 093 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СНИЖЕНИЯ ОФВ1 СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

*Бойков В. А., Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Старовитова Е. А., Кириллова Н. А., Косова Н. В., Музыкина М. Н., Ларичева О. Н., Чаторова Ю. Г., Мазеева С. В., Альмикеева А. А.*

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

**Цель:** оценить распространенность снижения ОФВ1 и факторов риска у жителей Томской области, посетивших Центры здоровья.

**Материал и методы.** В России с 1 января 2006 года стартовал Национальный проект “Здоровье”, в рамках которого были открыты Центры здоровья. Задачей Центров является оценка факторов риска и консультирование по поводу здорового образа жизни и отказу от вредных привычек.

В рамках обследования у посетителя собирались следующие данные: паспортные данные, социальный статус, данные анамнеза, антропометрические показатели, измерение артериального давления, спирометрия, уровень глюкозы и холестерина. Проводилось интервьюирование пациентов по режиму питания, употреблению алкоголя, курению, физической активности.

Для достижения цели исследования были проанализированы данные спирометрии 2500 жителей Томской области, посетивших Центры здоровья в 2010 и 2011 годах. Должные значения показателей спирометрии были рассчитаны по NHANES III.

**Результаты.** Спирометрия без оценки обратимости бронхиальной обструкции была проведена 2500 жителям региона. Из них у 643 (25%) человек была выявлена обструкция дыхательных путей. При этом у 297 (46%) из 643 пациентов показатели ОФВ1 были в пределах 70%-80% от должных величин, у 177 (27%) в пределах 60%-70% от должных величин и у 169 (26%) человек значение ОФВ1 было ниже 60%. Анализ медицинской документации посетителей, у которых было зарегистрировано снижение ОФВ1 показал, что только в 16% случаев бронхиальная обструкция была диагностирована ранее

(бронхиальная астма, ХОБЛ и др.) и информация об этом содержалась в медицинской документации. По данным исследования 43% активных курильщиков и курящих на регулярной основе имели бронхиальную обструкцию. Наличие бронхиальной обструкции было достоверно ассоциировано с курением (ОР 1,22, 95% ДИ 1,05–1,43). Также показано, что в группе пациентов со значениями ОФВ1 ниже 60% индекс массы тела был достоверно ниже в сравнении с группами со значениями ОФВ1 70–80% и более 80% ( $25,75 \pm 5,58$  vs  $27,17 \pm 6,60$  vs  $27,43 \pm 5,66$ ;  $p < 0,05$ , соответственно).

**Выводы.** Известно, что снижение ОФВ1 является прогностическим критерием для таких заболеваний как бронхиальная астма и ХОБЛ, а также увеличивает риск развития рака легких. По данным исследования из 2500 жителей Томской области, посетивших центры здоровья, у каждого четвертого была выявлена обструкция дыхательных путей и только у 16% она была диагностирована ранее и информация об этом содержалась в медицинской документации. Наличие бронхиальной обструкции достоверно ассоциировано с курением.

#### 094 ВЫЯВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Буланов В. Е., Сардаров Р. Ш., Филатова И. И., Скворцов К. Ю., Беневская М. А.  
ООО «МЕДИС», Москва, Россия

В 2010 году доля сердечно-сосудистых болезней в структуре общей смертности населения Республики Коми составила 48,5%, а в структуре смертности жителей республики трудоспособного возраста, болезни системы кровообращения составили одну треть. Многочисленные исследования последних лет доказали, что эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во многом обусловлена особенностями образа жизни и связанными с ними факторами риска.

**Цель:** обоснование предложений по профилактике ССЗ у персонала предприятий нефтегазовой промышленности, работающего в условиях Крайнего Севера, на основе определения структуры факторов риска ССЗ.

**Материал и методы.** Проведен анализ данных, полученных в результате медицинского осмотра работающих на предприятиях по добыче и транспортировке нефти и газа, расположенных в Республике Коми, проходившего в ноябре 2012 года. Всего осмотрено 243 человека, из них мужчин – 110 (45,3%), женщин – 133 (54,7%) в возрасте от 24 до 64 лет (средний возраст 45,2 года). Всем участникам исследования проводились: осмотр терапевта, антропометрия, включая расчёт ИМТ, ЭКГ, определение уровня глюкозы, липидов плазмы крови (ОХС, ХС-ЛНП, ХС-ЛВП, ТГ). 152 (62,5%) обследуемых проведено ЭХО-КГ исследование с доплерографией. По показаниям выполнялись доплерография сосудов нижних конечностей с измерением плече-лодыжечного индекса. Результаты исследования обрабатывались традиционными статистическими методами. Для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска применялась шкала риска SCORE для стран с высоким риском ССЗ.

**Результаты.** Фактор наследственности по ССЗ определялся примерно в половине случаев, как у мужчин, так и у женщин (50% и 66,2% соответственно). Только пятая часть обследованных (28% мужчин и 20% женщин) вошли в группу риска по возрастному показателю. Около 30% обследованных курят. Нерационально питаются чуть меньше половины (43,2%) работников, причём одинаково как мужчины (43,6%), так и женщины (42,1%). Установлено, что 26,4% всех мужчин и 47,4% женщин ведут малоподвижный образ жизни. В 68% случаев пациенты имели повышенный вес. Среди всех обследованных у 44% имелась гиперхолестеринемия выше 5 ммоль/л, у 30% – повышение ХС-ЛНП > 3 ммоль/л. СД 2 типа у 5%, из них у 19% – метаболический синдром. У 69

человек (28,4%), установлены диагнозы ССЗ. В этой группе пациентов с сердечно-сосудистой патологией АГ встречалась в 61,1%, а ИБС в 17,3% случаев. Сочетание ССЗ и СД среди мужчин составило – 3,9%, женщин – 8,2%. Распространенность ожирения среди пациентов с ССЗ составила: 84,3% и 88,5% соответственно.

**Выводы.** Проведённая оценка суммарного сердечно-сосудистого риска и выявленная структура факторов риска ССЗ у персонала предприятий нефтегазовой промышленности, работающего в условиях Крайнего Севера, позволяет разработать практические рекомендации для работодателя, ведомственных и государственных служб здравоохранения по стратегии профилактики ССЗ.

#### 095 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРАЖДЕБНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»)

Гафаров В. В., Панов Д. О., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.

ФГБУ Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск; ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить распространенность враждебности (ВР) и ее связь с информированностью и отношением к здоровью в открытой популяции среди женщин 25–64 лет жителей г. Новосибирска.

**Материал и методы.** В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин ( $n=870$ ) в возрасте 25–64 лет одного из районов г. Новосибирска. Отклик на исследование составил 72,5%. ВР была изучена при помощи анкеты «MOPSY» (подшкала Враждебность). Информированность и отношение к здоровью и профилактике изучены с помощью теста «Знание и отношение к своему здоровью». Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ).

**Результаты.** Распространенность высокого уровня ВР составила 43,9%. С увеличением уровня ВР увеличивается частота негативной оценки состояния здоровья: «не совсем здоров» и «болен» (69,5% и 15,2%, соответственно); увеличивается частота жалоб на свое здоровье; заботятся о своем здоровье очень незначительное число лиц с высокой ВР – 4,6%. Лица при высокой ВР имеют тенденцию меньше доверять мнению врача (высокая ВР – 40,6%, низкая ВР – 30,8%), вероятно, поэтому чаще проводят проверку здоровья с целью «регулярного осмотра» или при «неприятных ощущениях в области сердца» (высокая ВР – 12,7% и 11,6%; низкая ВР – 4,2% и 7,6%, соответственно). Женщины с высокой и низкой ВР одинаково часто продолжают работать «если на работе почувствовали себя не совсем хорошо» (высокая ВР – 47,3%; низкая ВР – 46,3%, соответственно).

По отношению к курению среди лиц с высокой ВР отмечены тенденции в наличии более низкой частоты «никогда не куривших» и более высокой частоты тех, кто «курит и не пытался бросить» (высокая ВР – 67,3% и 4,6%; низкая ВР – 79,4% и 1,6%;  $\chi^2=16,20$   $df=6$   $p<0,05$ ). По отношению к питанию нет разницы между лицами с и без ВР. Основной ответ: «им не нужно соблюдать диету». В отношении физической активности женщины с высокой ВР считают себя более пассивными, чем с низкой ВР (высокая ВР – 20,1%, низкая ВР – 9%;  $\chi^2=17,51$   $df=8$   $p<0,05$ ).

**Выводы.** Распространенность выраженного уровня враждебности в женской популяции 25–64 лет высока и составляет 43%. Женщины с высокой враждебностью

чаще имеют негативную оценку здоровья и жалобы на него, осознают, что недостаточно заботятся о своем здоровье. Высокая враждебность ассоциирована с неблагоприятным поведенческим профилем: высокой частотой курения и низкой физической активностью у женщин.

## 096 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И РАСЧЕТА СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Головской Б. В., Шаврин А. П., Хомаева Я. Б., Тарасов В. А.  
ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

**Цель.** Изучить частоту встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в популяции взрослых практически здоровых пациентов и определить индивидуальный риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы с помощью автоматизированной компьютерной программы.

**Материал и методы.** Обследовано 302 человека трудоспособного возраста (от 25 до 60 лет), из них 123 мужчины и 179 женщины, средний возраст  $43,8 \pm 0,5$  года. Для оценки состояния здоровья на момент обследования и выявления факторов риска ССЗ была использована анкета системы авторизованного медицинского профилактического обследования (САМПО), разработанная коллективом кафедры терапии и семейной медицины Пермской медицинской академии, которая позволяет выявить значимые факторы риска развития ССЗ (дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, избыточная масса тела, абдоминальный тип ожирения, отягощенная наследственность и психоэмоциональные нарушения). В последующем данные анкеты были подвергнуты обработке в компьютерной программе (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2001611516, М. – Роспатент. 2001) для анализа факторов ССЗ и определения индивидуального уровня риска развития заболеваний.

**Результаты.** Из общего числа обследованных лиц у 29 (9,6%) человек не выявлено факторов риска ССЗ, из них 13 мужчин и 16 женщин, средний возраст составил  $41,2 \pm 1,6$  года. У 273 (90,4%) человек выявлены факторы риска ССЗ, из них 110 мужчины и 163 женщины, средний возраст –  $44,2 \pm 0,5$  года ( $p=0,15$ ). Один фактор риска был выявлен у 35 человек (13%), сочетание двух факторов риска у 95 человек (35%), трех и более факторов риска у 143 человек (52%). В этой группе курящих было 109 человек (39,9%), курящих мужчин было 64,2%, женщин – 35,8% ( $p=0,03$ ). Избыточную массу тела имели 85 человек (31,1%) из них 44,2% мужчины, 55,8% женщины ( $p=0,42$ ). Но, абдоминальный тип ожирения чаще выявлялся у мужчин (68,8%), чем у женщин (31,2%) ( $p=0,03$ ). Артериальная гипертензия 1-й стадии, 1–2-й степени выявлена у 93 человек (34,1%), из них 40,1% мужчины, 59,1% женщины ( $p=0,12$ ). Психоэмоциональные нарушения (ПЭН) в виде тревоги, депрессии и астении выявлялись у 91,5% испытуемых, среди них 34% мужчины, 66% женщины ( $p=0,01$ ). При этом следует отметить, что в первой группе ПЭН выявлялись только у 24% ( $p=0,01$ ). Расчет степени риска с помощью программы САМПО показал, с учетом уровня ПЭН, что низкий риск развития ССЗ имеют 16,1% лиц, средний 39,5%, и высокий 44,4% обследованных лиц.

**Выводы.** Проведенное обследование показало, что среди практически здоровых лиц не имеют факторов риска ССЗ всего около 10 процентов. У лиц с факторами риска чаще встречается их комбинация и психоэмоциональные нарушения. Использование автоматизированной программы “САМПО” позволяет существенно облегчить работу врача по выявлению факторов риска ССЗ, прогнозировать

риск развития ССЗ, оформлять индивидуальный “паспорт здоровья” с ближайшим и отдаленным прогнозом состояния здоровья и рекомендациями по изменению образа жизни.

## 097 ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СКОРОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Горбунова А. С., Левашов С. Ю., Давидович К. Ю.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Доказано, что чрезмерное потребление алкоголя отрицательно влияет на общую и сердечно-сосудистую смертность. В популяции больных хроническим алкоголизмом это связано не только с неблагоприятными эффектами этанола, но и с негативным влиянием традиционных факторов сердечно-сосудистого риска, которые усугубляют этанол-индуцированные изменения биоэлектрического гомеостаза. В то же время влияние традиционных факторов риска (ФР) на изменение скоростных характеристик электрической активности сердца у больных алкоголизмом изучено недостаточно.

**Цель:** оценить распространенность традиционных ФР у больных алкоголизмом и их влияние на скоростные параметры электрической активности сердца (ЭАС).

**Материал и методы.** Одномоментное поперечное исследование мужчин, больных хроническим алкоголизмом ( $n=114$ ), в сравнении с контролем без отягощенного анамнеза ( $n=34$ ). Обследование включало клинический осмотр, анкетирование, определение общего холестерина. Скоростные характеристики ЭАС оценивались на основе регистрации ЭКГ и ее первой производной по методике Волковой Э. Г. Оценивались показатели: скорость активации желудочков (САЖ) сердца и показатель неравномерности САЖ (ПНСАЖ). Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS 13.0. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ .

**Результаты.** Пациенты основной и контрольной группы сопоставимы по возрасту ( $49,2 \pm 6,8$  vs.  $50,2 \pm 4,9$  лет). Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди больных алкоголизмом была выше, чем в популяции (71% vs. 41%,  $p=0,028$ ). При этом уровень систолического АД основной группы был выше, чем в контрольной –  $137 \pm 16$  мм рт.ст. vs.  $130 \pm 14$  мм рт.ст. ( $p<0,05$ ). Распространенность курения между группами различалась достоверно (59% vs. 38%,  $p=0,506$ ). Уровень общего холестерина в основной группе ниже, чем в контроле ( $5,05 \pm 1,06$  vs.  $5,54 \pm 1,62$  ммоль/л,  $p=0,006$ ). Величина САЖ у курящих больных алкоголизмом ниже, чем у некурящих ( $37,9 \pm 2,4$  vs.  $40,0 \pm 1,1$  с<sup>-1</sup>,  $p=0,003$ ). В группе контроля выявлена схожая тенденция, но не достигшая статистической значимости ( $38,8 \pm 1,1$  vs.  $40,2 \pm 1,2$  с<sup>-1</sup>). Также установлено, что наличие АГ в обеих группах ассоциируется с увеличением ПНСАЖ по сравнению с лицами без АГ ( $28,7 \pm 14\%$  vs.  $23,3 \pm 7,5\%$ ,  $p=0,047$  в основной группе и  $21,1 \pm 9\%$  vs.  $17,6 \pm 4,3\%$ ,  $p=0,039$  в контрольной), а различий по величине САЖ не установлено. Влияния гиперхолестеринемии на скоростные показатели ЭАС не обнаружено. Частота сердечных сокращений в основной группе выше, чем в контроле –  $100 \pm 17$  vs.  $69 \pm 9$  ударов/мин ( $p=0,0001$ ).

**Выводы.** Неблагоприятный сердечно-сосудистый профиль больных хроническим алкоголизмом, с гиперкинетическим типом кровообращения, обусловлен как непосредственно токсическими эффектами этанола, так и высокой распространенностью факторов риска в исследуемой популяции. Установлено, что наличие курения и артериальной гипертензии ассоциируется со снижением скоростных показателей ЭАС и увеличением их неоднородности по сравнению с лицами без этих факторов риска. Между уровнем общего холестерина и скоростными характеристиками ЭАС взаимосвязи не установлено.

## 098 АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПАЦИЕНТАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Давыдов Е. Л.

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

**Цель:** проанализировать рекомендации, которые участковые терапевты или кардиологи дают пациентам пожилого и старческого возрастов по лечению АГ.

**Материал и методы.** Обследовано 426 больных АГ II–\$5II стадии (по рекомендациям ВНОК–2010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, и вопросы по анализу рекомендаций при АГ.

**Результаты.** При оценке рекомендаций по поводу медикаментозного лечения АГ участкового терапевта или кардиолога пациенты указывали несколько видов рекомендаций. Наиболее часто указанной рекомендацией, которую давали врачи является – указание время приема медикаментов – 45,5%–75,6%, при этом такие объяснения достоверно чаще давали мужчинам старческого возраста (75,6%) по сравнению с мужчинами пожилого возраста (53,2%,  $p=0,013$ ) и группы сравнения (45,5%,  $p=0,004$ ), а также женщинами своего возраста (56,5%,  $p=0,042$ ). По мнению 38,6%–58,1% пациентов врачи объясняют им, что делать при высоком АД, на связь с пищей ЛС при АГ врачи указывали 36,4%–43,3% пациентам различных возрастных и гендерных подгрупп. По мнению пациентов врачи редко предупреждают их о побочных эффектах ЛС при АГ 15,9%–35,6%, и устанавливают очередность приема медикаментов – 18,8%–38,1%, достоверно чаще эти рекомендации получают женщины пожилого возраста (38,1%), по сравнению с женщинами старческого возраста (22,6%,  $p=0,009$ ) и группы сравнения (18,8%,  $p=0,006$ ). Положительным фактором в отношении объема рекомендаций пациентам с АГ, что только от 4,4% до 29,7% пациентов различных возрастных и гендерных подгрупп отметили, что врачи вообще не давали никаких рекомендаций по поводу лечения АГ, при этом наибольшее количество таких пациентов было отмечено среди мужчин и женщин группы сравнения (20,5% и 29,7%, соответственно), при этом мужчины данной группы достоверно чаще не получали рекомендаций по сравнению с мужчинами старческого возраста (4,4%,  $p=0,022$ ), а женщины группы сравнения по сравнению с женщинами пожилого возраста (15,7%,  $p=0,022$ ). Кроме этого, по мнению, женщин старческого возраста (17,7%) они достоверно чаще не получают рекомендаций, чем мужчины своего возраста ( $p=0,038$ ). Однако этот показатель в данной возрастной группе невысок и возможно связан с тем, что ранее с этими пациентами были проведены образовательные занятия.

**Выводы.** Основными рекомендациями, которые участковые терапевты или кардиологи дают пациентам – это указание время приема медикаментов и объяснение алгоритма их действий при повышенном АД. Большое количество пациентов группы сравнения (20,5% и 29,7% соответственно), не получали никаких рекомендаций по поводу лечения АГ.

## 099 МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Давыдов Е. Л.

ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

**Цель:** оценить модель взаимоотношений между участковыми терапевтами или кардиологами и пациентами пожилого и старческого возрастов с АГ.

**Материал и методы.** Обследовано 426 больных АГ II–\$5II стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, и вопросы по моделям особенностей взаимоотношений между пациентами и врачами.

**Результаты.** Большинство пациентов, считают, что врач взаимодействует с ними при лечении АГ по принципу “убеждающий врач”, когда предлагает больным на выбор план, методы лечения, ЛС и убеждает в необходимости выбора того или иного метода – это была самая популярная оценка врача во всех возрастных и гендерных группах – 35,5%–59,5%, при этом достоверно чаще мужчины группы сравнения (59,5%) указали такой вариант типа врача, чем мужчины пожилого возраста (35,5%,  $p=0,012$ ). Весьма популярным была оценка врача, как врач-опекун, когда – все решения принимает врач, не спрашивая мнения пациента – 11,9% – 23,8%, при этом с тенденцией к достоверности мужчины старческого возраста (28,9%) указывали чаще данный тип врача, чем мужчины группы сравнения (11,9%,  $p=0,051$ ), что возможно вызвано определенными сложностями в партнерских взаимоотношениях с пациентами (т. к. и женщины старческого возраста тоже достаточно часто упоминали данный тип врача – 19,7%).

Реже пациенты указывали такой тип врача, как “диктатор”, когда роль пациента пассивная, ему просто указывается какие обследования необходимо проходить, какое лечение нужно принимать и т. д. – 4,7% – 14,9%, при этом с таким типом при лечении АГ достоверно реже сталкивались женщины группы сравнения – 4,7%, чем женщины пожилого возраста (14,9%,  $p=0,035$ ), также пациенты отмечали такой тип врача, как врач-информатор, предоставляющий пациенту по его требованию необходимую информацию и полную свободу выбора – 9,2% – 11,9%. Несколько пациентов отметили другие типы врача, с которыми они встречаются при лечении АГ – врач, совсем не общающийся с пациентом; врач, несущий в себе различные вышеуказанные типы; мало знающий врач и т. д. – 1,6% – 3,7%. Тревожной тенденцией является тот факт, невысок удельный вес пациентов с АГ, которые отметили, с ними взаимодействовал врач по принципу “врач-партнер”, когда врач строит свои отношения с пациентом на взаимном доверии и согласии – только 2,2%–13,2% пациентов дали такую оценку своему врачу, к которому они обращаются, при этом достоверно чаще с врачом-партнером взаимодействуют мужчины пожилого возраста (13,2%), чем старческого возраста (2,2%,  $p=0,043$ ).

**Выводы.** Основной моделью взаимоотношений между участковыми терапевтами или кардиологами с пациентами пожилого и старческого возрастов с АГ является модель – “убеждающий врач”. Крайне низко взаимодействие врачей с пациентами по модели “врач-партнер”, в связи с чем целесообразно проведение образовательных программ для врачей по формированию оптимальных моделей взаимодействия с пациентами.

## 100 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Денека И. Э.

ГБОУ ВПО “Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова”, Москва, Россия

**Цель:** изучение факторов, влияющих на резистентность к антигипертензивной терапии. Выявить долю больных с истинной резистентной артериальной гипертензией (РАГ) среди общего числа пациентов, не отвечающих на 3-х и более компонентную терапию; проанализировать факторы риска РАГ; проанализировать причины псевдорезистентности, разработать рекомендации по оптимизации ведения пациентов.

**Материал и методы:** проведено анкетирование и анализ историй болезни 108 пациентов (47 мужчин и 61 женщина)

с предполагаемой резистентностью к антигипертензивной терапии. Средний возраст больных – 59,3 лет (29–84 года). В качестве возможных факторов риска развития РАГ были выделены следующие показатели: ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>, возраст > 75 лет, хроническая почечная недостаточность (ХПН), сахарный диабет (СД) с поражением органов-мишеней. Для выявления псевдорезистентности учитывали показатели приверженности к терапии до поступления в клинику, употребление препаратов, повышающих артериальное давление (АД). Из возможных вторичных причин развития РАГ анализировали частоту синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), а также надпочечниковых и вазоренальной артериальной гипертензии (АГ).

**Результаты.** У 102 пациентов (95%) ИМТ был > 25 кг/м<sup>2</sup>, у 61 (56,4%) > 31 кг/м<sup>2</sup>. Шестьдесят один больной (56,4%) был старше 60 лет. ХПН I ст. выявлена у 50 (46,3%), ХПН IIА ст. – у 13 (12%); IIБ ст. – у 6 пациентов (5,5%). СД страдали 44 (41%) больных, сопутствующее поражение органов-мишеней зафиксировано у 33 из 44 (75%) пациентов. В ходе анкетирования выявлено, что только 33 пациента (30,8%) строго придерживались амбулаторных назначений лечащего врача. Не удалось достичь целевого АД у 55 (51%) больных, принимавших препараты, обладающие прессорным эффектом (в том числе нестероидные противовоспалительные препараты и назальные симпатомиметики). После коррекции медикаментозной терапии в соответствии с современными клиническими рекомендациями, при условии полной комплаентности из 108 пациентов с подозрением на РАГ истинная резистентность подтвердилась у 55 (51,3%). Не удалось добиться стабилизации АД у 39 (36%) пациентов с ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup> и у 36 (65%) с ИМТ > 31 кг/м<sup>2</sup>. Двадцать восемь (51%) пациентов с истинной РАГ были старше 60 лет, 11 (10,2%) – старше 75 лет. Среди пациентов с клинически значимой ХПН (IIА и выше) резистентными к лечению оказались 11 (20%) больных, среди больных с СД – 25 (56,6%) больных, с СОАС – 17 (68%) больных. Вазоренальная АГ выявлена у 4 (4,3%) больных. В изученной когорте ни одного случая надпочечниковой АГ выявлено не было.

**Заключение.** Все анализируемые факторы риска могут служить значимыми предикторами развития РАГ. Псевдорезистентность в большинстве случаев обусловлена низкой комплаентностью пациентов. С целью выявления вторичных АГ необходимо включить в комплексное обследование больных с РАГ методы диагностики СОАС и вазоренальной АГ.

## 101 ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЁЖИ: АДАПТАЦИЯ К ФИЗНАГРУЗКЕ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

*Евсевьева М. Е., Галькова И. Ю., Сергеева О. В., Мищенко Е. А., Русиди А. В.*

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

**Цель.** Изучить гемодинамическую реакцию на физнагрузку (ФН) у молодёжи в зависимости от наличия отягощенной наследственности (ОН) по СС заболеваниям.

**Материал и методы.** В исследование были включены 65 студентов СтГМУ (38 девушек, 27 юношей) в возрасте от 18 до 24 лет, средний возраст 21±0,2 года. Проводили антропометрию, анкетирование по факторам риска (ФР) и стрессустойчивости. Формировали 2 группы: с ОН (29 человек) и без ОН (36 человек). По массе тела, курению и другим ФР группы сопоставимы. ВЭМ осуществлялась на велоэргометре TUNTURI E-20, запись и обработка данных – с помощью «АПК Валента». ЭКГ регистрировалась во время нагрузки и восстановительного периода в отведениях по Небу. Применялся протокол со ступенчатого возрастающей (каждые 3 мин) нагрузкой: 50, 100, 150 Вт для девушек и 75, 125, 175 Вт для юношей в утренние часы, через 2–3 часа после легкого завтрака без употребления кофе. Девушки обследовались в межменструальный период. Обследование проводилось не менее месяца до начала сессии. После обследования сту-

денты получили заключение о состоянии ресурсов своего здоровья, рекомендации по оптимизации физактивности и коррекции своего профиля СС угроз. Статобработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6,0.

**Результаты.** Исходное АД у всех обследуемых было до 140/90 мм рт.ст. При ОН чаще возникала необходимость в преждевременном прекращении пробы из-за усталости, головокружения и чрезмерного повышения АД. Реакция АД по гипертоническому и дистоническому типу наблюдалась вообще только в группе с ОН. У части из них отмечался патологический прирост ЧСС к 3 ступени без адекватного прироста АД. В группе с ОН был достоверно чаще затянут период восстановления АД, а также достоверно более высокое САД на высоте нагрузки и в период восстановления.

**Выводы.** У студентов с ОН достоверно чаще выявляются признаки неэффективной гемодинамической адаптации к физическим нагрузкам. Эти данные целесообразно учитывать при проведении скрининга/диспансеризации молодого контингента с целью целенаправленного формирования группы СС риска, предназначенной для дальнейшего проведения комплексной и дифференцированной профилактической программы, обязательно включающей образовательно-мотивационный модуль по оптимизации физической активности с учётом молодёжной специфики.

## 102 ОРГАНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ АКАДЕМИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

*Есауленко И. Э., Зуйкова А. А., Петрова Т. Н.*

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

В этом 2010 году было принято важное решение о запуске большой социальной программы по формированию здорового образа жизни у студентов и сотрудников ВГМА им. Н. Н. Бурденко. За истекший период, в процессе реализации программы, накоплен практический опыт по введению в содержание образовательного процесса основных вопросов профессиональной направленности, ориентированной на развитие профессиональных интересов, общественно-значимых качеств, с формированием ответственного отношения студентов к своему здоровью и здоровью своих близких. Это обстоятельство является чрезвычайно важным, поскольку в нашем случае это выпускники, которые несут ответственность не только за свое, но и общественное здоровье.

В этой связи, следует создавать такие технологические модели воспитания культуры здорового образа жизни, которые существенно изменили бы проблемную ситуацию. Одной из таких моделей могли бы стать студенческие центры здоровья, но, к сожалению, деятельность даже небольшого количества имеющихся в г. Воронеж центров ориентирована на решение утилитарных задач здоровья и физической подготовки. Известно, что попытки реанимировать физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую деятельность старыми организационными формами, как правило, не дают желаемых результатов, это явление можно отнести и к различного рода оздоровительным программам.

Разработанная и предложенная нами модель научно-образовательного и консультативно-оздоровительного академического центра здоровья студентов, положения, структура и формы организационной деятельности – это совершенно новый технологический механизм реализации образовательных и оздоровительных программ, направленных на формирование здорового образа жизни и проведение научных исследований в данном направлении.

Внедрение в практику научно-образовательных и консультативно-оздоровительных центров позволит удовлетворить практические потребности и интересы молодёжи, значительно расширить технологический диапазон формирования культуры здорового образа жизни личности врача, специалиста высокого класса. Перспективный план реализации проекта, предусматривает сочетание всех форм организационно-педагогической деятельности. Кроме того, деятельность цен-

тра ориентирована на расширение практических возможностей учащихся академии, позволяющей на практике реализовать программы по формированию здорового образа жизни, в том числе и с участием самих студентов.

Таким образом, в основе концепции организации Центра лежат три связующих принципа повышения качества лечебно-профилактической работы в молодежной среде:

- скоординированный межотраслевой подход к профилактике и укреплению здоровья учащейся молодежи г. Воронеж;

- комплексный подход к коммуникации и образованию студентов по сохранению и укреплению здоровья на индивидуальном, семейном и популяционном уровнях;

- научное сопровождение проекта, разработка концепции и определение приоритетов государственной стратегии формирования здорового образа жизни населения.

Таким образом, реализуется основная позиция медицинской профориентации с формированием у студенческой молодежи готовности совершить правильный выбор профессионального будущего, из которого складывается профессиональная и жизненная перспектива.

В этой связи, работу центра планируется построить на основе использовании современных технологий, позволяющих оперативно осуществлять оценку, прогноз и коррекцию текущего состояния человека с учетом его индивидуальных особенностей (физиологических, психологических, социальных и т. д.).

Большим подспорьем в реализации проекта стал плавательный бассейн и тренажерные залы. Занятия в них проводятся под наблюдением преподавателей специализированных кафедр.

Многочисленные исследования подтверждают существенную экономическую выгоду таких программ не только на региональном, но и на Государственном уровне.

В этой связи, приоритетами осуществления главной цели проекта являются:

- разработка национальной политики формирования здорового образа жизни населения;

- создание социальных условий для сохранения и укрепления здоровья;

- содействие здоровому образу жизни;

- реформирование системы здравоохранения с ориентацией на первичную профилактику и укрепление здоровья на уровне первичной медико – санитарной помощи.

Таким образом, необходимо отметить, что при полном становлении функциональной деятельности подобного центра на базе Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, обеспечение его научными и медицинскими кадрами, диагностическим и компьютерным оборудованием, научно-методической литературой, программным обеспечением и соответствующей оздоровительной материальной базой они могут стать региональными научно-образовательными и консультативно-оздоровительными центрами здорового образа жизни не только студенческой молодежи, но и всего населения региона. Но, а с точки зрения организации подобной медико-профилактической подструктуры в нашем высшем профессиональном учебном заведении мы рассчитываем решить сложнейшую задачу по сохранению и укреплению здоровья учащейся молодежи, поскольку и по своим профессиональным и физическим качествам выпускник должен быть востребованным на рынке труда.

## 103 КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*Зернюкова Е. А., Бакумов П. А., Гречкина Е. Р.*

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ Минздрава России», Волгоград, Россия

**Цель:** изучение возможности коррекции дефицита магния у медицинских работников с метаболическим синдромом.

**Материал и методы:** проведено исследование содержания магния в сыворотке и эритроцитах крови у 68 медицинских работников с артериальной гипертензией 2 степени и в контрольной группе (23 практически здоровых человека в возрасте от 40 до 62 лет). Средний возраст в контрольной группе составил –  $49,8 \pm 5,2$  лет и статистически не отличался от исследуемой группы –  $47,6 \pm 8,4$  ( $p > 0,05$ ). Медработников с метаболическим синдромом распределили на две группы: без дефицита магния в эритроцитах ( $Mg_{эp} = 1,79 \pm 0,08$  ммоль/л;  $p > 0,05$  к контрольной группе) и с дефицитом магния ( $Mg_{эp} = 1,47 \pm 0,1$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). Медицинским работникам с дефицитом магния назначили следующее лечение: 19 медработникам к базисной антигипертензивной терапии добавили препарат магне В<sub>6</sub> (курсовая доза магния 7200 мг). Схема назначения: 1-я неделя – 6 таблеток в сутки, 2–6-я недели – 3 таблетки в сутки; 16 медработникам к базисной антигипертензивной терапии добавили препарат магнерот (курсовая доза магния 6986 мг). Схема назначения: 1–4-я недели – 6 таблеток в сутки, 5–6-я недели 3 таблетки в сутки; 14 медработникам к базисной антигипертензивной терапии добавили препараты калия и магния аспарагинат, а затем магне В<sub>6</sub> (курсовая доза магния 7154 мг). Схема назначения: 1-я неделя калия и магния аспарагинат 500 мл в/в 1 раз в сутки, 2–3-я недели магне В<sub>6</sub> 4 таблетки в сутки, 4–5-я недели 3 таблетки в сутки. После проведения лечения препаратом магне В<sub>6</sub> отмечено статистически достоверное увеличение концентрации  $Mg^{2+}$  в эритроцитах на 32,5%, в плазме на 36,1% ( $p < 0,001$ ), препаратом магнерот – в эритроцитах на 22,5%, в плазме на 21,9% ( $p < 0,001$ ), препаратами калия и магния аспарагинат и магне В<sub>6</sub> – в эритроцитах на 25,2%, плазме на 23,2% ( $p < 0,05$ ). Изучалось содержания общего холестерина в зависимости от содержания магния в эритроцитах. В группе медработников с дефицитом магния выявлено достоверно большее содержание общего холестерина, чем в группе без дефицита магния в эритроцитах. После проведения лечения препаратом магне В<sub>6</sub> отмечено снижение уровня общего холестерина на 11,3% ( $p < 0,05$ ), препаратом магнерот – на 6,7% ( $p < 0,05$ ), препаратами калия и магния аспарагинат и магне В<sub>6</sub> – на 10,9% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты:** наибольший процент восполнения уровня магния наблюдался в группе медработников, принимавших магне В<sub>6</sub>. При добавлении препаратов магния к основной гипотензивной терапии происходит снижение уровня общего холестерина.

**Выводы:** для оценки коррекции магниевых дефицита необходимо определять уровень магния в эритроцитах. Препарат магне В<sub>6</sub> может быть рекомендован для коррекции дефицита магния при метаболическом синдроме. Полученные результаты свидетельствуют об участии магния в липидном обмене при метаболическом синдроме.

## 104 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДОСТЕНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*Зернюкова Е. А., Бакумов П. А., Гречкина Е. Р.*

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ Минздрава России», Волгоград, Россия

**Цель:** оценить антигипертензивное действие, безопасность и переносимость кардостена (препарата на основе сверхмалых доз к С-концевому фрагменту АТ<sub>1</sub> рецептора ангиотензина II) у медицинских работников с артериальной гипертензией 1–2 степени.

**Материал и методы.** Включались медработники, страдающие гипертонической болезнью, с офисными значениями диастолического АД (ДАД) 90–109 мм рт. ст., при уровне систолического АД (САД) не более 179 мм рт. ст., у которых по данным суточного мониторинга АД (СМАД) регистрировалось среднесуточное АД > 135/85 мм рт. ст. В начале и в конце исследования определяли уровень гликемии, креатинина и калия. Общие анализы крови и мочи, УЗИ почек проводили только перед включением в исследование. Лабораторные исследования выполнялись по общепринятым



методикам. В исследовании приняли участие 30 медработников, больных артериальной гипертензией (13 мужчин и 17 женщин). Средний возраст пациентов составил  $51,2 \pm 5,1$  лет, средняя длительность заболевания —  $11,8 \pm 5,2$  лет. Индекс массы тела в среднем составил  $27,4 \pm 4,1$  кг/м<sup>2</sup>. Кардостен назначался по 1 таблетке 3 раза в день. Через 4 недели при офисном значении диастолического АД 90 мм рт. ст. и выше дозу кардостена увеличивали до 2 таблеток 3 раза в день. Длительность наблюдения составила 6 недель.

**Результаты.** При анализе данных СМАД после проведенного лечения отмечено умеренное достоверное снижение среднесуточных показателей САД (на 6,6%) и ДАД (на 6,7%), что привело к уменьшению индекса площади САД (на 20,1%) и более выраженному — ДАД (на 32,4%). При анализе лабораторных данных отмечено, что биохимические показатели крови, отражающие безопасность применения препарата, достоверно не изменялись. Побочных эффектов на фоне терапии кардостеном не зарегистрировано.

**Выводы:** Кардостен при использовании в виде монотерапии в течение 6 недель оказывает достоверное антигипертензивное действие, снижая систолическое АД на 6,6% и диастолическое АД на 6,7%. Кардостен может быть использован при артериальной гипертензии 1–2 степени в дозе 1–2 таблетки 3 раза в день.

## 105 СЕМЕЙНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кабирова Ю. А., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

**Цель:** выяснить вероятность влияния различных семейно-обусловленных состояний на развитие АГ с помощью показателя отношения шансов (ОШ).

**Материал и методы.** В настоящем исследовании проведено изучение особенностей семейных взаимоотношений лиц с предгипертензией (22 человека), а также больных АГ I–II стадией, у которых не выявлялись атеросклеротические изменения в сосудах шеи (59 человек). Группой сравнения были 37 практически здоровых лиц с АД менее 120/80 мм рт.ст. Особенности семейных взаимоотношений изучались с помощью «Анкет семейных отношений для врачей общей практики» (интеллектуальный продукт № 73200800085 от 11.09.2008), значимые семейные ценности и установки обследуемых (Ю. А. Алешина, 2004) и влияние их на эмоциональную сферу обследованных (Э. Г. Эйдемиллер, 2003). Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 6.2.

**Результаты:** в группе лиц с предгипертензией наиболее значимыми причинами были кратковременное (менее 1 года) знакомство супругов до брака (ОШ=7,8), наличие повторных (ОШ= 5,86) и гражданских (ОШ=4,66) браков, различие взглядов супругов на жизнь (ОШ=4,23), чувство семейной неудовлетворенности (ОШ=3,89), наличие нестабильного типа семьи (ОШ=3,55) и закрытых внутренних границ (ОШ=3,55). Повышаются шансы для развития предгипертензии у лиц с низким доходом семьи (ОШ=2,79), наличием тревоги (ОШ=1,76), при разном уровне образования супругов (ОШ=1,74), разной национальности супругов (ОШ=1,68) и разводах (ОШ=1,55) (рис. 5.2). У лиц с гипертензией, без выявления признаков атеросклероза происходит изменение в последовательности и выраженности показателей ОШ, отражающих состояние семейных отношений. На первое место вышли такие показатели как гражданские (ОШ=33,0) и повторные браки (ОШ=11,6). В тоже время такой показатель как кратковременное знакомство супругов до брака переместился с первого места на 12 место, а величина ОШ составила 3,1, то есть уменьшилась в 2,5 раза.

Таким образом, факторами риска развития артериальной гипертензии являются психоэмоциональные нарушения, связанные с особенностями функционирования семьи (семейно-обусловленные факторы риска сердечно-сосудистых заболе-

ваний). К ним относятся малое знакомство до брака, повторные и гражданские браки, разногласия в оценке семейных ситуаций, в том числе на воспитание детей, и другое, которые укладываются в рамки не устоявшихся межличностных взаимоотношений.

## 106 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С СУММАРНОЙ ПЛОЩАДЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н.

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

**Цель:** оценить влияния традиционных факторов сердечно-сосудистого риска на суммарную площадь атеросклеротической бляшки в экстракраниальных сегментах сонных артерий.

**Материал и методы:** Обследовано 83 пациента (45 мужчин, 38 женщин) в возрасте  $53,1 \pm 7,9$  лет (35–68 лет) без верифицированной ишемической болезни сердца с одним или более традиционными факторами сердечно-сосудистого риска. Атеросклеротические изменения в сонных артериях оценивались при ультразвуковом исследовании. Атеросклеротическая бляшка (АСБ) определялась как локальное утолщение стенки сосуда более чем на 50% в сравнении с окружающими участками, или локальное утолщение стенки более чем 1,5 мм с его протрузией в просвет артерии. Площадь АСБ измерялась в продольной плоскости с наилучшей визуализацией бляшки.

**Результаты.** Артериальная гипертензия отмечалась у 67 (81%) пациентов, курили 18 (44%) обследованных, количество пациентов с отягощенной наследственностью было 18 (22%). Уровень общего холестерина составил  $5,7 \pm 1,1$  ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) —  $3,6 \pm 0,9$  ммоль/л, липопротеинов высокой плотности —  $1,2 \pm 0,3$  ммоль/л, триглицеридов  $1,9 \pm 0,97$  ммоль/л. Среднее значение систолического артериального давления было  $123,1 \pm 13,7$  мм рт.ст., индекса курильщика —  $6,5 \pm 11,2$  пачка/лет, суммарной площади АСБ —  $0,11 \pm 0,22$  см<sup>2</sup>. Была выявлена статистически значимая зависимость суммарной площади атеросклеротической бляшки (СПАСБ) от возраста, уровня ЛПНП и индекса курильщика (ИК) — увеличение возраста на 1 год приводит к увеличению площади бляшки на  $0,0013$  см<sup>2</sup> (95% ДИ:  $0,0003$ – $0,0023$ ;  $p=0,001$ ). При увеличении уровня ЛПНП на 1 ммоль/л СПАСБ растет на  $0,0121$  см<sup>2</sup> (95% ДИ:  $0,0035$ – $0,0207$ ;  $p=0,006$ ). При росте ИК на 1 пачка/лет площадь бляшки увеличивается на  $0,0034$  см<sup>2</sup> (95% ДИ:  $0,0027$ – $0,0041$ ;  $p<0,0001$ ).

**Выводы.** У бессимптомных пациентов возраст, уровень липопротеинов низкой плотности и индекс курильщика являются факторами, наиболее сильно влияющими на суммарную площадь атеросклеротической бляшки сонных артерий.

## 107 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Кондаков В. Д., Антропова О. Н., Осипова И. В., Тинина С. А.  
ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Исследования последних лет убедительно демонстрируют, что этиология эректильной дисфункции (ЭД) связана с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. ЭД, как правило, является локальным проявлением распространенной сосудистой патологии: эндотелиальной дисфункции, атеросклероза. Результаты различных многоцентровых исследований показали наличие причинно-следственной связи ЭД с такими заболеваниями, как ИБС, АГ, дислипидемии.

**Цель.** Оценить эректильную функцию у работников железнодорожного транспорта, имеющих модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** В исследование были включены 180 мужчин, страдающих артериальной гипертензией 1 степени. Все пациенты были распределены на две группы: 1-ю группу составили 95 человек, которые являлись машинистами и помощниками машиниста, 2-ю группу – 85 человек – железнодорожники других специальностей. Всем участникам исследования проводилось измерение роста и веса, измерение окружности талии (ОТ), определение индекса массы тела, регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС). Суммарный риск развития возможных фатальных сердечно-сосудистых событий для каждого человека рассчитывался по Европейской шкале SCORE – Systematic Coronary Risk Evaluation. Оценка лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и толщины интима-медиа (ТИМ) БЦС. Эректильная функция оценивалась с помощью шкалы “AMS”.

**Результаты.** Абдоминальное ожирение (окружность талии >94 см) наблюдалось у 54% пациентов в 1 группе и у 36% пациентов во 2 группе ( $p < 0,01$ ). Повышенный индекс массы тела выявлен у 59% и 32% пациентов в 1-й и 2-й группе соответственно ( $p < 0,01$ ). Гиперхолестеринемия выявлена в 2,1 раза чаще у пациентов 1 группы, чем во второй (38% и 18% пациентов, соответственно,  $p < 0,005$ ). Среди лиц стрессовой профессии, высокий риск фатальных сердечно-сосудистых событий имелся у 5 (5,8%) пациентов, умеренный риск – у 34 (35,8%), низкий – у 56 (58,4%) мужчин. Во 2-й группе, высокий риск встречался у 3 (3,5%) пациентов, умеренный суммарный риск обнаружен у 26 (30,5%), низкий – у 56 (66,08%) обследованных. В 1-й группе слабые нарушения или их отсутствие выявлены у 29 (30,5%) человек, во 2-й – у 35 (41,2%); умеренные – у 46 (48,4%) пациентов 1-й группы и у 30 (35,3%) во второй ( $p < 0,05$ ); выраженные нарушения встречались у 20 (21,0%) человек в 1-й и у 28 (32,9%) во 2-й группе. При этом, в обеих группах, нарушения ЭД имели положительные средней силы связи ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,05$ ) с повышенной ОТ и ИМТ, признаками атеросклероза нижних конечностей, высоким риском по SCORE.

**Выводы.** В группе высокого профессионального риска умеренные эректильные нарушения встречались в 1,5 раза чаще. Эректильные нарушения связаны с повышенной ОТ, ИМТ, высоким риском SCORE и признаками атеросклероза нижних конечностей.

## 108 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Корягина Н. А., Петрищева А. В., Петрищева Г. П., Колтырина Е. Н.

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

**Цель:** оценить распространенность факторов риска (ФР) у пациентов с кардиопатологией и лиц, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Определить потребность в популяционной профилактике и профилактике высокого риска в группах (гр).

**Материал и методы.** Выделены две гр. городских жителей Пермского края трудоспособного возраста наиболее подверженных ССЗ – от 40 до 60 лет. 1 группу составили 1525 человек (чел.), из них 68% мужчины – работники промышленных предприятий, которые не имели в анамнезе ССЗ, обследованных в ходе проведения профилактического осмотра. 2-я гр. – 129 чел., из которых 35,7% мужчин, госпитализированных по поводу ССЗ.

В стационаре пациенты впервые активно занимались в Школе здоровья при ССЗ. Для определения нуждаемости в видах профилактической помощи нами изучались модифицируемые ФР ССЗ. Статистический анализ с помощью STATISTICA 6.2.

**Результаты.** В 1-й гр. средний уровень систолического АД –  $131,02 \pm 16,9$  ммоль/л, диастолического АД –

$86,84 \pm 17,05$  ммоль/л. По уровню АД респонденты распределены следующим образом: оптимальное АД у 17%, нормальное АД – 24%, повышенное нормальное АД – 16%, артериальная гипертензия (АГ) выявлена впервые у 43%. Всего курящих в 1-й гр. – 38%, среди них 86% мужчин и 14% женщин. Индекс массы тела (ИМТ) –  $27,16 \pm 4,67$  кг/м<sup>2</sup>. Нормальный уровень ИМТ определен у 45%, избыточная масса у 35%, ожирение у 20%. Значение общего холестерина (ОХС) –  $5,30 \pm 1,06$  ммоль/л, только у 43% имеется рекомендованный уровень. Из ФР ССЗ наиболее часто встречался повышенный уровень ОХС (57%), далее повышенная масса тела (55%) и АГ (43%). Курение занимает четвертую позицию, но у мужчин лидирует (86%). Сочетание трех различных ФР в 1-й гр. определено у 17,4%. У 2-й гр. наиболее частым было сочетание двух заболеваний: ишемической болезни сердца (ИБС) и АГ – у 68,9%, только АГ у 24%, ИБС – у 6,9%. Средняя продолжительность АГ – 11,1 лет, ИБС – 4,4 лет. Наиболее редким из сравниваемых ФР оказалось курение, всего было 10,1%, в группе мужчин 28,1%. ОХС –  $5,40 \pm 1,40$  ммоль/л. Целевое значение ( $\leq 4,5$  ммоль/л) определено только у 31,8%, в рамках 4,5–5,0 ммоль/л – 13,9%, у 45,7% ОХС превышал 5,0. Значение ИМТ во 2-й гр. –  $28,99 \pm 4,90$  кг/м<sup>2</sup>. Нормальное значение ИМТ – 24,8%, а ожирение – 38,8%. Во 2-й гр. наиболее часто встречаемый ФР – повышенная масса тела (63,6%), далее превышение целевого уровня ОХС (59,6%), гипергликемия – у 21,7%, замыкает курение – 10,1%. Различные сочетания трех и более ФР определены у 24,0% 2-й гр.

**Заключение:** среди городского населения Пермского края без диагностированного ранее заболевания и у пациентов с имеющимся ССЗ широко представлены модифицируемые ФР. Наиболее распространенным ФР в 1-й гр. – повышенный уровень ОХС, во второй – повышенная масса тела. Профилактика высокого риска должна активно использоваться у всех пациентов с ССЗ и у более половины лиц среднего возраста без ранее диагностированной кардиопатологии.

## 109 ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОСЕТИВШИХ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ

Косова Н. В., Кобякова О. С., Куликов Е. С., Деев И. А., Старовойтова Е. А., Бойков В. А., Музыкаина М. Н., Кириллова Н. А., Ларичева О. Н., Чаторова Ю. Г., Мазина С. В., Альмикеева А. А.

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

**Цель:** оценить эффективность профилактической работы Центров здоровья на основе анализа динамики распространенности основных факторов риска ХНИЗ у жителей Томской области, посетивших Центры здоровья.

**Материал и методы.** Проведен анализ медицинских карт пациентов, прошедших обследование в Центрах здоровья исходно и через один год. Обследовано 87 человек, в возрасте от 21 до 79 лет, (средний возраст  $58,37 \pm 11,16$  лет), из них 72 (82,8%) женщины и 15 (17,2%) мужчин.

**Результаты.** Установлено, что наиболее часто на первом визите встречался такой фактор риска как повышение индекса массы тела (ИМТ > 25), распространенность которого составила 97,7% ( $n = 85$ ), среднее значение  $29,63 \pm 4,70$ . На втором месте находится гиподинамия – 75,9% ( $n = 66$ ), на третьем – повышение уровня холестерина (выше 5,5 ммоль/л) у 67,8% ( $n = 59$ ), среднее значение  $6,04 \pm 1,01$  ммоль/л. Четвертое место занимает повышение систолического артериального давления (САД) – у 64,4% ( $n = 56$ ), среднее значение  $144,9 \pm 19,1$  мм.рт.ст. Употребление алкоголя зарегистрировано практически у каждого второго посетителя (43,7%,  $n = 38$ ). У каждого четвертого пациента (27,6%,  $n = 24$ ) питание было расценено как нерациональное. Повышенный уровень глюкозы встречался в 19,5% ( $n = 17$ ) случаев и в среднем составил  $5,13 \pm 1,63$  ммоль/л. Курение было зарегистрировано у 9,2% ( $n = 8$ ) посетителей. Все пациенты получили консультацию

в Центре здоровья по методам коррекции факторов риска. При повторном обследовании отмечено снижение распространенности практически всех факторов риска, кроме курения и гиподинамии. Так, отмечалось достоверное снижение холестерина ( $6,04 \pm 1,01$  vs  $5,87 \pm 0,89$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ), САД ( $144,9 \pm 19,1$  vs  $141,7 \pm 20,1$  мм.рт.ст.,  $p < 0,05$ ), ИМТ ( $29,63 \pm 4,70$  vs  $29,05 \pm 4,75$ ,  $p < 0,05$ ). Установлено достоверное снижение уровня глюкозы ( $4,97 \pm 1,13$  ммоль/л,  $p = 0,218$ ). При оценке других факторов риска, таких как употребление алкоголя (43,7% vs 28,7%) и нерациональное питание (27,6% vs 22,9%) отмечается снижение их распространенности при повторном обследовании, но достоверных отличий не выявлено.

**Выводы.** Профилактическая работа Центров здоровья оказалась эффективна в отношении большинства корректируемых факторов риска ХНИЗ. Однако недостаточная эффективности работы Центров была показана для курения и гиподинамии. Вероятно, эти факторы ассоциированы с устойчивыми поведенческими моделями и для их коррекции требуются дополнительные мероприятия в рамках деятельности Центров здоровья.

## 110 СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кошелева Н. А., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

**Цель:** определить значение скорости пульсовой волны в аорте (СПВА) в развитии сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных ХСН в течение трех лет наблюдения.

**Материал и методы.** В исследование включены 184 больных с ХСН. Критерии включения: наличие симптомов ХСН, развившихся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, информированное согласие пациента. Анализ пульсовой волны выполнялся с использованием программы “TensioMed” на артериографе “TensioClinic” (Венгрия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 8.0.

**Результаты.** Средний возраст обследованных больных  $55,3 \pm 6,4$  лет, из них 90% мужчины. В течение трех лет наблюдения у пациентов развилось 93 случая ССО: в 50 случаях – декомпенсация ХСН, у 18 больных – повторный инфаркт миокарда, 25 пациента умерли. Выявлена умеренная значимая взаимосвязь между СПВА и возрастом ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,002$ ), артериальной гипертензией ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,009$ ), систолическим ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,001$ ) и диастолическим ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,036$ ) АД, параметрами ЭхоКГ – толщиной МЖП ЛЖ ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,001$ ), толщиной ЗС ЛЖ ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,01$ ), ИММ ЛЖ ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,04$ ), КСР ЛП ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,03$ ), СДЛА ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,01$ ), уровнем NT-proBNP ( $r = 0,30$ ,  $p = 0,02$ ), ФК ХСН ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,05$ ). В зависимости от уровня СПВА выделены две группы: I группа (120 больных) – пациенты с нормальной СПВА  $\leq 12$  м/с, II группа (64 пациента) – больные с повышенной СПВА  $> 12$  м/с. ССО в течение трех лет наблюдения развились в I-й группе у 40 (33,3%) пациентов, во II-й группе – у 53 (82,8%) больных. При сравнении кривых выживаемости методом Каплана – Мейера показано, что при СПВА  $> 12$  м/с вероятность декомпенсации ХСН ( $p = 0,001$ ), развития повторного инфаркта миокарда ( $p = 0,04$ ), летального исхода ( $p = 0,01$ ) и общего числа ССО ( $p = 0,03$ ), значимо больше, чем у пациентов с СПВА  $\leq 12$  м/с. У больных ХСН, имеющих СПВА  $> 12$  м/с, ОР развития ССО в течение трех лет в 2 раза выше, максимальный в 4 раза, чем у пациентов с СПВА  $\leq 12$  м/с (ОР = 2,02, 95% ДИ 1,01–4,03,  $p = 0,01$ ). В многофакторной модели независимыми предикторами ССО были ИМТ, ЧСС, общий холестерин, ФВ ЛЖ и СПВА.

**Выводы.** СПВА взаимосвязана с тяжестью течения ХСН. СПВА – независимый предиктор ССО у больных ХСН в течение трех лет. СПВА может быть использована для оценки индивидуального риска развития ССО у больных ХСН в течение трех лет.

## 111 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Курочкина О. Н., Хохлов А. Л.

ГБОУ ВПО “Коми филиал Кировской ГМА”, Сыктывкар; ГБОУ ВПО “Ярославская ГМА”, Ярославль, Россия

**Цель:** выявление факторов приверженности к назначенному лечению и оценка качества жизни больных с постинфарктным кардиосклерозом.

**Материал и методы.** Опрошены пациенты, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ); качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью опросника SF-36. Всего 68 больных – 39 женщин (57,4%) и 29 мужчин (42,6%), средний возраст  $65,32 \pm 10,1$  лет. Пациенты разделены на приверженных и не приверженных к терапии. Создание базы данных и статистическая обработка результатов проводились при помощи программы Microsoft Excel 2007 года и программы Biostat; использовались критерии Стьюдента, Крускала-Уоллиса, Фишера и z-критерий. Значимым считали результат  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В структуре больных, приверженных к лечению: время после ИМ  $0,7 \pm 0,4$  года, 60% женщин, осведомлены о факторах риска ИБС 73,3% (33) больных, соблюдают диету 75,5% (34) больных. Среди пациентов, не приверженных к терапии: время после ИМ  $1,2 \pm 0,6$  года ( $p < 0,05$ ), женщин – 54,5%. Врачебные рекомендации: нитраты, статины, дезагреганты, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы; по показаниям – диуретики, антагонисты кальция; на 1 пациента – 5,7 наименований. Наибольшая приверженность пациентов – к группам препаратов: диуретики (85,7%), дезагреганты (81%), бета-блокаторы (80,2%), ингибиторы АПФ (73,4% от числа назначений). Недостаточная приверженность: нитраты (62%), статины (57%), антагонисты кальция (53,8%). Соблюдение врачебных рекомендаций – 73,5%. Причины несоблюдения рекомендаций: женщины указывают забывчивость и прием “по потребности”, мужчины – “ничего не беспокоит” или “отсутствие средств”. Имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение: среди приверженных – 57,8%, не приверженных – 77,3%. Лечение считают эффективным: приверженных – 53,3%, не приверженных 18,2% пациентов. С возрастом приверженность снижается. Качество жизни после ИМ значительно снижено, преимущественно за счет физического компонента (ФК) ( $38,3 \pm 13,5$  б.); психический компонент (ПК) –  $56,4 \pm 13,5$  б. ( $p < 0,001$ ). По мере отдаления ИМ выявлено улучшение показателей ФК ( $p = 0,003$ ), и ПК ( $p = 0,02$ ) КЖ. У приверженных к лечению КЖ выше: ФК  $41,4 \pm 13,9$  б., ПК  $62 \pm 14,0$  б., у неприверженных – ФК  $36,3 \pm 15,3$  б., ПК  $51,3 \pm 19,5$  б. ( $p < 0,05$ ). Трое мужчин с высоким КЖ (ФК-51,3±18,9; ПК-75,3±20,3 б.) и низкой приверженностью отметили отсутствие эффекта от лечения. КЖ больных, всегда выполняющих рекомендации, выше (ФК-38±16,36; ПК-57,6±18,2 б.) по сравнению с пациентами, не всегда принимающими лечение (ФК-35,7±15,8 б.; ПК-49,6±19,3 б.), и ниже по сравнению с больными, не приверженными к лечению (ФК-58,7±13,3 б.; ПК-82,3±7,8 б.).

**Выводы.** 1. Высокой приверженности способствуют женский пол, недавний ИМ, информированность о факторах риска ИБС, достижение клинического эффекта, доверие пациентов врачам; 2. Факторы низкой приверженности: недостаточный уровень медико-социальной информированности, мужской пол, удаленный срок от ИМ; 3. КЖ значительно снижено в ближайший постинфарктный период с улучшением в отдаленных сроках после ИМ; имеется неоднозначная зависимость между качеством жизни и приверженностью пациентов к лечению.

## 112 СОСТОЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЬНИЦ КРУПНЫХ ГОРОДОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ

*Кутузова А. Э., Калинина Е. А., Kutuzova E., Steiger C.*

ФГБУ “Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им.В.А.Алмазова”, ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им.И.П.Павлова, Санкт Петербург, Россия; Фитнесс клуб, Торонто, Канада

**Цель:** провести сравнительное исследование факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у регулярно занимающихся фитнесом жительниц крупных городов.

**Материал и методы.** В исследование вошли посещающие оздоровительные фитнес-тренировки 146 жительниц г. Санкт-Петербурга, РФ (125 женщин в возрасте  $31 \pm 1$  год и 22 женщины в возрасте  $55 \pm 1$  год, группа СПб) и 100 жительниц г. Торонто, Канада (50 женщин в возрасте  $31 \pm 1$  год и 50 женщин в возрасте  $59 \pm 1$  год, группа Т). Все испытуемые были опрошены для изучения их медицинского и спортивного анамнеза, особенностей стиля жизни, целей фитнес-тренировок. Были выполнены антропометрические исследования, изучалась переносимость аэробных физических нагрузок (ФН) с помощью скринирующих методик: Текумзе степ-теста в группе СПб и тредмил-фит-теста в группе Т. Кроме того, для выявления аффективных расстройств у испытуемых группы СПб применялась Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии.

**Результаты.** Респондентки чаще всего отмечали у себя заболевания опорно-двигательной системы, а также жаловались на “проблемы с сердцем” и повышение артериального давления (АД) (41%:47%, 29%:2% и 16%:15% случаев в группах СПб и Т, соответственно). Регулярную гипотензивную терапию получали все нуждающиеся в ней представительницы группы Т и лишь 9% занимающихся фитнесом петербурженок. Свой уровень общего холестерина смогли указать 17% представительниц группы Т и ни одна респондентка группы СПб. В группах СПб и Т курили 7% и 9% опрошенных, соответственно. Средние значения ИМТ у женщин <50 лет составили  $24,6 \pm 0,6$  кг/м<sup>2</sup> в группе СПб и  $25,6 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup> в группе Т, при этом, в обеих группах избыточный вес тела регистрировался более, чем у 60% женщин старше 50 лет. В соответствии с результатами исходных стресс-тестов высокую аэробную работоспособность демонстрировали 61% представительниц группы Т и только 15% представительниц группы СПб. Кроме того, у 6,4% занимающихся фитнесом петербурженок с исходно нормальным АД регистрировался гипертензивный тип гемодинамического обеспечения ФН. Цели фитнес-занятий в группах СПб и Т оказались следующими: укрепление здоровья (79%:32%), повышение мышечного тонуса (18%:72%), обретение физической формы (13%:20%), улучшение внешности (9%:2%), снижение веса (32%:68% случаев, соответственно). 22% петербурженок, указавших на “проблемы с сердцем”, не считали “оздоровление” основной целью своих занятий фитнесом. В группе СПб по данным ГШТД аффективные расстройства выявлены не были, однако, уровень депрессии оказался ассоциирован с величиной ИМТ ( $r=0,37$ ,  $p<0,05$ ), а 22% женщин <50 лет с ИМТ <25кг/м<sup>2</sup> предполагали на фитнес-занятиях снижать вес для улучшения своего внешнего вида.

**Выводы.** Физически активные жительницы крупных городов, занимающиеся фитнесом, нуждаются в информировании и консультировании по вопросам оздоровления образа жизни и могут рассматриваться как дополнительная целевая группа для коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

## 113 ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

*Мирошниченко А. И.\*, Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г.\*, Курбатова И. И.\*, Аверьянова Е. С.\**

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; НУЗ ОКБ на станции Барнаул\*, Барнаул, Россия

**Цель:** выявление предикторов развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у мужчин с профессиональным стрессом и артериальной гипертонией.

**Материал и методы.** Проведено обследование 204 работников локомотивных бригад (II стресс модель по Karasek-Theorell) – машинистов и помощников машинистов, средний возраст  $44,2 \pm 3,8$  лет. 1-ую группу составили лица с нефатальными ССО ( $n=50$ , средний возраст  $46,0 \pm 5,3$  лет); 2 группу – 154 человека без ССО ( $n=154$ , средний возраст  $44,2 \pm 4,1$  лет). В обеих группах проведен ретроспективный анализ факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, ЧСС в покое, типов ремоделирования миокарда и толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) за пятилетний период на основе данных ежегодного диспансерного наблюдения.

**Результаты:** На 1-м этапе для выявления предикторов развития ССО проведен логит-регрессионный анализ за 5 лет и за 1 год до развития ССО. По его результатам предикторами ССО на протяжении всех интервалов исследования явились: курение (OR 0,38,  $p=0,04$ ), отягощенный СС анамнез (OR 0,3,  $p=0,008$ ), гиперхолестеринемия (OR 0,005,  $p<0,0001$ ) и ТИМ>0,9 (OR 0,2,  $p<0,0001$ ). Кроме того за 5 лет до возникновения ССО имели значение гипертриглицеридемия (OR 3,6,  $p=0,004$ ) и гипертрофия левого желудочка (OR 7,9,  $p=0,03$ ). А за 1 год до ССО значимо влияли на развитие осложнений помимо основных факторов, такие как САД>140 (OR 0,4,  $p=0,003$ ), ДАД>90 (OR 0,0008,  $p<0,0001$ ), ЧСС>80 (OR 0,004,  $p<0,0001$ ) и наличие атеросклеротической бляшки (OR 0,3,  $p=0,03$ ).

На 2-м этапе для выявления вклада каждого из предикторов в развитие ССО проведен дискриминантный анализ. За 5 лет до возникновения ССО выявлен следующий порядок предикторов по мере убывания значимости: ЛПОНП ( $p<0,0001$ ), ТИМ в мм ( $p=0,01$ ), курение ( $p=0,01$ ), тип геометрии ЛЖ ( $p=0,02$ ), ЧСС>80 ( $p=0,02$ ) и гиперхолестеринемия ( $p=0,03$ ). За 1 год до события: ДАД>90 ( $p<0,0001$ ), относительная толщина стенки левого желудочка ( $p<0,0001$ ), атеросклеротическая бляшка ( $p=0,002$ ), ТИМ в мм ( $p=0,03$ ), курение ( $p=0,04$ ) и тип геометрии левого желудочка ( $p=0,04$ ).

**Выводы.** Ведущими предикторами развития ССО у мужчин с артериальной гипертонией и профессиональным стрессом на протяжении 5 лет являются: курение, отягощенный СС анамнез, гиперхолестеринемия, ТИМ>0,9 и тип ремоделирования миокарда. А за год до развития ССО присоединяются САД>140, ДАД>90, ЧСС>80 и наличие атеросклеротической бляшки.

## 114 РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Михайловская Т. В., Мишина И. Е.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

**Цель:** выявить прогностически важные факторы у больных гипертонической болезнью (ГБ) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) и оценить их влияние на развитие неблагоприятного клинического исхода.

**Материал и методы.** В исследование было включено 125 пациентов с ГБ, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии в течение первых 48 часов развития ИИ. Средний возраст больных составил 67 [60; 74] лет (Ме, 25% и 75%), среди них было 63 мужчины и 62 женщины. Все пациенты были обследованы в соответствии со стандартами ведения больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). В течение острого периода ИИ у 20 пациентов (I группа) наблюдался неблагоприятный исход заболевания. Среди них у 18 пациентов был зарегистрирован летальный исход, у 2 пациентов развилось повторное ОНМК. Вторую группу составили 105 пациентов (84%) с благоприятным клиническим исходом. Путем составления таблиц сопря-

женности были рассчитаны относительный риск (ОР) развития неблагоприятного исхода у больных ГБ в остром периоде ИИ и 95% доверительный интервал (ДИ) ОР.

**Результаты.** Среди 378 проанализированных факторов прогностическую значимость в отношении развития неблагоприятного исхода у пациентов с ГБ в остром периоде ИИ имели следующие показатели. ОР неблагоприятного исхода был в 2,4 раза выше у пациентов 60–69 лет (ДИ 1,1–5,4) и почти в 4 раза выше у пациентов с ожирением III степени (индекс Кетле  $\geq 40$  кг/м<sup>2</sup>) (ДИ 1,6–9,95). Наличие в анамнезе ОНМК повышало риск неблагоприятного исхода в 2,6 раза (ДИ 1,2–5,7), а перенесенного инфаркта миокарда – в 4,6 раз (ДИ 2,1–9,9). У пациентов без повышения АД в дебюте ИИ (систолическое АД на догоспитальном этапе < 140 мм рт.ст.) ОР неблагоприятного исхода был повышен в 3,9 раз (ДИ 1,8–8,5). Повышение ОР неблагоприятного исхода наблюдалось при снижении ударного объема < 60 мл (ОР = 8,98; ДИ 3,98–14,3) и снижении сердечного индекса < 2,2 мл\*сек/м<sup>2</sup> (ОР = 5,21; ДИ 2,5–10,98). Тахикардия по данным суточного мониторирования АД (среднесуточная частота пульса >90 ударов в минуту) была ассоциирована с повышением ОР неблагоприятного исхода в 6 раз (ДИ 2,9–6,5), низкая скорректированная вариабельность систолического АД в течение суток (< 11 мм рт.ст.) – с повышением ОР неблагоприятного исхода в 2,1 раза (ДИ 1,4–3,8). Обширный ИИ (объем инфаркта  $\geq 90$  см<sup>3</sup>) и выраженный неврологический дефицит (сумма баллов по шкале NIHSS в 1 сутки ИИ >16 баллов) имели отрицательное прогностическое значение (ОР=2,6; ДИ 1,1–6,2 и ОР=2,9; ДИ 1,3–6,5, соответственно). Прогностически неблагоприятной являлась также локализация ИИ в бассейне внутренней сонной артерии (ОР 4,9; ДИ 2,2–10,7).

**Выводы.** Предикторами неблагоприятного исхода у пациентов с ГБ в остром периоде ИИ являются: возраст 60–69 лет, ожирение III степени, ОНМК и инфаркт миокарда в анамнезе, систолическое АД < 140 мм рт.ст. в дебюте ИИ, снижение ударного объема <60 мл и сердечного индекса <2,2 мл\*сек/м<sup>2</sup>, скорректированная вариабельность систолического АД в течение суток <11 мм рт.ст., число баллов по шкале NIHSS > 16, обширный инфаркт головного мозга и локализация ИИ в бассейне внутренней сонной артерии.

## 115 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШАХТЕРОВ

Мулерова Т. А., Скрипченко А. Е., Огарков М. Ю., Максимов С. А., Артамонова Г. В.

ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово; ГБОУ ДПО НГИУВ, Новокузнецк, Россия

**Цель:** оценить риск развития артериальной гипертензии (АГ) у работников угольных предприятий.

**Материал и методы.** Обследовано 792 шахтера. Средний возраст – 41,3±0,34 лет. Измерение АД проводилось по методике ВОЗ/МОАГ (1999 г). Диагноз АГ выставлялся лицам с АД  $\geq 140/90$  мм.рт.ст. или принимавшим антигипертензивные препараты во время обследования. Обследуемым лицам измеряли рост и массу тела, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), по которым рассчитывали индекс Кетле (ИК) и индекс талия/бедро (ИТБ). Были изучены показатели липидного обмена (уровень общего холестерина (ОХС) плазмы крови, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и индекс атерогенности (ИА)). В результате сформированы две группы: первая – лица с нормальными показателями, вторая – с отклонением от нормы. О силе ассоциации между изучаемыми показателями и АГ судили по критерию относительного риска (ОР).  $ОР = [fn (1 - fk)] / [fk (1 - fn)]$ , где fn – фракция носителей фенотипа среди больных; fk – фракция носителей фенотипа в контрольной группе. Статистическая обработка проводилась с помощью программы “STATISTICA 6.1”.

**Результаты.** Самым значимым фактором риска развития АГ у шахтеров оказалось ожирение. Среди лиц с АГ ожирение

встречается в 2,3 раза чаще, чем при её отсутствии (33,5% против 14,7%, ОР=2,90). Повышенное значение ОТ среди больных АГ было выявлено в 1,6 раза чаще, чем среди здоровых (61,2% против 37,9%, ОР=2,59). Следующим по значимости критерием был возраст 50 лет и старше, их доля в группе лиц с АГ равна 29,6%, а у здоровых – 16,4%, ОР=2,14. Затем следует повышенный уровень ХС-ЛПНП (45,1% и 28,7%, соответственно, ОР=2,03). Менее значимыми критериями риска развития АГ являются ИА и ИТБ. В группе больных АГ выявлено 34,2% лиц с повышенным ИА, что в 1,7 раза больше, чем среди здоровых (20,5%) (ОР=1,98) и с повышенным ИТБ – 72,3% и 57,3%, соответственно, ОР=1,97. Определенное значение имеет уровень ОХС (среди больных АГ гиперхолестеринемия установлена у 52,4% лиц, что в 1,5 раза больше, чем у здоровых (36,1%, ОР=1,95). Повышенный уровень ТГ выявлен у 58,5% больных АГ и только у 42,2% здоровых (ОР=1,93), что также позволяет использовать этот критерий для оценки риска развития АГ.

**Выводы.** АГ чаще регистрируется среди шахтеров в возрасте 50 лет и старше, имеющие повышенную массу тела. У лиц с АГ чаще, чем у здоровых отмечаются отклонения от нормальных значений ХС-ЛПНП, ИА, ИТБ, ОХС, ТГ (по приоритету относительного риска АГ).

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований: “Разработка и внедрение системы первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии у работников угольных предприятий”, грант № 12–06–00107.

## 116 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КБС

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

Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызская Республика

**Цель.** Изучить распространенность уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья (УСКз) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) и ее влияние на формирование метода лечения в группах больных, прошедших реваскуляризацию миокарда (РМ) и получивших только медикаментозную терапию (МТ).

**Материал и методы.** Были обследованы 106 больных КБС, документированной данными коронароангиографии: 98 (92,45%) мужчин, 8 (7,55%) женщин, средний возраст 53,6±9,0 лет. 52-м больным КБС (49,06%) была проведена РМ, 54 (50,94%) получали только МТ. Для определения УСКз использовали соответствующую шкалу методики УСК (вариант ответов по 6-ти бальной шкале).

**Результаты.** Средний балл по шкале УСКз в общей группе обследованных 106 больных КБС составил 3,65±4,83 балла, что соответствовало экстеральному типу УСКз. Для процентного выражения соотношения количества больных с экстеральным и интервальным типом УСКз баллы по этой шкале были переведены в стандартную систему единиц (стены). В общей группе обследованных было 45 (42,45%) больных с экстеральным (1–4 стена), 51 (48,11%) – с интервальным (6–10 стенов) типом УСКз, и 10 (9,44%) больных со средне-статистическим значением (5 стенов). Далее был проведен анализ средних значений и процентного соотношения экстерального и интервального типов УСКз в группах больных с РМ и МТ. Так, в группе больных с РМ средний балл по шкале УСКз составил 2,88±5,53, что соответствовало экстеральному типу УСКз, а в группе МТ среднее значение этого показателя было выше – 4,38±4,04 балла, различие недостоверно. Однако анализ распространенности (в процентном выражении) экстерального и интервального типов УСКз в группах с РМ и МТ выявил, что в группе с РМ достоверно чаще

встречался экстернальный ( $n=28, 53,85\%$  -РМ;  $n=17, 31,48\%$  -МТ,  $p<0,01$ ), а в группе с МТ - чаще интернальный ( $n=28, 51,85\%$  - МТ;  $n=22, 42,30\%$  - РМ, различие недостоверно) тип УСКз. Кроме того, достоверно различалась частота встречаемости среднестатистического значения (5 стенов) по шкале УСКз в сравниваемых группах, которая была достоверно выше в группе больных с МТ ( $n=9, 16,67\%$  - МТ и  $n=2, 3,85\%$  - РМ,  $p<0,09$ ).

**Заключение.** Можно предположить, что, наряду с другими факторами (социально-экономический статус, особенности соматического состояния) экстернальный тип УСКз оказывает определенное влияние на формирование выбора метода лечения КБС: РМ или МТ.

## 117 ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ТРУДОВЫХ КОЛЛЕКТИВАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗОВАННОГО СКРИНИНГА

Найденова Н. Е., Самарина С. А., Лобыкина Е. Н.<sup>1</sup>

ОГАУЗ "Томская областная клиническая больница", Томск, ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей" МЗ РФ<sup>1</sup>, Россия

**Цель.** Повышение мотивации к формированию здорового образа жизни у трудоспособного населения Томской области.

**Материал и методы.** Профилактическое вмешательство состояло из 2-х этапов. На 1-м этапе (диагностическом) в 2012 г. в отделении "Центр здоровья" ОГАУЗ "ТОКБ" было обследовано 2,5 тыс. человек трудоспособного возраста различных социально-возрастных групп из 96 организаций и учреждений 7 муниципальных образований Томской области. Из них скрининг на рабочем месте (т. е. в трудовых коллективах) проведен 900 работающим. Использовался стандартный комплекс диагностических систем, принятый в Центрах здоровья. На основании результатов обследования были сформированы группы, в которых проводились занятия "Школ здоровья" по коррекции факторов риска (ФР) (2-й этап - обучающий). Использовались образовательные программы, утвержденные ФГБУ "ГНИЦ профилактической медицины" МЗ РФ.

**Результаты.** ФР социально значимых заболеваний в том или ином соотношении выявлены у всех категорий граждан: преобладали повышенный уровень артериального давления (АД), избыточная масса тела (ИМТ) и табакокурение. На рабочем месте отмечен более высокий отклик на участие в профилактическом вмешательстве: 94% на диагностическом этапе. Отклик на участие в профилактическом вмешательстве на базе ЛПУ на диагностическом этапе составил 86,5%. В организованном коллективе на рабочем месте посещение занятий в "Школах", направленных на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и отказ от курения, организованных и проводимых на базе учреждений (т. е. выездная форма работы), имело также более высокий повторный отклик. Время проведения "Школ" - обеденный перерыв. В аналогичных "Школах", проводимых в Центре здоровья, посещаемость пациентом трудоспособного возраста 2-го и 3-го занятия была низкая, что связано с графиком работы пациентов. Анализ эффективности профилактической работы в организованных группах населения через 3 месяца оценивался по уровню АД: целевые уровни артериального давления имели 94,7% лиц с артериальной гипертензией при проведении профилактического вмешательства на рабочем месте; 63,4% - при проведении вмешательства на базе ЛПУ.

**Выводы.** 1. Анализ выявляемости ФР социально значимых неинфекционных заболеваний при технологии скрининга организованных и неорганизованных групп населения показал, что стратегии профилактики более эффективны, если внедряются на рабочем месте. 2. Применение технологии скрининга в организованных группах населения позволяет оптимизировать процесс формирования групп с риском развития социально значимых неинфекционных заболеваний. 3. Выездная форма работы с организованными группами населения позволяет не только более четко осуществлять активный скрининг, но и более эффективно проводить оздоровительную работу и оценивать ее эффективность.

## 118 ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

Осипова И. В., Калинина И. В., Антропова О. Н., Курбатова И. И.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО "РЖД", Барнаул Россия

**Цель:** оценить частоту висцерального ожирения (ВО) и его связь с кардиометаболическими факторами риска (ФР) у лиц стрессовой профессии

Для проведения биоимпедансометрии были обследованы мужчины ( $n=50$ ) с высоким профессиональным стрессом (средний возраст  $40,4\pm 11,1$  лет), у которых МС (ВНОК, 2009) диагностировали в 48% случаев. Проводили посегментный анализ состава организма на аппарате Tanita BC-418, включая висцеральный жир, индекс массы тела (ИМТ). Оценивали окружность талии (ОТ, см), офисное артериальное давление (АД, мм рт.ст.), оценивали липидный спектр, уровень глюкозы, риск по PROCAM.

Абдоминальное ожирение  $OT>94$ см выявлено в 68%, а ВО (биоимпедансометрия) - в 44% случаев. У мужчин ВО ассоциируется с  $OT>94$ см в 100% случаев. АО чаще встречалось у некурящих в 2,5 раза (34 и 86%;  $\chi^2=10,8$ ;  $p=0,001$ ), имеющих повышение САД и ДАД в 2 и 5 раз (66 и 26%;  $\chi^2=4,92$ ;  $p=0,03$  и 66 и 13%;  $\chi^2=9,35$ ;  $p=0,002$ ), гиперхолестеринемии в 2,4 раза (72 и 30%;  $\chi^2=4,69$ ;  $p=0,04$ ) в сравнении с лицами без АО. При  $AO>94$ см показатель ОХС и ТГ был выше в 1,2 раза ( $p=0,034$ ), что подтверждают результаты корреляционного анализа. Висцеральный жир имел сильную корреляционную связь с ИМТ ( $R=0,7$ ;  $p=0,0001$ ), ОТ ( $R=0,89$ ;  $p=0,0001$ ), среди мужчин с ВО 78% имели окружность талии  $>102$ см, а 16%  $94-102$ см. Обнаружена сильная прямая корреляционная связь уровня висцерального жира с ДАД ( $p=0,001$ ), МС ( $p=0,0000$ ), а средняя сила связи с глюкозой плазмы крови и САД ( $p=0,001$ ), с риском по PROCAM ( $R=0,4$ ;  $p=0,02$ ). Лица с ВО курили также реже в 2,4 раза ( $\chi^2=4,21$ ;  $p=0,029$ ), повышение САД и ДАД наблюдалось чаще в 4 раза ( $\chi^2=9,0$ ;  $p=0,003$  и  $\chi^2=11,8$ ;  $p=0,0006$ , соответственно), ОХС и ХС ЛПНП в 2 раза ( $\chi^2=4,75$ ;  $p=0,028$ ;  $\chi^2=4,34$ ;  $p=0,038$ ), увеличение глюкозы крови в 1,1 раза ( $5,29\pm 0,93$  и  $4,58\pm 0,5$  ммоль/л;  $p=0,03$ ) по сравнению с лицами без ВО. У мужчин с ВО недостаточное содержание мышечной массы регистрировалось чаще в 3 раза (89 и 29%;  $\chi^2=12,36$ ;  $p=0,0004$ ), воды в 14 раз (56 и 4%;  $\chi^2=12,03$ ;  $p=0,0005$ ) по сравнению с лицами без ВО. Висцеральный жир имел прямую корреляционную связь умеренной силы с количеством мышечной массы (в кг) ( $R=0,5$ ;  $p=0,0004$ ), но отрицательную сильную связь с долей мышц ( $R=-0,9$ ;  $p=0,0001$ ) и воды ( $R=-0,8$ ;  $p=0,0001$ ) в составе тела. Дискриминантный анализ включал 6 признаков: ОТ, ИМТ, висцеральный жир, масса воды, жира, мышц в кг. Из них в уравнение вошли два, которые вносят наиболее статистически значимый вклад в оценку риска ишемических событий: висцеральный жир и содержание воды в кг. ( $F(2,22)=7,7671$   $p<0,0028$ ). Процент правильного распределения признаков в нашей модели составил 96%.

**Выводы.** Показатель висцерального жира у мужчин стрессовой профессии связан с повышением уровня ДАД, САД, а также глюкозы крови и риском развития ишемических событий. Биоимпедансометрия позволяет определять неблагоприятные изменения состава тела - дефицит мышечной массы, воды, избыток воды.

## 119 ОСОБЕННОСТИ И РАССТРОЙСТВА СНА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Осипова И. В., Пырикова Н. В., Антропова О. Н., Комиссарова И. И.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрав РФ, Барнаул, Россия

**Цель:** изучить особенности сна у работников локомотивных бригад.

**Материал и методы:** обследовано 110 мужчин (машинисты и помощники машинистов локомотивного депо Барнаул)

в возрасте 20–54 лет. Все опрошенные работали и в дневные и в ночные смены. Проанализированы особенности и нарушения сна с помощью анкеты, предложенной научным клиническим центром ОАО “РЖД”. Анкета состояла из 20 вопросов, направленных на выявление расстройств сна: продолжительность сна в сутки с разными рабочими сменами (дневную, ночную, в выходной день); продолжительность сна до и после ночной смены; оценка качества сна, способы борьбы с сонливостью в рабочее время.

**Результаты.** Среди опрошенных было 52,7% машинистов и 47,3% помощников машинистов; 25,5% человек работали в пассажирском движении, 30% в грузовом, 35,5% в маневровом и 13,6% в пригородном; 12,7% мужчин работали в одно лицо. По типу управляемого транспортного средства 4,5% человек указали моторвагонный состав, 25,5% электровоз и 71,8% тепловоз. Подавляющее большинство опрошенных начинали испытывать усталость к концу рейса не зависимо от смены: 77,3% человек во время дневной смены и 74,6% в ночную смену. В ночную смену несколько увеличилось число работников, испытывающих усталость уже к середине рейса – 10,9% мужчин. При оценке качества сна в не рабочее время выяснилось, что 31,8% человек имеют различные нарушения сна. Самыми распространенными жалобами были чуткий сон – 51,4% опрошенных, затем затрудненное засыпание – 17,1%, равное количество человек отмечали как беспокойный сон, так и частое пробуждение (14,3%), бессонница выявлена у 2,9%. Установлен высокий процент (74,5%) сонливости во время рейса, причем большинство испытывало ее именно ночью. Практически все опрошенные, а именно 81,8% применяли различные средства борьбы с сонливостью, наиболее распространенным являлось употребление различных тонизирующих напитков (крепкий чай, кофе) 41,1% человек, курение 10,6% опрошенных, прием пищи 9,2%, и физические упражнения в различных сочетаниях 3,6%. Мужчины спали как перед ночной сменой (85,5%), так и после ночной смены (93,6%). Храп (со слов окружающих) отметило 39,1% человек. При оценке индекса массы тела и наличия храпа оказалось, что несколько чаще храп встречался у лиц с избыточной массой тела и ожирением I степени (43,3 и 42,9%, соответственно), у лиц с нормальной массой тела наличие храпа выявлено у 21,2%. Во время поездки мужчины выкуривали приблизительно одинаковое количество сигарет как в ночную, так и в дневную смену ( $15,5 \pm 6,0$  и  $14,3 \pm 5,5$  сигарет соответственно).

Таким образом, усталость во время рейса имеет место у большинства работников локомотивных бригад, причем в дневную смену усталость наступает к концу рабочей смены, а в ночную – в середине рейса. Треть работающих имеют различные нарушения сна, наиболее распространенным является чуткий сон. В большинстве случаев мужчины в качестве средства борьбы с сонливостью во время рейса используют крепкий чай и кофе, курение.

## 120 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С ПОВЫШЕННОЙ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТЬЮ

Осипова И. В., Пырикова Н. В., Антропова О. Н., Комиссарова И. Н.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрав РФ, Барнаул, Россия

**Цель:** изучить особенности поведенческих факторов риска у работников локомотивных бригад в зависимости от стресс-реактивности гемодинамики.

**Материал и методы.** Обследовано 69 мужчин (машинисты и помощники машинистов) в возрасте 20–55 лет. Проводился анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, профессиональных факторов, оценка психоэмоционального статуса (самооценка психосоциального стресса Ридера, HADS, Спилберга–Ханина). Для оценки стресс-реактивности выполнялся тест “математический счет”, повышенная стресс-реактивность расценивалась при приросте систолического артериального давления более 7% и/или приросте

частоты сердечных сокращений более 10% от исходных показателей.

**Результаты.** По результатам стресс-теста “математический счет” сформированы 2 группы: 1-я – 24 работника локомотивных бригад с повышенной стресс-реактивностью гемодинамики (34,8%); 2-я – 45 лиц с нормальной гемодинамической реакцией на стресс (65,2%). Группы были сопоставимы по возрасту и профессиональным признакам (должность, стаж работы). Такие поведенческие факторы риска, как соблюдение режима питания, ежедневное употребление овощей и фруктов, избыточная масса тела и ожирение, окружность талии (>94 см у мужчин) встречались с одинаковой частотой в обеих группах. В 1-й группе мужчины на 13,6% чаще употребляли алкоголь выше допустимых значений, чем во 2-й ( $p > 0,05$ ), при этом во 2-й группе в 8,9% случаев встречались мужчины, которые не употребляли алкоголь в течение последнего года, а в 1-й таких людей не встречалось вовсе. Машинисты и их помощники с повышенной и нормальной стресс-реактивностью курили с одинаковой частотой (41,7 и 31,1% соответственно), при этом, как в 1-й, так и во 2-й группе курили на рабочем месте в 1,5 раза чаще, чем в выходной день ( $p < 0,05$ ). Мужчин, имеющих ранний анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, в 1-й группе было больше на 10,3% ( $p > 0,05$ ), чем во 2-й группе (12,5 и 2,2%, соответственно). При анализе результатов опросника Ридера было установлено, что в 1-й группе средний уровень стресса встречался в 54,2%, среди 2-й группы таких лиц не было выявлено. Во 2-й группе в 4,5 раза чаще ( $p < 0,01$ ) встречался низкий уровень стресса по Ридеру, чем в 1-й группе. В 1-й группе выявлена субклиническая тревога чаще в 3,7 раз ( $p = 0,03$ ), чем во 2-й группе; распространенность субклинической депрессии в обследуемых группах находилась на одном уровне (4,2 и 4,4%, соответственно). По шкале Спилберга-Ханина в обеих группах с одинаковой частотой встречались мужчины как со средним уровнем реактивной (58,3% и 53,3% соответственно) и личностной тревожности (41,7% и 51,1% соответственно), так и с низким уровнем данных показателей (41,7% и 46,7% соответственно для реактивной тревожности; 58,3% и 48,9% соответственно для личностной тревожности).

Таким образом, у мужчин с повышенной стресс-реактивностью гемодинамики встречался чаще средний уровень психосоциального стресса по Ридеру и субклиническая тревога, выявлена тенденция к увеличению встречаемости раннего сердечно-сосудистого анамнеза и употреблению алкоголя выше рекомендуемых значений.

## 121 ЧАСТОТА СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК КРИТЕРИЙ КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МИОКАРДА

Павлов В. И., Линде Е. В., Деев В. В., Николаев В. В., Иванова Ю. М.

Клиника спортивной медицины Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва, Россия

Известно, что частота сердечных сокращений (ЧСС) у лиц, с высокими компенсаторными возможностями миокарда, в покое ниже, чем у лиц, не занимающихся спортом, не тренирующихся и не подвергающихся кардиореабилитации. Известно, что ЧСС в покое обусловлена объемом, характером физических нагрузок, возрастом и некоторыми другими факторами.

**Цель:** рассмотреть изменения ЧСС в покое, и, следовательно, уровень возрастания резервных возможностей миокарда в зависимости от стажа кардиотренировок.

**Материал и методы:** в исследование вошло 2132 человека, сопоставимых по основным физиологическим параметрам, и активно занимающихся физической культурой и спортом.

В зависимости от стажа занятий спортом, исследуемые были разделены на 6 групп: лица со стажем тренировок до 2,5 лет – 236 человек; со стажем от 2,6 до 5 лет – 377 человек; со стажем от 6 до 10 лет – 805 человек; со стажем от 11 до 15 лет – 448 человек; со стажем от 16 до 20 лет – 145 человек;

со стажем более 21 года – 55 человек; и 66 человек, чей стаж занятий физической активностью и спортом был неизвестен. Регистрировалась ЭКГ в покое лежа при соблюдении всех стандартных условий.

**Результаты.** У лица с тренировочным стажем до 2,5 лет ЧСС составила  $68 \pm 13,46$  уд/мин; со стажем от 2,6 до 5 лет –  $63 \pm 11,79$  уд/мин; со стажем от 6 до 10 лет –  $59 \pm 11,80$  уд/мин; со стажем от 11 до 15 лет –  $57 \pm 11,81$  уд/мин; со стажем от 16 до 20 лет –  $55 \pm 11,83$  уд/мин; со стажем более 21 года –  $53 \pm 11,81$  уд/мин. При статистическом анализе методом ANOVA, различия между группами были достоверными ( $p < 0,001$ )

**Выводы.** Стаж кардиотренировок вне зависимости от возраста оказывает влияние на ЧСС и компенсаторные возможности миокарда.

## 122 МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ НА БАЗЕ ВОРОНЕЖСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

*Петрова Т. Н., Зуйкова А. А.*

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

**Цель:** разработка и апробация научно-обоснованной модели формирования здоровьесберегающей среды с учетом индивидуального подхода к участникам образовательного процесса вуза.

**Материал и методы.** На основе комплексного анализа была разработана и внедрена в деятельность академии многоуровневая и многокомпонентная модель научно-образовательного и консультативно-оздоровительного академического центра здоровья студентов. В основу проекта положен поэтапный программно-целевой подход, разработанный на кафедре поликлинической терапии и общей врачебной практики.

**Результаты.** Предложенная модель, положения, структура и формы организационной деятельности – это совершенно новый технологический механизм реализации образовательных и оздоровительных программ, направленных на формирование здорового образа жизни и проведение научных исследований в данном направлении.

Исходя из реальных возможностей на сегодняшний день, студенческий Центр здоровья предусматривает решение следующих задач:

1. Исследование состояния здоровья студентов академии.
2. Научная апробация оздоровительных систем.
3. Формирование системно-упорядоченного комплекса междисциплинарных знаний, охватывающих теоретическую и практическую подготовку учащихся, тесно связанного с методическими и организационными основами здорового образа жизни, навыков самостоятельной организации досуга с использованием средств физической культуры и спорта.
4. Включение студентов в реальную научно-образовательную практику, имеющую личностную, социальную и профессиональную ценности предупреждения и первичной профилактики неинфекционной заболеваемости.
5. Содействие разностороннему развитию организма, сохранению и укреплению здоровья, повышению уровня физического развития, подготовленности профессионально значимых физических качеств будущих специалистов.
6. Организация оздоровительной работы среди студентов по месту жительства (преимущественно это касается иногородних студентов).

Уже сегодня мы с полной уверенностью можно сказать, что внедрение в практику современных технологий здоровьесбережения учащейся молодежи, позволяет значительно расширить технологический диапазон формирования культуры здорового образа жизни будущих специалистов, специалистов высокого класса, поскольку в нашем случае это выпускники, которые несут ответственность не только за свое, но и общественное здоровье. Результаты, которые мы получили, подтверждают существенную экономическую выгоду таких программ не только на региональном, но и на Государственном уровне.

## 123 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Пырикова Н. В.*

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО “РЖД”, Барнаул; ГБОУ ВПО АГМУ Минздрав РФ, Барнаул, Россия

**Цель:** разработать, апробировать и оценить эффективность организационной модели первичной профилактики на рабочем месте у мужчин с профессиональным стрессом.

**Материал и методы:** исследование выполнялось среди машинистов и помощников машинистов станции Барнаул (средний возраст  $38,2 \pm 4,6$  лет). Проводилась “Школа здоровья на рабочем месте” 2 раза в неделю по 15 минут перед “графиком” локомотивных бригад и индивидуальное консультирование по здоровому образу жизни в условиях реабилитационного центра. На I этапе проведено сравнение распространенности факторов риска (ФР) ССЗ в 2006г ( $n=154$ ) и 2011г ( $n=224$ ) г и оценка эффективности групповой “Школы здоровья на рабочем месте”. II этап: динамика поведенческих ФР за год у работников, которые посещали “Школу здоровья на рабочем месте” и индивидуальное консультирование ( $n=88$ ).

**Результаты:** I этап: снижение курения с 65,0% в 2006г до 44,6% в 2011г ( $\chi^2=12,7$ ;  $p < 0,01$ ); в 2006г употребление алкоголя выше рекомендуемых доз встречалось в 3,1 раза чаще ( $\chi^2=26,2$ ,  $p < 0,01$ ), чем в 2011г (65,0 и 20,9%). Избыточная масса тела и ожирение ( $ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ) в 2006г встречались у 72,0% работников, после проведения профилактических мероприятий у 61,1%, т. е. реже в 1,2 раза ( $\chi^2=4,3$ ,  $p=0,03$ ). В 1,5 раза ( $\chi^2=7,7$ ,  $p < 0,01$ ) увеличилось число лиц, имеющих достаточную физическую активность (50,0 и 33,0% соответственно в 2006 и 2011гг). Средняя частота сердечных сокращений в 2006г составила  $77,7 \pm 8,2$  уд в мин и превышала этот показатель в 2011г ( $75,1 \pm 6,8$  уд в мин) на 2,6 уд в мин ( $p < 0,01$ ); в 2006г тахикардия покоя встречалась у 31,8% мужчин, в 2011г у 19,2% работников, что на 12,6% меньше ( $\chi^2=7,3$ ,  $p < 0,01$ ). Распространенность артериальной гипертензии снизилась на 9,1% ( $\chi^2=6,5$ ;  $p=0,01$ ), язвенной болезни на 7,2% ( $\chi^2=6,7$ ,  $p=0,01$ ), хронического панкреатита на 6,6% ( $\chi^2=13,9$ ,  $p < 0,01$ ). На II этапе через 12 мес. снизилось САД на 1,4 мм рт.ст., ДАД на 2,8 мм рт.ст. ( $p < 0,01$ ); число мужчин употребляющих каждый день овощи и фрукты увеличилось на 26,1% ( $\chi^2=14,5$ ,  $p < 0,01$ ); бросили курить 5 мужчин (5,7%), при этом через 12 месяцев на рабочем месте мужчины стали выкуривать меньше на 5,1 сигарету ( $p < 0,01$ ); 2,3% уменьшили употребление спиртных напитков до безопасных доз; после 12 месяцев 13,6% увеличили физическую активность за счет ежедневной ходьбы пешком; недостаточный отдых и сон менее 7 часов при первом посещении встречался у 15,9% лиц, после у 5,7% ( $\chi^2=3,7$ ,  $p=0,05$ ).

Таким образом, “Школа здоровья на рабочем месте” в организованном коллективе позволяет снизить курение на 19,2%; употребление алкоголя на 45,8%, избыточную массу тела и ожирение в 1,2 раза, увеличить ФА в 1,5 раза. Включение в профилактическую программу индивидуального консультирования в течение 1 года позволяет дополнительно снизить САД на 1,4 мм рт.ст., ДАД на 2,8 мм рт.ст., число выкуриваемых сигарет на рабочем месте на 5,1 штуку, употребление алкоголя на 2,2%, увеличить ФА на 13,6%, потребление овощей и фруктов на 26,1%, продолжительности сна (7–8 часов в сутки) на 10,2%.

## 124 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ. ОПЫТ РАБОТЫ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Пягай Н. Л., Иванова Е. С., Шалагин Ю. Д.*

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО “Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации”, Москва, Россия



В Московской области с 2009 г. работают 25 Центров здоровья (ЦЗ) для взрослого населения, которые прочно заняли место в системе здравоохранения, осуществляя функции по индивидуальной и групповой первичной профилактике неинфекционных заболеваний. Одной из проблем, выявившихся за первые годы функционирования ЦЗ, стало акцентирование внимания на показателях посещаемости без проведения анализа наличия факторов риска у людей, пришедших в ЦЗ в целом. На это было указано в протоколе видеоселекторного совещания Минздравсоцразвития России по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака, от 13.02.2012 г. В одном из решений данный документ предлагает провести анализ сложившейся структуры факторов риска развития неинфекционных заболеваний и обеспечить осуществление в ЦЗ систематической работы по их комплексной оценке. Во исполнение вышеуказанного протокола, филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР, выполняющий координацию деятельности ЦЗ в Московской области, разработал анкету по выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний у взрослого населения, посещающего ЦЗ. В настоящий момент проанализированы 12942 анкет (женщин – 7504, мужчин – 5438), собранные данные стратифицированы по полу, возрастным группам (от 18 до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 50 до 60 лет и старше 65 лет). Получены следующие результаты: избыточная масса тела и ожирение среди женщин – 71,1%, мужчин – 65,4%; повышенное артериальное давление среди женщин – 52,9%, мужчин – 56,5%; гипергликемия натощак среди женщин – 26,1%, мужчин – 24,4%; гиперхолестеринемия среди женщин – 45,5%, мужчин – 42,8%; изменения показателей внешнего дыхания – среди женщин – 29,7%, мужчин – 27,6%; курение за последние 30 дней: женщины – 27,5%, мужчины – 45,9%; выявление факторов риска онкологических заболеваний полости рта среди женщин – 11,8%, мужчин – 10,2%; повышенное внутриглазное давление: женщины – 9%, мужчины – 12,1%; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 гр. в день среди женщин – 53,3%, мужчин – 70,7%; недостаточная физическая активность, менее 30 мин в день среди женщин – 60%, мужчин – 62,2%; злоупотребление алкоголем среди женщин – 28,5%, мужчин – 46,4%.

Таким образом, по результатам проведенного анкетирования можно заключить, что распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения Московской области является высокой. Наиболее распространены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как: избыточная масса тела и ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 гр. в день. Эти данные следует учитывать при разработке программ профилактики неинфекционных заболеваний и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения.

## 125 ПРЕДИКТОРЫ РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА

Рубаненко О. А., Качковский М. А., Кириченко Н. А.  
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

**Цель.** Выявить показатели липидного обмена, гемостаза, гемодинамики, ассоциированные с риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов категории высокого и очень высокого риска.

**Материал и методы.** В исследовании включено 132 пациента высокого и очень высокого риска, средний возраст составил  $47,5 \pm 6,7$  лет. У всех больных проводилось исследование показателей липидного обмена (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой и высокой плотности, триглице-

риды (ТГ), гемостаза (фибриноген, время начала АДФ – индуцированной агрегации тромбоцитов (АДФ-ИАТ), D – димер), дисфункции эндотелия (фактор Виллебранда (ФВ)), эхокардиографическое исследование. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили 65 пациентов категории высокого риска (SCORE 5–9%), 2 группу, сопоставимую по полу, возрасту и частоте сопутствующих заболеваний – 67 пациентов категории очень высокого риска смерти от ССЗ (SCORE >10%).

В исследовании проводился корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции Спирмена и бинарный логистический регрессионный анализ с расчетом отношения шансов.

**Результаты.** При проведении корреляционного анализа с риском смерти от ССЗ ассоциировались уровень ТГ ( $R=0,2$ ,  $p=0,03$ ), ФВ ( $R=0,36$ ,  $p=0,001$ ), D – димера ( $R=0,2$ ,  $p=0,04$ ), время начала АДФ-ИАТ ( $R=-0,28$ ,  $p=0,002$ ), конечно – диастолический объем (КДО) ( $R=0,34$ ,  $p=0,001$ ), конечно – диастолический размер (КДР) ( $R=0,26$ ,  $p=0,005$ ), фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ( $R=-0,32$ ,  $p=0,06$ ), толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) ( $R=0,28$ ,  $p=0,002$ ).

Отношение шансов смерти от ССЗ составило для ТГ >2 ммоль/л – 1,6 (1,04–2,5) ( $p=0,03$ ); ФВ >140% – 2,5 (1,2–5,2) ( $p=0,0002$ ); D – димера >1  $\mu\text{g}/\text{мл}$  – 1,87 (0,99–3,5) ( $p=0,049$ ); времени начала АДФ-ИАТ <13,5 сек – 0,7 (0,6–0,9) ( $p=0,002$ ); КДО > 123 мл – 4,4 (2,0–9,5) ( $p=0,0004$ ), КДР > 51 мм – 3,0 (1,4–6,3) ( $p=0,0007$ ), ФВЛЖ < 50% – 1,06 (0,99–1,1) ( $p=0,09$ ), толщина МЖП > 11,5 мм – 2,8 (1,3–5,9) ( $p=0,04$ ).

**Выводы.** Уровень фактора Виллебранда более 140%, D-димера более 1  $\mu\text{g}/\text{мл}$ , время начала АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов менее 13,5 секунд, ТГ более 2 ммоль/л, КДО более 123 мл, КДР более 51 мм, ФВ ЛЖ менее 50%, толщина МЖП более 11,5 мм ассоциировались с очень высоким риском смерти от сердечно – сосудистых заболеваний.

## 126 ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ

Рагель А. С., Рямзина И. Н.

ГБОУ ВПО “ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера” Минздрава, Пермь, Россия

Благодаря организации на территории России Центров здоровья, с 2009 г. появилась возможность оценивать уровень здоровья молодежи и внедрять методы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Цель:** в динамике оценить факторы риска ССЗ у студентов 5–6 курсов лечебного факультета медицинской академии.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 68 человек (46 девушек и 22 юношей), средний возраст  $23,22 \pm 0,17$  лет. Обследование включало в себя сбор анамнеза с выявлением наследственного фактора; измерение роста, веса и подсчет индекса массы тела (ИМТ); определение артериального давления (АД), наличия табакокурения и объема физических нагрузок, экспресс-тест глюкозы и холестерина, тестирование по методике HADS. После первичного обследования студентов прошли курс занятий по сбалансированному питанию, повышению двигательных нагрузок, были мотивированы на отказ от вредных привычек. Повторное обследование в том же объеме было проведено через год.

**Результаты.** По результатам теста HADS у 14,7% студентов отмечалась субклиническая тревога и 7,35% – клиническая тревога. Депрессия субклиническая у 47,7% и клиническая у 8,82%. 20,7% юношей регулярно в течение года посещали спортивные секции, либо занимались физическими упражнениями 3 раза в неделю. ИМТ при первичном обследовании находился в пределах нормы –  $22,54 \pm 0,52$ , при этом 29,5% имели избыточную массу тела, 6,8% – ожирение. При повторной диагностике отмечалась тенденция к снижению ИМТ ( $p>0,05$ ), с избыточным весом было выявлено – 20,4%, с ожи-

рением 2,3%. Уровень систолического артериального давления (САД) при первичном осмотре составлял  $113,68 \pm 1,82$  мм рт.ст., диастолического (ДАД) —  $71,62 \pm 0,99$  мм рт.ст. При этом САД  $\geq 140$  мм рт.ст. выявлено у 5,88% студентов. При повторном обследовании САД —  $118,84 \pm 2,4$  мм рт.ст., ДАД —  $72,55 \pm 1,24$  мм рт.ст. САД  $\geq 140$  мм рт.ст. в динамике составило 13,6%. Следует отметить, что САД было повышено у студентов с выраженной тревогой и депрессией. По лабораторным данным глюкоза крови натощак при первичном обследовании составила —  $5,63 \pm 0,12$  ммоль/л. В динамике отслеживалось снижение уровня глюкозы —  $4,52 \pm 0,19$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). При первичном обследовании уровень холестерина составил  $4,52 \pm 0,12$  ммоль/л, в динамике отмечалось незначительное повышение —  $4,93 \pm 0,22$  ммоль/л. При первичном обследовании 27,9% студентов курило, из них 11,76% (8 человек) девушек, юношей 16,17% (11 человек). После проведенных бесед о профилактике ССЗ и о вреде табакокурения количество курящих значительно уменьшилось до 11,36% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Необходима активная пропаганда здорового образа жизни, в том числе повышение мотивации к занятиям физкультурой и спортом, отказу от вредных привычек, начиная с младших курсов обучения в ВУЗе. Целесообразно проведение курса психотерапии для коррекции уровня тревоги и депрессии у студентов. Занятия на базе Центров здоровья помогают формировать здоровый образ жизни в молодом возрасте.

## 127 АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ОЦЕНКИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОВРАЧЕБНОГО КАБИНЕТА ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Сафононов Д. Т., Кадырова Д. А.

Кафедра семейной медицины № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Проблема выявления факторов риска (ФР) у больных с артериальной гипертензией (АГ) является весьма актуальной в определении тяжести, прогноза, тактики ведения АГ. Экспресс-оценка уровня ФР может проводиться не только врачом, но и медицинской сестрой. Для эффективности и точности работы медицинской сестры, помогает разработка и применение полифункциональных компьютерных систем, позволяющие выделить факторы, имеющие наибольшее значение для формирования индивидуального совокупного риска и сформировать рекомендации по тактике управления этим риском у больных с АГ.

**Цель:** внедрение инновационных технологий, позволяющих вести раннее выявление и объективное количественное наблюдение важных параметров ФР у больных АГ в доврачебных кабинетах (ДК) центров здоровья.

**Материал и методы.** Для определения индивидуального совокупного риска АГ разработана автоматизированная система управления (АСУ), система оценки риска артериальной гипертензии (СОРАГ) на основе российских национальных рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии четвертого пересмотра.

В исследование были включены пациенты, направленные в ДК городских центров в течение трех месяцев ( $n=338$ ) в возрасте 45–68 лет (мужчин — 168, женщин — 170 человек, средний возраст 57,1).

После каждого осмотра больного и занесения данных АСУ сформировывала результаты первичного осмотра, суммирующие сведения о больном: ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в семье, данные антропометрических измерений, степень АГ и группы риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

**Результаты.** Установлено, что 79 из 338 больных (23,3%) имели повышенное артериальное давление (АД). Среди мужчин лиц старше 55 лет было 11 (13,9%), среди женщин лиц старше 65 лет — 10 (12,6%) человек. Следовательно, 21 (26,5%) больных имели немодифицируемый фактор риска — возраст.

Наличие различных факторов у больных с повышенным АД колебалось от 1 до 8, составляя, в среднем,  $4,1 \pm 1,9$  на 1 обследованного. Большинство больных с АГ (56 чел. или 70,8%) имели более 3 стратификационных ФР. При этом 41 человек или 51,9% имели неблагоприятный семейный анамнез по ранним ССЗ. Избыточная масса тела была выявлена у 51 больных (64,5%), средний индекс массы тела составил  $28,8 \pm 4,7$  кг/м<sup>2</sup>. 19 человек (24,0%) являлись курящими. Повышенный уровень холестерина ( $>5$  ммоль/л) обнаружен у 21 больного (26,5%). Нарушения углеводного обмена наблюдалось у 18 (22,7%) пациентов.

**Выводы.** Таким образом, большинство больных АГ имеют не менее 3 стратификационных факторов риска. АСУ СОРАГ позволяет повысить точность оценки риска развития фатальных ССО и ССЗ, получить показатели абсолютного риска для конкретного пациента и даёт возможность исключить малоэффективную и нерациональную нагрузку врачей, вынужденных заниматься осмотрами всех больных на предмет выявления АГ и её ФР.

## 128 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ: ФОКУС-ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ ВРАЧЕЙ

\*Семенова О.Н., \*Наумова Е.А., \*\*Михневич Н.М.

\*ГБОУ ВПО СГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов; \*\*Рекламное агентство Промо-Сити, Саратов, Россия

**Цель:** изучение причин, влияющих на приверженность к терапии.

**Материал и методы.** Исследовано 6 фокус-групп пациентов: 3 — пациенты клинических исследований (КИ), соблюдающие рекомендации врача (группа № 1) и 3 — пациенты стационара, не соблюдающие рекомендации после выписки (группа № 2) и одна фокус-группа врачей. Проводимая беседа модератором (опытным и квалифицированным социологом, без медицинского образования, не знакомого с пациентами и врачами) фиксировалась видеосъемкой и диктофоном.

**Результаты:** приняло участие 47 пациентов: 25 (53,2%) мужчин и 22 (46,8%) женщины, медиана возраста 59 лет и 6 врачей (они крайне неохотно соглашались на участие) — 100% женщины, медиана возраста 31,5. В фокус — группе № 1 было больше больных с перенесенным инфарктом миокарда ( $p=0,0010$ ). Для пациентов группы № 1 болезнь — это “судьба” или “катастрофа”. Только повторная катастрофа заставила их осознать серьезность заболевания. Для пациентов группы № 2 болезнь — это “помеха полноценной жизни”. Их недисциплинированность это осознанное действие, связанное с ленью, “наплеватьским”, или чрезмерно эгоистическим отношением к себе. Пациентами обеих групп подчеркивается недостаток времени у поликлинических врачей на общение с ними. Доверие к врачу во всех группах возводится в “абсолют”. Ответственность за лечение полностью перекладывается на мед.работника. В группе № 1 это ассоциируется с очень высокой оценкой всех личностных и профессиональных качеств “своего” врача и приводит к полному подчинению требованиям доктора. В группе № 2 пациенты считают, что не получают адекватную помощь, и не могут ее получить вследствие низкого уровня организации работы поликлиники и стационара. Проявлять активность в поисках иных источников медицинской помощи они отказываются. По мнению врачей, наличие тяжелого заболевания и мотивация “чувствовать себя хорошо” — важны для продолжения терапии, а непонимание, недисциплинированность и недостаток информации приводят к отказу от лечения. Финансовое положение интеллект, сила воли, эмоции пациентов, а также личность самого врача имеют разнонаправленное действие. Врачом от пациентов необходима дисциплинированность, но право выбора в принятии медицинского решения они оставляют за пациентами. К пациентам КИ им всегда удается найти индивидуальный подход. В обычной практике это крайне затруднительно. Врачи признают, что интуитивно

делят пациентов на “любимых” и “ненадежных” (что влияет на выбор пациентов для участия в КИ), но считают, что это не влияет на процесс их лечения. **Выводы:** В сознании всех пациентов присутствует патерналистическая модель общения с врачами, но в группе № 1 это приводит к соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов группы № 2 недостаток помощи в поликлинике является “обидой” на недооценку их доверия и приводит к отказу от лечения. “Деление” пациентов врачами – “интуитивно прогностический фактор” в отношении приверженности к лечению. Активное поведение врача и индивидуальный подход к каждому пациенту – факторы, сильно влияющие на продолжение терапии.

## 129 ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Семенова О. Н., Наумова Е. А.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Мотивация быть здоровым и соблюдать здоровый образ жизни – это осознание человеком необходимости в сохранении здоровья.

**Цель:** оценить отношение к здоровью и болезни пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

**Материал и методы:** в 2012 г. проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Вопросы анкеты были посвящены отношению к здоровью: как часто пациенты занимаются своим здоровьем, и кто должен нести ответственность за состояние здоровья. Также оценивалась серьезность имеющегося заболевания по 10-бальной шкале и степень влияния заболевания на жизнедеятельность пациента. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его отношение к здоровью и к заболеванию или написать свой собственный вариант. Пациенты могли выбрать несколько вариантов ответов. При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента.

**Результаты.** В опросе согласилось принять участие 92 пациента: 48 (52,2%) мужчин и 44 (47,8%) женщины, медиана возраста 64 года. Из них у 76 (82,6%) пациентов – артериальная гипертензия, у 65 (70,6%) – ИБС, у 42 (45,65) – перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, у 65 (70,7%) – ХСН, у 26 (28,3%) – сахарный диабет. 66 (71,7%) пациентов считают, что здоровье – это их собственная забота, 35 (38%) – забота врачей, 8 (8,75) – забота родственников. 1 (1,1%) пациент затруднился ответить на данный вопрос и 1 (1,1%) ответил, что здоровье – это забота правительства страны. 3 (3,2%) пациентов не ответили на вопрос. 18 (19,6%) – указали различные комбинации ответов (часто встречающиеся это “здоровье – забота врачей и моя»). 35 (38%) пациентов занимаются своим здоровьем постоянно, 27 (29,3%) – только, когда болеют, 11 (11,9%) – иногда, 5 (5,4%) – крайне редко, 1 (1,1%) пациент затруднился ответить, 13 (14,1%) пациентов не ответили. 47 (51,1%) пациентов считают, что их заболевание достаточно опасно для здоровья и жизни, 25 (27,2%) – крайне опасно для жизни и здоровья, 6 (6,5%) – вредит здоровью, но жить с ним не опасно, 3 (3,2%) – только иногда может привести нарушение самочувствия, 4 (4,3%) пациента затруднились ответить, 2 (2,15) – не ответили на данный вопрос. При оценке серьезности заболевания по 10-бальной шкале пациенты кардиологического стационара выбрали значения от 5 до 10: 10 (крайне тяжелое) выбрали 46 (50%) пациентов, 9–5 (5,4%), 8–2 (2,1%), 7–3 (3,2%), 6–5 (5,4%), 5 (среднетяжелое) – 20 (21,7%), 10 (10,9%) пациентов не ответили.

**Выводы.** Большая часть пациентов кардиологического стационара считают, что заниматься здоровьем должны они сами, что их заболевание достаточно опасное для жизни и здоровья, однако лечиться на постоянной основе предпочитает лишь треть опрошенных пациентов и почти половина пациентов принимают препараты только при ухудшении самочувствия.

## 130 ВЛИЯНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Скрипченко А. Е., Алексеева Т. С., Огарков М. Ю.

ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Министерства Здравоохранения РФ, Новокузнецк, ФГБУ “Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний” СО РАМН, Кемерово, Россия

**Цель:** оценить влияние немедикаментозного лечения на динамические показатели клинических и лабораторных характеристик

**Материал и методы.** В исследование было включено 435 человек (339 мужчин и 96 женщин) работников железнодорожного цеха (ЖДЦ) металлургического предприятия. Средний возраст работников цеха составлял 43 (33; 49) года. Проводился анализ таких показателей как уровень общего холестерина крови (ХС), окружность талии (ОТ), индекс Кетле (ИК), уровень артериального давления (АД).

Пациентам после проведенного обследования были даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни, а при наличии ФР рекомендации по их коррекции. Профилактические мероприятия проводились в течение 5 лет. Результаты оценивались на ежегодных профилактических осмотрах. В зависимости от степени приверженности к выполнению рекомендаций (комплаенса) пациенты были разделены на 3 группы:

1) Группа А (комплаентная) – лица, выполнявшие все рекомендации, 66 человек, возраст 46 (40;48) лет.

2) Группа В (частично комплаентная) – лица, выполнявшие данные рекомендации частично, 305 человек, возраст 43 (33;49) лет.

3) Группа С (некомплаентная) – работники цеха, не выполнявшие рекомендации, 64 человека, возраст 40 (31;49) лет.

Для статистического анализа данных использовались пакеты “SPSS 19.0”. Данные представлены медианой, критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

**Результат.** При включении в исследование медианное значение САД было одинаковым во всех трех группах – 130 мм рт.ст. ( $p=0,688$ ). За период наблюдения повышение САД произошло только в группе не выполнявших рекомендации на 5,4% ( $p=0,002$ ). Уровень ДАД в течение периода наблюдения не претерпел значимых изменений ( $p=0,720$ ).

Исходно наименьший уровень ХС был определен в группе С – 4,5 (4,0; 5,2) ммоль/л, в группе А и группе В уровень ХС был выше – 4,7 (4,1; 5,1) ммоль/л и 4,8 (4,2; 5,3) ммоль/л, соответственно ( $p=0,151$ ). В конце периода наблюдения наименьший уровень ХС отмечен в полностью комплаентной группе – 5,2 (4,5; 6,0) ммоль/л. В группах, не выполнявших рекомендации и частично приверженных к лечению, уровень ХС был выше – 5,7 (4,7; 6,5) ммоль/л и 5,7 (4,9; 6,5) ммоль/л, соответственно ( $p=0,029$ ).

В начале исследования пациенты группы А имели наибольшие значения ИК – 27 (25; 29) кг/м<sup>2</sup>, наименьшие значения ИК – 25 (22; 28) кг/м<sup>2</sup> зафиксированы у полностью некомплаентных. Следует отметить, что пациенты этой группы были самыми молодыми. В группе В ИК составил 26 (24; 30) кг/м<sup>2</sup> ( $p=0,003$ ). За 5 лет наблюдения произошло увеличение ИК во всех группах. Распределение значений ИК осталось прежним.

За весь период прирост ОТ зафиксирован в двух группах: частично комплаентной с 89 (81; 98), до 91 (83; 99) ( $p<0,001$ ) и в некомплаентной с 86 (80; 95) см., до 90 (80; 95) ( $p=0,008$ ) см.. В комплаентной группе роста значений ОТ не зарегистрировано ( $p=0,224$ )

**Выводы:** 1. Динамика ФР была наименее неблагоприятной в группе, устойчиво выполнявших рекомендации, что выразилось в наименьшем приросте уровня ХС и значений

ОТ. 2. Стойкий отказ от выполнения рекомендаций по модификации образа жизни привел к повышению уровня САД, увеличению значений ОТ и повышению уровня ХС.

### 131 МОНИТОРИНГ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

*Строкольская И. Л., Макаров С. А.*

ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

В Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года отражена необходимость профилактической направленности работы всей системы здравоохранения. Для формирования здорового образа жизни предлагается организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных профилактических технологий. Оценка сердечно-сосудистого риска является обязательным условием проведения диспансеризации населения с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Цель.** Разработка и внедрение в практическое здравоохранение медицинской информационной системы (МИС) для оптимизации управления профилактикой ССЗ на основе мониторинга индивидуального сердечно-сосудистого риска.

**Материал и методы.** МИС КОРУНД – (свидетельство государственной регистрации № 2010615687) внедрена в территориальной поликлинике Рудничного района г. Кемерово. Рискометрия проводится в кабинете доврачебного осмотра, на основе модели суммарного риска SCORE и Российских рекомендаций ВНОК. Для каждой группы риска МИС автоматически формирует индивидуальные профилактические программы с контрольными точками.

**Результаты.** За период наблюдения (2010–2012 год) проведено выявление и оценка сердечно-сосудистого риска у 4508 пациентов. Из прошедших обследование, не имели ССЗ 1926 (42,7%) человек, в этой группе риск развития ССЗ оценен как высокий у 127 (6,5%), средний у 65 (3,3%), низкий у 1734 (90%) пациентов. Группу лиц, имеющих в анамнезе ССЗ, составили 2582 (57,3%) человека. В этой группе низкий риск рассчитан у 2 (0,07%) человек, средний риск – у 246 (9,53%), высокий риск – у 2334 (90%) пациентов. Мониторинг выполнения рекомендаций в группе пациентов с ССЗ выявил уровень приверженности к профилактическим мероприятиям. Так для диспансерного наблюдения за период наблюдения обратились 69% пациентов из данной группы. Прошли повторную рискометрию 33,1%, рекомендуемое обследование в течении года 63% пациентов. В результате профилактической работы в группе здоровых от курения смогли отказаться лишь 3% пациентов, снизить вес – 8%, повысить физическую активность 35%, ежедневный контроль АД проводят 75% пациентов.

**Выводы:** 1. Впервые разработана и внедрена в практику методика организации профилактических мероприятий на основе расчета сердечно-сосудистого риска на доврачебном этапе. 2. Применение новой организационной технологии позволяет оптимизировать профилактическую работу в лечебном учреждении и повышает её эффективность.

### 132 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

*Третьяков В. О., Венишева Ю. Л., Мельников А. Х.*

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

Ежегодное увеличение количества студентов с отклонениями в состоянии здоровья требует разработки научно обоснованных оздоровительных программ, направленных на повышение функциональных резервов организма.

С целью оценки вегетативного баланса и регуляции было обследовано 27 студентов технических факультетов ТулГУ,

из них 18 первокурсников и 9 студентов 3 курса, занимающихся в специальном медицинском отделении. Вариабельность сердечного ритма оценивали при 5-минутной записи в положении сидя и стоя (ВНС-Ритм, НейроСофт, Иваново) с вычислением общепринятых параметров в области временного и спектрального анализа.

При разделении по длительности обучения данные временного, спектрального анализа и вариационной пульсометрии по Р. М. Баевскому не различались, хотя ЧСС у третькурсников имела тенденцию к увеличению (95 и 85 уд/мин).

При разделении на подгруппы по диагнозам: с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС, n=16), в основном, с пролапсом митрального клапана и синдромом вегетативной дисфункции) и опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие, n=11), при этом у 26% юношей была сочетанная патология, различий также не было выявлено.

Единственным значимым фактором оказался индекс массы тела (ИМТ). В группу с недостаточной МТ (ИМТ=7,7±0,2) вошли 5 студентов, с нормальной – 16 (ИМТ=20,4±0,3) и с избыточной и ожирением – 6 юношей (ИМТ=31,0±1,6 кг/м<sup>2</sup>).

При одинаковой ЧСС у лиц с избыточной МТ коэффициент вариативности сердечного ритма был достоверно ниже (5,2±0,9 и 8,0±1,2%, P<0,05). Оказалось, что это происходило за счет снижения мощности всех трех спектральных компонентов: TP, а также волн VLF, LF и HF. Наиболее высокие функциональные резервы наблюдались у студентов с нормальной МТ.

У юношей с избыточной МТ адаптация к ортостазу происходит в большей степени за счет включения симпато-адреналового звена регуляции: относительная мощность волн VLF составляет 55%, в то время как в группе с нормальной МТ – 45% и с недостаточной МТ – 38% (P<0,05). В то же время подгруппы достоверно различались по относительной мощности вазомоторных волн (LF): в группе с недостаточной МТ она была достоверно выше. Это может предрасполагать к неустойчивости АД и синкопальным состояниям.

При проведении корреляционного анализа обнаружены достоверные положительные взаимосвязи роста с нормализованной мощностью волн LF (r=0,52) и отношением LF/HF (симпато-вагальный баланс, r=0,45), а также отрицательная связь с относительной мощностью дыхательных волн (HF, r=-0,48). С увеличением веса снижается вариабельность сердечного ритма (CV%, r=-0,38).

Таким образом, длительность обучения и диагноз не определяют вегетативный баланс и реактивность молодых людей. Наиболее значимыми критериями для дозирования физических нагрузок являются антропометрические показатели – рост и вес, при этом недостаточная масса тела предрасполагает к синкопальным состояниям.

### 133 ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

*Тувев А. В., Василец Л. М., Григориади Н. Е.\* , Карпунина Н. С., Корягина Н. А.*

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздравоохранения, Пермь; \*Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия

**Цель:** оценить распространенность модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и информированность респондентов о них среди различных категорий населения Пермского края.

**Материал и методы:** проведено анкетирование 1868 человек (среди них 810 мужчин) из 36 территорий Пермского края, в том числе г. Перми. Средний возраст опрошенных – 52,3±5,78 г., лиц до 30 лет – 36%, в возрасте от 31 до 55 лет – 38,8%, старше 55 лет – 25,2%. Для сбора одномерных данных использовали специально разработанный опросник, вклю-

чавший 37 вопросов. Вопросы отражали социально-демографический, экономический профиль респондента, а также его субъективную оценку здоровья, особенности питания, осведомленность о наличии гипертонии, уровней артериального давления, холестерина и глюкозы крови.

**Результаты и обсуждение:** в результате проведенного исследования получены данные, подтверждающие общероссийские тенденции: 70,5% участников опроса курили, 44,2% предпочитали малоподвижный образ жизни; доля лиц, употреблявших алкоголь, превысила 80%. Анализируя данные, касающиеся уровня артериального давления (АД), было установлено, что среднее давление по всей выборочной совокупности – 129,9/81,1 мм рт.ст., повышением АД страдали 799 (42,8%) человек. Жители в возрасте до 30 лет в подавляющем большинстве (85,7%) не могут назвать цифры своего АД, только половина респондентов в возрасте 31–55 лет осведомлена о его величине. С другой стороны, уже у 42,8% участников выявлена гипертония, при этом доля лиц, регулярно принимающих антигипертензивные препараты, не превышает 56,7% в трудоспособном возрасте и 67,7% после 55 лет. В возрасте до 30 лет препараты принимали 6,6% гипертоников. Анализ крови на содержание холестерина хотя бы раз в жизни выполняли 48,6% опрошенных, в группе старше 55 лет – 67,7%, от 31 до 55 лет – 56,7%. Однако, несмотря на то, что опыт определения холестерина имеет почти половина респондентов, знал его величину лишь каждый четвертый (26,6%). Определение содержания глюкозы в сыворотке крови проводили 66,6% опрошенных: 72,8% – в возрасте от 31 до 55 лет, 87,9% – старше 55 лет. Знали о своем уровне глюкозы 40% респондентов. Информированность о наличии гипергликемии была крайне низка: 10,2% из всех лиц с повышением глюкозы крови осведомлены об этом.

**Выводы.** 1. Для Пермского края актуальны такие модифицируемые факторы риска развития ССЗ, как низкая физическая активность, курение, характер питания и употребление алкоголя. 2. Осведомленность населения об особенностях здорового образа жизни остается крайне низкой, 56,2% опрошенных не знают о возможных мерах профилактики артериальной гипертонии, гипергликемии и дислипидемии.

### 134 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ

*Чевычелов С. С.*

Тирасполь, Республика Молдова

**Цель:** разработать достаточно точный и экономичный способ скрининга сердечно-сосудистых заболеваний в условиях амбулаторного приема.

**Материал и методы.** Обследовано 500 пациентов (326 женщин, 174 мужчин, средний возраст  $56 \pm 4,26$  лет) без признаков и с признаками сердечно-сосудистой патологии (ИБС, артериальная гипертония, врожденные и приобретенные пороки сердца, атеросклероз периферических артерий). Для доврачебного опроса использовался «Вопросник Лондонской школы гигиены сердечно-сосудистых заболеваний». У каждого пациента определялись липиды (общий холестерин, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, триглицериды, коэффициент общий холестерин/ЛПВП) и глюкоза крови с помощью биохимического экспресс-анализатора «Cardiocheck P\*А» (США). ЭКГ регистрировали на электрокардиографе Smart3BM (Китай) с автоматическим анализом ЭКГ. Затем врач измерял АД и проводил секторальное сканирование и цветное доплеровское картирование сердца, аорты и периферических артерий с помощью прибора Vscan (США). У пациентов без признаков атеросклероза риск фатальных цереброваскулярных осложнений в последующие 10 лет оценивался посредством шкалы SCORE.

**Результаты.** Был выбран и опробован следующий вариант обследования. В приемной (небольшая отдельная комната, два кресла, столик и вешалка для верхней одежды) медсестра опрашивает пациента по «Вопроснику...». Время от прихода пациента до получения заключения по анкете составляет

от 3-х до 10 минут. Затем эта же медсестра в другом кабинете (небольшое помещение, отгороженное от кабинета врача ширмой: кушетка, встроенный шкаф, стул) регистрирует ЭКГ и определяет содержание липидов и глюкозы в крови. Регистрация ЭКГ занимает 3–5 минут, а анализ крови от прокола пальца до печати результатов – до 3-х минут. УЗИ исследование продолжалось от 2 до 5 минут. Доплеровское цветное картирование позволяет определить атеросклероз артерий в начальной доклинической стадии. Общая продолжительность исследования одного пациента составляла от 10 до 20 минут, в среднем  $12 \pm 2,5$  мин.

**Выводы.** В данном сообщении отражен только первый этап исследования, целью которого было: выбор методов исследования и приборов, расчет необходимых затрат, временных интервалов работы и минимального размера кабинетов и штата. Обладая сопоставимыми стоимостью, штатом и продолжительностью обследования по сравнению с кардиоскринингом Центра Здоровья (РФ), предлагаемая нами система сравнима с ним, а в плане визуализации превосходит его по точности и достоверности диагностики атеросклеротических поражений сердца и сосудов. Наше исследование показало, что предлагаемая система стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний может применяться как в структуре поликлинического отделения профилактики, так и в работе кабинета врача общей практики или врача кардиолога.

### 135 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ, КАК МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАЩАЮЩЕГОСЯ В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Шалягин Ю. Д., Иванова Е. С., Пягай Н. Л.*

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва, Россия

На основании Приказа Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», в Московской области организованы и осуществляют свою деятельность 25 Центров здоровья для взрослого населения.

В 2011 году филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР в сотрудничестве со специалистами Кафедры нефрологии и гемодиализа Первого МГМУ им. И. М. Сеченова разработал и провел демонстрационное исследование частоты выявляемости микроальбуминурии (далее МАУ), как маркера хронической болезни почек, среди населения, обращающегося в Центры здоровья для взрослого населения Московской области.

**Цель:** изучить распространенность хронической болезни почек в Московской области на основании данных о частоте выявления микроальбуминурии среди лиц, обращающихся в Центры здоровья Московской области.

**Материал и методы.** Исследованы 1929 человек, обратившихся в Центры здоровья для взрослого населения Московской области в возрасте старше 18 лет. Проведены анализы мочи с использованием тест-полосок. Тест для измерения альбумина в моче основан на принципе изменения цвета кислотно-основного индикатора под влиянием белков. Положительным результатом на МАУ считался уровень альбумина в моче  $\geq 0,03$  г/л или  $\geq 30$  мг/л. Также было произведено анкетирование исследуемых лиц с целью выявления дополнительных факторов риска развития хронической болезни почек.

**Результаты.** Всего было собрано 1929 анкет. По результатам анализа анкет посетители Центра здоровья распределились следующим образом: мужчины  $n = 455$  (23,6%), женщины

ны  $n = 1471$  (76,4%). Средний возраст посетителя составил 47 лет (от 18 до 84 лет). Индекс массы тела более 25 был выявлен у 1277 человек (68,4%). Об анамнезе артериальной гипертензии сообщили 608 человек (31,5%), об анамнезе сахарного диабета 98 (5%).

На основании проведенного исследования клинически значимая МАУ (альбумин в моче  $> 0,03$  г/л) выявляется в 35,7% проб мочи, взятых у лиц, не наблюдающихся у нефролога, и считающих себя здоровыми.

## IV. ПРОФИЛАКТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ

### 136 ОЦЕНКА ВАЗОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ФЛАТЕРОН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

*Абдуллаев А. Х., Сулейманова Э. Л., Набиева З. Э., Шодиметова Ш. С.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Цель:** изучение эндотелиальной функции у больных ишемической болезнью сердца с каротидным атеросклерозом на фоне терапии флатероном.

**Материал и методы.** В исследование были включены 30 пациентов с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса (средний возраст –  $54,3 \pm 3,6$  года) с каротидным атеросклерозом (толщина комплекса интима-медиа – более 1,2 мм или наличие атеросклеротической бляшки (АСБ) по данным дуплексного сканирования сонных артерий без острых клинических проявлений кардиоваскулярных событий в предшествующие 2 месяца, не принимавших гиполипидемических средств и соблюдавших антиатерогенную диету в течение 6 недель до начала исследования. Пациенты в течение 3–х месяцев принимали растительный препарат, флавоноидной природы – флатерон в дозе 300 мг в сутки. Все пациенты получали соответствующую терапию (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента,  $\alpha$ -адреноблокаторы, диуретики, блокаторы кальциевых каналов), подобранную до начала исследования. Больным определяли эндотелиальную функцию плечевой артерии методом УЗИ с использованием вазодилатационных проб с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация – ЭЗВД) по динамике прироста диаметра плечевой артерии, показатели липидного обмена, воспаления, коагуляционные свойства крови.

**Результаты.** При оценке функционального состояния сосудов выявлено, что подавляющее большинство (93%) пациентов с каротидным атеросклерозом имеют системное нарушение вазодилатирующей функции, причем не только в виде снижения способности к вазодилатации (ЭЗВД  $< 10\%$ ), но даже и в виде парадоксальной вазоконстрикции (ЭЗВД  $< 0\%$ ) при проведении пробы с реактивной гиперемией. Нормальное состояние вазодилатирующей функции (ЭЗВД  $> 10\%$ ) имели лишь 2 пациента из всех включенных в обследование. У больных с нормальной ЭЗВД исходный диаметр составил в среднем  $12,5 \pm 1,2$ . Через 3 месяца терапии флатероном этот показатель повысился до  $14,5 \pm 1,0$ . У пациентов со сниженной ЭЗВД отмечалось увеличение прироста диаметра плечевой артерии (с  $5,3 \pm 0,3$  до  $9,7 \pm 0,5$ ). У больных с парадоксальной ЭЗВД наблюдалось повышение прироста диаметра артерии (с  $-12,4 \pm 1,0$  до  $-6,4 \pm 1,2$ ) после 3-х месячной терапии флатероном. На фоне применения флатерона наблюдалось достоверное улучшение вазодилатирующей

**Выводы.** Исходя из полученных данных проведенного нами исследования можно сделать заключение о необходимости включения скринингового обследования на МАУ в качестве метода выявления факторов риска развития хронической болезни почек в план комплексного обследования, проводимого в Центрах здоровья по всей России.

Полученные результаты можно использовать для подготовки программ профилактики.

способности периферических артерий с нормализацией сниженной ЭЗВД более чем у половины больных, даже у пациентов с парадоксальной ЭЗВД отмечено частичное улучшение, хотя нормализации достигнуто не было. Препарат переносился хорошо, оказал благоприятное влияние на течение болезни и изученные показатели липидов, воспаления и коагуляции. Эти свойства изученного растительного препарата имеют важное значение, как в профилактике, так и в лечении ишемической болезни сердца.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов ишемической болезнью сердца с каротидным атеросклерозом имеются системные нарушения вазодилатирующей функции и применение флатерона у этих больных оказывает вазопротективный эффект.

### 137 ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕАЕНСА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Акулова О. А.*

ТюмГМА, Тюмень, Россия

**Цель:** оценить компоненты приверженности к длительной терапии и формированию здорового образа жизни у пациентов после первичного инфаркта миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Под наблюдением и интервьюированием были 84 мужчины после первичного ИМ, средний возраст – 58,6 лет, медиана давности ИМ – 28 месяцев. Анализ уровня комплаенса проводился на основании разработанной специальной анкеты, по результатам которой изучалось отношение пациента (намеренность и исполнение) к длительной терапии после ИМ по нескольким составляющим. Ответы на вопросы анкеты указывали на оценку пациентами своей роли (пассивная или активная) в успехах лечения и влияния на исходы заболевания, а также выявляли приоритетность компонентов (врач–больной–стоимость лекарственных средств и медицинских услуг) в их влиянии на результаты лечения. Анализ данных определил намеренности и действия больных к ограничению вредных привычек и формированию здорового образа жизни, установил приверженность к лечению медикаментами и лечебной физкультурой, а также выявил составляющие успеха лечения, с точки зрения пациента. Уровень комплаенса оценивался как высокий, при распространенности в группе более чем в 80% случаев, средний – в 20–80% случаев, низкий – менее чем в 20% случаев.

**Результаты.** Высокий уровень намеренности у пациентов был отмечен по формированию здорового образа жизни – 87% случаев, однако, частота намеренностей и исполнение рекомендаций не совпадали: только 37% занимались лечебной физкультурой и лечебной ходьбой, отказ от курения был в 23,3% случаев, ограничение употребления алкоголя в 59,1% случаев, соблюдение диеты в 54% случаев. Средний уровень приверженности установлен к ежедневному лечению медикаментами – 43% случаев, к курсовому лечению – 37%, отказ

пациента от приема лекарств – 20%. Важной составляющей успеха лечения, с точки зрения пациента, является профессиональная компетентность врача – в 38% случаев, личность больного – в 42%, и только в 20% случаев отмечено, что успешность лечения определяется финансовыми возможностями пациента и стоимостью лекарственных средств и услуг. Выявленная разница между намеренностями и исполнением рекомендаций, как составляющими приверженности к лечению, обуславливает необходимость в формировании звеньев, способствующих улучшению согласия в коммуникациях пациент – врач и пациент – намеренность-исполнение.

**Выводы.** Изучение компонентов комплаенса позволяет прицельно влиять на формирование мотивации постинфарктных больных к длительному лечению и коррекции модифицируемых факторов риска, улучшать согласие в коммуникациях пациент–врач, способствуя увеличению эффективности реабилитационных программ.

### 138 ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ С ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АГ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Алексеева Т. С., Огарков М. Ю., Скрипченко А. Е.*

ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Министерства Здравоохранения РФ, Новокузнецк; ФГБУ “Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний” СО РАМН, Кемерово, Россия

**Цель:** определить факторы, оказывающие влияние на приверженность к модификации образа жизни с целью первичной и вторичной профилактики АГ в организованной популяции.

**Материал и методы.** В исследование было включено 435 человек (339 мужчин и 96 женщин) работников железнодорожного цеха (ЖДЦ) металлургического предприятия. Средний возраст работников цеха составлял 43 (33; 49) года. Программа исследования включала заполнение анкеты, антропометрию. Всем лицам, включенным в исследование, проводилось измерение АД, определялся уровень общего холестерина крови и рассчитывался кардиоваскулярный риск. Пациентам после проведенного обследования были даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни, а при наличии ФР рекомендации по их коррекции. В зависимости от степени приверженности к выполнению рекомендаций (комплаенса) пациенты были разделены на 3 группы: 1) Группа А (комплаентная) – лица, выполнявшие все рекомендации, 66 человек, возраст 46 (40; 48) лет. 2) Группа В (частично комплаентная) – лица, выполнявшие данные рекомендации частично, 305 человек, возраст 43 (33; 49) лет. 3) Группа С (некомплаентная) – работники цеха, не выполнявшие рекомендации, 64 человека, возраст 40 (31; 49) лет. Для статистического анализа данных использовались пакеты “SPSS 19.0”. Данные представлены медианой, критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

**Результаты.** С возрастом увеличивалась приверженность к выполнению рекомендаций ( $p=0,005$ ). Количество больных полностью выполнявших рекомендации было максимальным в старших возрастных группах: в группе 40–49 лет – 22,2%, в группе лиц 50 лет и старше – 15,1%. В возрастной группе до 29 лет отмечалась самая низкая комплаентность – 4,7%. Среди мужчин выше процент некомплаентных – 16,2%. Среди женщин эта группа составила 9,4% ( $p=0,131$ ). Таким образом, зарегистрирована тенденция, свидетельствующая о более высоком уровне комплаентности женщин к выполнению рекомендаций по немедикаментозной терапии, степень статистической значимости достигнута не была.

Среди лиц с высшим образованием 16,4% полностью выполняли рекомендации, 77,0% частично выполняли рекомендации, и только 6,6% были некомплаентны.

Среди работников со средним техническим образованием полностью комплаентными были 13,9%, частично выполняли рекомендации 75,2% человек, и у 10,9% отсутствовала приверженность к немедикаментозному лечению.

Чаше других полностью некомплаентными были работники со средним уровнем образования – 17,8% ( $p=0,038$ ), частичная приверженность к лечению в этой категории наблюдалась в 66,9% и у 15,3% сохранялся комплаенс в течение всего исследования.

Таким образом, лица с более низким уровнем образования имели меньшую степень приверженности к выполнению медицинских рекомендаций. Не выявлено значимого влияния профессионального фактора на приверженность к выполнению рекомендаций.

**Выводы:** 1. Факторами, влияющими на приверженность к выполнению рекомендаций по модификации образа жизни, явились образование и возраст. 2. Вместе с тем, не было выявлено гендерных различий, а так же значимого влияния профессионального фактора на приверженность к выполнению рекомендаций.

### 139 ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Анпилогова Н. В., Маль Г. С.*

ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава РФ, Курск, Россия

**Цель:** изучить особенности врачебных назначений лекарственных средств и затрат на фармакотерапию больных артериальной гипертонией (II–III стадии) в сочетании с сахарным диабетом II типа на амбулаторном этапе (в течение 1 месяца после выписки из стационара).

**Материал и методы:** в качестве материалов исследования использовались амбулаторные карты пациентов с артериальной гипертонией (II–III стадии) в сочетании с сахарным диабетом II типа в возрасте 41–60 лет ( $n=84$ ).

Использовались следующие методы анализа: ретроспективный, фармакоэкономический, статистический.

**Результаты:** проведенный ретроспективный анализ позволил выявить особенности врачебных предпочтений в назначении лекарственных препаратов для антигипертензивной терапии.

Во всех случаях использовались 3-х компонентные схемы терапии.

Наиболее часто используемые схемы для проведения фармакотерапии больных с артериальной гипертонией (II–III стадии) в сочетании с сахарным диабетом II типа представлены комбинацией ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента с антагонистами кальция дигидропиридинового ряда и диуретиками в 56% случаев, в 34% случаев использовалась комбинация блокаторов рецепторов ангиотензина II с антагонистами кальция дигидропиридинового ряда и диуретиками, в 10% случаев использовались прочие комбинации.

Среди ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента основная доля пришлась на эналаприл (51%) и лизиноприл (34%), остальные препараты – 15%. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда представлены амлодипином в 44% случаев и фелодипином в 26%, прочие – 30%.

Диуретики использовались в виде ретард формы и были представлены индапамидом ретард.

Проведенный ретроспективный анализ позволил выявить степень выраженности гипотензивного эффекта и фармакоэкономическую обоснованность каждой из используемых комбинаций ЛС.

Стоимость 1 месяца лечения по схеме Диротон в сочетании с Амлодипином и Индапамидом ретард составила 376 рублей, а по схеме Лозап плюс с Амлодипином составила 349 рублей.

При этом наиболее фармакоэкономически обоснованной оказалась комбинация Диротона с Амлодипином и Индапамидом ретард, что составило 23 и 29 рублей на 1 мм рт. ст. от снижения уровня систолического/диастолического артериального давления.

**Заключение.** Выбор препаратов для вторичной профилактики у пациентов с артериальной гипертонией (II–III стадии) в сочетании с сахарным диабетом II типа обусловлен отсутствием влияния на показатели углеводного и липидного обмена (амлодипин, индапамид ретард) и направлен на достижение целевого уровня артериального давления.

#### 140 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аскаров А. Р., Нелаяев В. С., Шалаев С. В.

ГБУЗ ТО Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Россия

**Цель:** изучить частоту нарушений липидного обмена и эффективность липидснижающей терапии (ЛСТ) у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) и ишемической болезнью сердца (ИБС) (без клинических проявлений ОААНК, но имеющих в анамнезе инфаркт миокарда) в процессе проспективного наблюдения (12–15 мес.).

**Материал и методы.** В исследование включены 70 больных ОААНК и 60 больных ИБС (контрольная группа, без клинических симптомов ОААНК) мужского пола в возрасте 45–70 лет (ср. возраст 57±7,0 и 55±6,2 года, соответственно). Гиполипидемическую терапию в момент включения в исследование получали лишь 40% больных ОААНК и 24% больных контрольной группы (больные ИБС). Изучались частота нарушений липидного обмена (гиперхолестеринемии (ГХС), дислипидемии (индекс атерогенности > 4), гипоальфахолестеринемии) у больных ОААНК и ИБС (не имеющих симптомов ОААНК), и эффективность ЛСТ у данных пациентов. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы SPSS Statistics v.19.

**Результаты.** Установлена высокая частота нарушений липидного обмена у больных ОААНК и ИБС (не имеющих клинический симптомов ОААНК): гиперхолестеринемии – 72,0% vs. 77,0%, дислипидемии – 67,0% vs. 61,0%, гипоальфахолестеринемии – 56,0% vs. 50,0%. К концу года наблюдения гиполипидемическую терапию регулярно получали уже 75,0% больных ОААНК и 82,0% больных контрольной группы. На фоне регулярной ЛСТ у больных ОААНК отмечалось достоверное снижение частоты гипоальфахолестеринемии к концу периода наблюдения (1 мес. – 56,0% и 12 мес. – 37,0%;  $p < 0,05$ ), и лишь тенденция к снижению встречаемости ГХС (1 мес. – 72,0% и 12 мес. – 62,0%) и дислипидемии (1 мес. – 67,0% и 12 мес. – 47,0%). Напротив, у больных контрольной группы (пациенты с ИБС, не имеющие симптомов ОААНК) наблюдалась высокая эффективность липидкорригирующей терапии: снижение почти в 2 раза частоты гипоальфахолестеринемии (1 мес. – 50,0% и 12 мес. – 25,0%), ГХС (1 мес. – 77,0% и 12 мес. – 42,0%) и дислипидемии (1 мес. – 61,0% и 12 мес. – 33,0%). Таким образом, выявлена большая эффективность ЛСТ у больных контрольной группы, чем у больных ОААНК: в 1,5 раза реже встречалась гипоальфахолестеринемия, дислипидемия и ГХС. Гиполипидемические препараты у больных обеих групп (ИБС и ОААНК) включали статины (симвастатин – 28,0%, аторвастатин – 62,0%, розувастатин – 10,0%), а также препараты никотиновой кислоты у больных ОААНК (27,0%).

**Выводы.** Эффективность липидкорригирующей терапии у больных ОААНК ниже, чем у больных ИБС (не имеющих клинических проявлений ОААНК). Большой атерогенный потенциал плазмы крови у больных ОААНК (в сравнении

с больными ИБС) обуславливает у них очень высокий риск атеротромботических осложнений. В связи с этим для достижения коррекции липидных нарушений у больных ОААНК необходима агрессивная тактика лечения: применений высоких доз статинов, полный отказ от курения, оптимальная терапия ОААНК (реологическая терапия, антиагреганты, тренировочная ходьба).

#### 141 СОСУДИСТАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ

Бубликов Д. С., Андриенко А. В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России, Барнаул, Россия

Распространенность ревматоидного артрита (РА) среди популяции составляет 0,5–1,5%. Структура летальности больных РА не отличается от таковой в общей популяции и лидирующие позиции в ней занимает смерть от сердечно-сосудистых катастроф. Исходя из системности воспалительного процесса, затрагивающего, в том числе, и сосуды макро и микроциркуляторного звена, патогенетически обосновано включение в комплекс лечебных мероприятий при РА так называемой “сосудистой терапии”. Однако препараты и схемы их применения не регламентированы стандартами и клиническими рекомендациями, а поэтому коррекция сосудистых осложнений РА носит эмпирический характер и остается порой на усмотрение лечащего врача. Таким образом, назрела клиническая потребность в стандартизации терапии сосудистыми препаратами в комплексном лечении больных РА.

**Цель.** Оценить возможности использования лазерной доплеровской флуометрии в диагностике сосудистых осложнений РА и контроле васкулотропной терапии у данной категории больных.

**Материал и методы.** В исследование были включены лица с установленным диагнозом РА ( $n=75$ ), проходившие стационарное лечение в городском ревматологическом центре г. Барнаула. Критериями включения в основную группу явились наличие РА, суставная форма, II–III степень активности и II–III рентгенологическая стадия. В исследуемую группу вошли лица женского пола; средний возраст их составил 57,04±5,24 лет. Группу контроля составили лица женского пола, не имевшие по данным осмотра и распроса клиники каких-либо суставных заболеваний ( $n=85$ ). Средний возраст в данной группе составил 53,21±2,11 года.

Для оценки эффективности терапии сосудистыми препаратами нами был использован метод лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ), основанный на сканировании ткани лазерным лучом и его отраженном восприятии датчиком с использованием эффекта Доплера. Полученный таким образом сигнал подвергается сложному компьютерному анализу частотного спектра лазера, который отражается от движущихся в микроциркуляторном регионе эритроцитов. На основании расчета детектируемых параметров выводится интегральный показатель микроциркуляции – общий индекс микроциркуляции (ОИМ), затем при помощи разработанной нами математической модели вычисляется индекс микроциркуляторного сдвига (ИМС).

**Результаты.** Среди больных РА ОИМ был статистически значимо ниже, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ) и составил 12,5±6,21 перфузионных единиц. При этом выявлена ассоциация между снижением ОИМ и клинически-манифестирующими нарушениями кровообращения в дистальном и церебральном сосудистых бассейнах.

На основании анализа ЛДФ-грамм в группе контроля на фоне приема сосудистого препарата нами получен уровень должных величин ИМС 1,50±0,15. В группе больных РА, получавших эмпирическую дозировку васкулотропных препаратов должный ИМС достигли только 38% пациентов. Пациентам, не достигшим на фоне проводимой сосудистой терапии, должного ИМС, нами была скорректирована дозировка



ка применяемых сосудистых препаратов, в результате чего должного ИМС достигли 97% больных РА. У части пациентов (3%) на фоне применяемых традиционно в комплексном лечении данной нозологии препаратов не удалось достигнуть должного ИМС. Частично эту проблему удалось решить путем перевода пациента на другой сосудистый препарат.

**Выводы.** 1. По данным оценки микроциркуляторного статуса в группе больных РА в сравнении с группой контроля статистически значимо чаще наблюдаются нарушения гемодинамики в микрососудистом бассейне системы кровообращения. 2. Контроль васкулотропной терапии у больных РА при помощи ИМС позволяет применять сосудистые препараты в адекватной дозе и рационально выбирать препарат с учетом индивидуальной фармакологической чувствительности и резистентности пациентов.

#### 142 КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Васильев А. П., Стрельцова Н. Н., Секисова М. А., Терехова Ж. В.*

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Многочисленные исследования последних десятилетий свидетельствуют о многофакторном влиянии лазерного излучения на организм, что при оптимальных дозах может обеспечить одновременное положительное действие на многие звенья патогенеза различных болезней, в частности ишемической болезни сердца (ИБС). Исходя из изложенного, нами проведены исследования, целью которых явилась оценка динамики некоторых клинико-прогностических параметров у больных ИБС в течение 2 лет под влиянием многократных курсов низкоинтенсивного неинвазивного лазерного облучения.

**Материал и методы.** Под наблюдением в течение двух лет находилось 123 больных ИБС мужского пола со стенокардией напряжения I–IV функционального класса, из которых 40 пациентов, получавших повторные курсы ЛО на фоне медикаментозной антиангинальной терапии, составили основную группу, а 83 пациента, получавших только традиционное медикаментозное лечение, контрольную. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту ( $53,6 \pm 1,3$  и  $52,6 \pm 0,85$  лет), числу лиц с сопутствующей артериальной гипертензией (31,0% и 33,0%), перенесших инфаркт миокарда (65,0% и 66,2%), по наличию осложнений (нарушение ритма, проводимости, недостаточности кровообращения) (33,3% и 32,5%) и медикаментозной терапии: нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция, аспирин, при необходимости гипотензивные препараты (диуретики, ингибиторы АПФ). В основной группе количество пациентов с III–IV функциональным классом стенокардии составило 83,3%, в контрольной группе – 47,4%. Больным основной группы каждые 6 месяцев проводились 10-дневные курсы лазерного облучения в инфракрасном спектре (длина волны 0,85 мкм) магистральных сосудов, предсердечной области. Всем больным в динамике проводили нагрузочные велоэргометрические тесты для объективизации функционального класса, исследовали липидный спектр крови.

**Результаты.** За период наблюдения в контрольной группе уровень АД и холестерина крови не претерпел достоверных сдвигов; умерло от ИБС 10 человек (12,0%), инфаркт миокарда развился у 18 пациентов (15,0%). Это привело к росту числа больных с осложненным течением ИБС до 53,5%. Количество лиц со стенокардией малых нагрузок увеличилось с 47,4% до 75,7%.

Из 40 больных получавших курсы лазерного облучения летальных исходов не было. Инфаркт миокарда перенес один больной (2,5%). Наблюдалось достоверное снижение числа пациентов со стенокардией малых нагрузок (III–IV функциональный класс) с 83,3% до 61,1%, и осложненным

течением ИБС на 16,6%. За время наблюдения отмечалось снижение на стандартной физической нагрузке систолического АД на 10,1% и диастолического АД на 7,3% ( $p < 0,01$ ). Содержание холестерина в крови снизилось с  $6,2 \pm 0,2$  ммоль/л до  $5,1 \pm 0,5$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, повторные курсы лазеротерапии в течение 2-х лет сопровождались позитивными сдвигами клинико-лабораторных показателей и улучшением прогноза.

#### 143 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВОК АЭРОБНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С “ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ” АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

*Венецева Ю. Л., Ляшенко Х. М., Мельников А. Х., Борисова О. Н., Егоров В. Н.*

Медицинский институт ФГБОУ ВПО “Тюльский государственный университет”, Тула, Россия

Современная среда обитания не требует повседневного физического напряжения. Это снижает функциональные резервы организма, вследствие чего интенсивная умственная нагрузка при обучении в медицинском институте может вести к неудовлетворительной адаптации и повышению АД.

**Цель:** исследование влияния 12-недельного курса тренировок аэробной направленности с психотренингом (беговая дорожка (тредмил) по 40–50 минут 2 раза в неделю со средней ЧСС 130/мин.) у 28 студентов-медиков (22 девушки, 6 юношей) 19–20 лет с “высоким нормальным” АД. ЧСС и АД измеряли до, в середине и в конце курса. Вариабельность сердечного ритма оценивали при 5-минутной записи в положении сидя и стоя (ВНС-Ритм, НейроСофт, Иваново) с вычислением общепринятых параметров в области временного и спектрального анализа. С помощью диагностической системы “АМСАТ” (Амса-Т-Коверт, Москва) определяли риск развития отклонений органов и систем. Динамику психофизиологических функций изучали по данным батареи тестов программ “Психотест” (НейроСофт, Иваново) и “Allonic.net 4.3” (Тула). Данные представлены как  $M \pm m$ .

Средняя ЧСС у девушек до начала тренировок была достоверно выше, чем у юношей ( $88,5 \pm 2,8$  и  $81,8 \pm 1,9$  уд/мин), а систолическое АД – ниже ( $131,6 \pm 0,8$  и  $135,5 \pm 2,0$  мм рт.ст.). Диастолическое АД не различалось ( $77,9 \pm 1,2$  и  $74,0 \pm 5,0$  мм рт.ст.). Через 6 и 12 недель занятий АД достоверно снизилось как у девушек ( $119,2/69,5$  и  $114,5/70,0$  мм рт.ст.), так и у юношей ( $118,2/75$  и  $120,0/77$  мм рт.ст.), при этом ЧСС снизилась только у девушек ( $78,4 \pm 1,6$  и  $78,2 \pm 1,7$  уд/мин.), а у юношей осталась прежней ( $82,6 \pm 4,8$  и  $84,5 \pm 1,7$  уд/мин.).

Несмотря на положительную динамику АД, ВСР снизилась (в пределах зоны нормы) как у девушек (абсолютная и относительная мощность волн HF, относительная мощность волн VLF), так и у юношей (общая мощность спектра, TP, мощность волн диапазона LF), что соответствует повышению тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Средняя частота движений в теппинг-тесте, время реакции выбора и средняя частота слияния мельканий не изменились, в то время как время простой зрительно-моторной реакции возросло только у юношей ( $222,8 \pm 13,7$  и  $305,3 \pm 8,9$  мс,  $p = 0,02$ ). Наблюдалась тенденция к улучшению кратковременной зрительной памяти на фоне недостоверного снижения активного внимания. Несмотря на укорочение длительности индивидуальной минуты, достоверно улучшился эмоциональный статус по данным цветового теста М. Люшера, кроме того, снизился коэффициент риска отклонений по данным “АМСАТ” ( $38,2 \pm 2,7$  и  $31,5 \pm 2,6$ ,  $p = 0,03$ ).

Таким образом, 12-недельный курс тренировок аэробной направленности в сочетании с психорегуляцией был эффективен для оптимизации уровня АД у студентов. Сопряженное повышение симпатического тонуса могло быть вызвано приближающейся сессией, что требует дальнейших исследований.

## 144 СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Волынкина А. П.<sup>1</sup>, Горшков И. П.<sup>1</sup>, Золотов В. И.<sup>1</sup>, Великий А. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж; <sup>2</sup>НУС Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО РЖД, Воронеж, Россия

У пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа риск развития макроангиопатий в 2–4 раза выше, чем у лиц без диабета. Его возрастанию способствуют: гиперкоагуляция и склонность к тромбообразованию, дислипидемия, декомпенсированный углеводный обмен, артериальная гипертензия (АГ). Нарушения гемостаза и липидного обмена являются факторами, поддерживающими оксидативный стресс, потенцирующий прогрессирование хронических осложнений при СД 2 типа.

**Цель:** изучить взаимосвязь степени компенсации углеводного обмена с показателями коагуляционного гемостаза и метаболизма липидов у больных СД 2 типа на фоне АГ.

**Материал и методы.** В исследование было включено 84 больных СД 2 типа и АГ 2 степени, из них женщин 65 (77%) и мужчин 19 (23%), средний возраст – 56,2±1,2 лет, средняя длительность заболевания диабетом – 8,9±0,8 лет, разделенных на 2 группы: с уровнем HbA1c < 7% (1) и HbA1c > 7% (2).

Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу, стажу СД, длительности и степени АГ. Диагностика АГ осуществлялась стандартными методами. У больных изучали параметры системы гемостаза (ФГ, АЧТВ, МНО, ПВ), показатели липидного обмена (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА)), уровень HbA1c. Всем пациентам проводилась комбинированная сахароснижающая терапия. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2007 (Microsoft) и Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.), исследуемые показатели приведены в виде M±m, для сравнения использовали t-критерий Стьюдента, критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

**Результаты.** У пациентов 2 группы (n=58) в сравнении с больными 1 группы (n=26) выявлена активация сосудотромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза и снижение антикоагулянтной активности крови и фибринолиза: уровень ФГ снизился на 32,2% (t, p<0,01), АЧТВ увеличился на 9,4% (t, p<0,05), ПВ – на 9,9% (t, p<0,01), МНО – на 8,8% (t, p<0,05).

Различия параметров липидного обмена в обеих группах носили статистически незначимый характер. У больных 1 группы ОХС составил 5,6±0,3, ЛПНП – 3,3±0,2, ТГ – 2,4±0,5, ЛПВП – 1,2±0,1 мМ/л, КА – 4,1±0,4. Пациенты 2 группы имели уровень ОХС – 5,6±0,2, ЛПНП – 3,5±0,2, ТГ – 2,5±0,2, ЛПВП – 1,1±0,04 мМ/л, КА – 4,5±0,3.

**Вывод:** Декомпенсация углеводного обмена ухудшает состояние коагуляционного гемостаза, о чем свидетельствует тенденция к гиперкоагуляции и наклонность к тромбообразованию у больных сахарным диабетом 2 типа на фоне артериальной гипертензии. В то же время достижение компенсированного состояния углеводного обмена не всегда сопровождается устранением нарушений метаболизма липидов, что требует проведения гиполлипидемической терапии в сочетании с коррекцией нарушений системы гемостаза у этой категории пациентов.

## 145 ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Головской Б. В., Ховаева Я. Б., Тарасов В. А., Шаврин А. П.  
ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак.Е.А.Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Вопросы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время признаются наиболее перспективными в сохранении здоровья населения. Однако разработка этого направления сталкивается с рядом трудностей, в том числе с оперативной переработкой большого объема информации, касающейся конкретного больного, и выдачей прогноза возможного изменения здоровья обследованного. В настоящее время эту сторону проблемы можно решать с использованием компьютерных технологий.

Нами была создана и апробирована система автоматизированного медицинского профилактического обследования (САМПО, свидетельство Роспатента № 2001611516, 2001 г.). На основе оценки факторов риска, а также характеристики состояния биологической, социальной, психологической и иммунологической адаптации организма она даёт текущую оценку состояния здоровья и прогнозирует возможность развития заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых (артериальной гипертензии и ИБС).

На основании наблюдения за более чем двух тысяч человек на протяжении десяти лет были получены следующие данные. САМПО позволяет оперативно оценить состояние адаптивных механизмов человека и определить в балльной системе риск развития заболевания, в том числе сердечно-сосудистой патологии. Эта оценка осуществляется на уровне донологического состояния, что является наиболее важным в рамках профилактического решения вопросов сохранения здоровья. САМПО обладает высокой воспроизводимостью, что делает её ценным методом для объективной оценки изменений, происходящих у обследованных. Все получаемые выводы системой оформляются в наглядной форме, в виде индивидуального паспорта здоровья, доступной как для врача, так и больного.

Прогностические выводы, представляемые САМПО в случаях, если не осуществляется лечебная коррекция, оправдываются для сердечно-сосудистой патологии в 86% случаев (специфичность 83%, чувствительность 91%). Если результативность проводимых профилактических мероприятий ведет к изменению состояния здоровья обследованного пациента, это автоматически адекватно отражается в графическом варианте заключения. Очень важной особенностью является возможность практически в неограниченном объеме обрабатывать и хранить информацию. Корреляционный анализ показал значимую зависимость между отдельными факторами риска и их ролью в развитии декомпенсации адаптивных систем ( $r=0,6-0,8$ ,  $p \leq 0,05$ ), что позволяет врачу определяться с наиболее адекватными мерами профилактики.

Таким образом, САМПО, имея большой потенциал в донологической оценке адаптивных возможностей различных сфер организма, может значительно обогатить работу врача при решении вопросов профилактической направленности, которые касаются конкретного человека.

## 146 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Дергачева Ю. Е.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова», Москва, Россия

**Цель.** Изучение влияния лечебных вмешательств на риск сердечно-сосудистой смерти пациентов с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий в условиях когортного исследования.

**Материал и методы.** Критерии включения: стабильная стенокардия напряжения; гемодинамически значимый стеноз  $\geq 70\%$  диаметра, как минимум, одной коронарной артерии; жители Москвы и Московской области. Критерии исключения: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия,

смертельный исход во время первичной госпитализации. Пациенты в исследование отбирались по журналу коронароангиографий Главного клинического госпиталя МВД РФ начиная с 1 января 2000 года. Запланированный объем исследования – 150 пациентов. Конечная точка – сердечно-сосудистая смерть. Потенциальные предикторы, оцениваемые в когорте: пол, возраст, индекс курения, рост, вес, имеющиеся заболевания, данные лабораторных методов обследования, эхокардиографии (ЭхоКГ), коронароангиографии. Влияние медикаментозного и хирургического лечения на исходы оценивалось с поправкой на выявленные достоверные взаимозависимые предикторы риска смерти от сердечно-сосудистой причины в исследуемой когорте. Воздействие лекарственных средств оценивалось по доле времени, в течение которой пациент принимал препараты каждого из классов и по общей принятой дозе препаратов класса, отнесенной к длительности наблюдения. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0.

**Результаты.** Прослежены 150 пациентов до 2011 года или до наступления смерти. Средняя длительность наблюдения составила  $6,28 \pm 4,08$  года. За время наблюдения у 26 пациентов наступила сердечно-сосудистая смерть. Взаимонезависимыми факторами риска сердечно-сосудистой смерти являются: ФВ ЛЖ (прирост риска на 9,3% на каждый процент снижения), семикратное увеличение риска при наличии нарушений сократимости базального заднебокового сегмента, трехкратный рост риска при увеличении количества выкуриваемых сигарет на 1 пачку в день, рост риска на 3,5% при снижении уровня гемоглобина на 1 г/л. Связи лечебных вмешательств с наступлением смерти от сердечно-сосудистой причины, оценены с поправкой на четыре вышеуказанных независимых предиктора данного исхода. Прием антирениновых средств (блокаторы рецепторов ангиотензина II и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), статинов и триметазидина достоверно ассоциируется со снижением риска смерти от сердечно-сосудистых причин в исследуемой когорте.

**Выводы.** Прием антирениновых средств (блокаторы рецепторов ангиотензина II и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), статинов и триметазидина достоверно ассоциируется со снижением риска смерти от сердечно-сосудистых причин в когорте больных с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий.

#### 147 ИЗМЕНЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Душина А. Г.

ГБОУ ВПО ОрГМА МЗ РФ, Оренбург, Россия

**Цель:** изучить влияние применения комбинации антагониста кальциевых каналов (АКК) и блокатора рецепторов к ангиотензину II (БРА) на частоту сердечных сокращений (ЧСС) в течение суток, желудочковую и наджелудочковую эктопическую активность.

**Материал и методы:** обследовано 13 пациентов в возрасте 53–77 лет (6 женщин, 7 мужчин), которым в схему лечения была включена комбинация АКК (S (-) амлодипин, средняя доза 2,5 мг/сут) и БРА (валсартан, средняя доза 160 мг/сут) в связи с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСН-СФВЛЖ), развившейся на фоне артериальной гипертензии и/или ишемической болезни сердца. Обследование всех пациентов проводилось при включении в исследование и через 12 недель. Для определения ЧСС, эктопической активности миокарда проводилось суточное мониторирование ЭКГ.

**Результаты.** Средняя ЧСС днем до начала лечения составила  $77,9 \pm 11,3$  в минуту, после –  $76,9 \pm 9,8$  в минуту, ночью –  $65,8 \pm 11,4$  и  $63,5 \pm 10,9$  в минуту соответственно. При оценке циркадной динамики ЧСС также не было выявлено значительных различий: циркадный индекс до и после 12-недель лечения составил  $121,8 \pm 12,2\%$  и  $122,5 \pm 11,7\%$ , соответственно. Количество одиночных желудочковых экстрасистол при включении в исследование было 0–7158 в сутки, через 12 недель – 0–844 в сутки. У десяти пациентов в ходе лечения количество одиночных желудочковых экстрасистол значительно не изменилось, у одного – уменьшилось с 7189 до 844 в сутки, у двух – увеличилось более чем в два раза, но не превышало нормальных среднесуточных значений. Количество одиночных наджелудочковых экстрасистол до и после курса лечения составило 4–5155 и 2–2635 в сутки соответственно. Значимых изменений в их количестве зафиксировано не было у семи пациентов, у трех – их число уменьшилось и у трех – увеличилось более чем в два раза. Однако только у одного пациента количество одиночных наджелудочковых экстрасистол после 12-недель лечения превысило среднесуточную норму при исходном нормальном значении. Групповые наджелудочковые экстрасистолы отмечались в 3-х случаях, их общее количество составило 3–34 в сутки до и 1–10 в сутки после курса лечения. У одного пациента до начала лечения был зафиксирован эпизод желудочковой мономорфной тахикардии с ЧСС 126 уд/мин, который не был отмечен через 12 недель терапии. У трех пациентов после курса лечения были зарегистрированы пароксизмы мерцания предсердий неустойчивой формы, их число составило от 3 до 4 в сутки.

**Выводы.** Комбинация АКК и БРА, включенная в схему лечения пациентов с ХСН-СФВЛЖ, развившейся на фоне артериальной гипертензии и/или ишемической болезни сердца, не влияет на ЧСС в течение суток и желудочковую эктопическую активность. Регистрируемые пароксизмы фибрилляции предсердий на фоне лечения изучаемой комбинацией требуют дальнейшего наблюдения и изучения на большем количестве пациентов.

#### 148 ТРУДНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДАБИГАТРАНА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗВИТИИ У НИХ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Железнякова Н. А., Гафанович Е. Я., Соколов И. М., Коньшина Л. Е., Конобеева Е. В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ имени В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

**Цель:** обозначить трудности, с которыми может столкнуться врач у пациента, принимающего дабигатран при развитии у них острого воспалительного процесса.

**Материал и методы:** нами рассмотрено 4 случая нефатальных кровотечений, развившихся у больных с острым воспалительным процессом различной локализации, получавших дабигатран. Пациенты (2 мужчин и 2 женщины, средний возраст – 62 года) с постоянной формой неклапанной фибрилляции предсердий очень высоким риском тромбоэмболических осложнений получали дабигатран с профилактической целью. Длительность лечения дабигатраном составила в среднем 5 месяцев, в средней дозе 220 мг в сутки. В течение этого периода у пациентов не было патологической кровоточивости. Больные поступили в стационар по поводу острого воспалительного процесса (у 3 больных имелась пневмония, в одном случае – острый некалькулезный холецистит). У 2 больных нефатальное кровотечение было желудочно-кишечным, у одного – носовое кровотечение, и в последнем случае – гематурия. Пациентам после развития кровотечения дабигатран был отменен и назначены низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах. Кровотечения у всех больных прекратилось самостоятельно и не потребовало переливания крови или хирургического вмешательства. После разрешения воспалительного процесса пациенты вновь были переведены на прием дабигатрана в прежней дозировке. В план обследования больных включалось изучение следующих показателей:

протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, тромбиновое время, фибриноген, время кровотечения, время свёртываемости. Эти параметры определялись на момент кровотечения и перед выпиской при повторном назначении дабигатрана. Через 2 месяца после выписки по телефону получена информация о возможных геморрагических осложнениях.

**Результаты:** в момент кровотечения у всех пациентов имелись изменения в анализах, свидетельствующие о выраженной гипокоагуляции. Повторное их определение после назначения дабигатрана при разрешении острого воспаления показало незначительную гипокоагуляцию. В течение 2 месяцев после выписки ни у кого из пациентов повторных кровотечений не было.

**Выводы:** Таким образом, воспаление может быть провоцирующим фактором для развития кровотечения у пациентов получающих дабигатран, так как наличие острого воспалительного процесса изменяет состояние свертывающей системы крови, и может приводить к коагулопатии потребления. Это требует более внимательного отношения к таким пациентам, контроля показателей свертывающей системы крови и при необходимости замены дабигатрана на низкомолекулярные гепарины на период лечения.

#### 149 НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ МАРКЕРОВ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИЗА

*Железнякова Н. А., Гафанович Е. Я., Соколов И. М., Коньшина Л. Е., Конобеева Е. В.*

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ имени В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

**Цель:** оценить целесообразность назначения статинов у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) и повышенными показателями аланинаминотрансферазы (АлТ) и аспартатаминотрансферазы (АсТ).

**Материал и методы:** в исследование было включено 23 пациента (13 женщины и 10 мужчин, средний возраст  $57,1 \pm 9,6$  лет), с ИБС перенесенным инфарктом миокарда, повышением аланинаминотрансферазы (АлТ), аспартатаминотрансферазы (АсТ), дислипидемией. Наряду с определением АлТ и АсТ, оценки липидного профиля всем пациентам выполнялось исследование уровня билирубина, глюкозы, определялись маркеры вирусных гепатитов, выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) печени для уточнения причины повышения маркеров печеночного цитолиза. Всем пациентам, у которых повышение АлТ и АсТ было расценено как неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и повышение показателей АлТ и АсТ не превышало 3 норм, назначался аторвастатин в дозе 40 мг в сутки и урсодезоксихолевая кислота (УДХК) в средней дозе 750 мг в сутки. Через 3 месяца эта группа пациентов проходила повторное обследование с определением липидного профиля и маркеров печеночного цитолиза.

**Результаты.** Из 23 пациентов при обследовании у одного пациента выявлен хронический вирусный гепатит, в одном случае — онкозаболевание с метастазами в печень. Анамнестических данных в пользу алкогольного гепатита получено не было. Таким образом, с учетом данных УЗИ печени, повышение маркеров печеночного цитолиза у 21 пациента рассматривалось нами как неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). Все эти пациенты имели в биохимических анализах признаки дислипидемии и повышение АлТ и АсТ не превышающее 3 норм. При обследовании через 3 месяца на фоне приема аторвастатина в дозе 40 мг у 72% пациентов удалось достичь целевых (для больных перенесенным инфарктом миокарда) показателей уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, уровня липопротеидов высокой плотности. У 17 больных установлено достоверное снижение показателей печеночного цитолиза

( $p < 0,05$ ), у 14 из них они вернулись к норме. Ни у кого из этой группы больных не произошло нарастание АлТ и АсТ.

**Выводы:** таким образом, у большинства пациентов причиной повышения АлТ и АсТ является НАСГ. Дислипидемия, являющаяся одним из основных пусковых факторов патогенеза НАСГ, требует назначения статинов у этой категории больных. При ИБС наличие повышения маркеров печеночного цитолиза у больных с НАСГ не является противопоказанием для применения статинов. Назначение статинов у больных с ИБС и НАСГ (на фоне базовой терапии НАСГ) с целью вторичной профилактики ИБС является достаточно безопасным и не приводит к увеличению маркеров печеночного цитолиза.

#### 150 ДИНАМИКА ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ВЛИЯНИЕ СПИРОНОЛАКТОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

*Иванов А. П., Клюквин Д. В., Эльгардт И. А.*

Тверская медицинская академия, Тверской клинический кардиологический диспансер, Тверь; Городская больница № 3 г Зеленоград, Москва, Россия

**Цель.** Изучить влияние неселективного блокатора рецепторов альдостерона — спиронолактона (Верошпирон, Gedeon Richter) на процессы постинфарктного ремоделирования у больных с сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) при наблюдении в течение первых 6 месяцев после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от наличия синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

**Материал и методы:** под наблюдением находилось 108 больных, перенесших ИМ с зубцом Q. У 74 больных СОАС, определяемый по кардио-пульмональному мониторингованию, отсутствовал, а у 32 выявлены эпизоды остановок дыхания во сне с индексом апноэ/гипопноэ (ИАГ) более 5 в час. Все пациенты получали стандартную терапию, включавшую антитромботические средства (аспирин и клопидогрель (Плавикс, Sanofi Aventis)),  $\alpha$ -адреноблокаторы, иАПФ, статины. У 24 больных, не имевших СОАС и у 30 пациентов с наличием СОАС к лечению был добавлен спиронолактон в дозе 25 мг/сут. Всем больным проводили стандартное ЭхоКГ и доплерографическое исследование в динамике.

**Результаты:** нами проведено сравнение результатов влияния спиронолактона на параметры постинфарктного ремоделирования ЛЖ в зависимости от его назначения в связи с имевшимся СОАС. Благоприятное влияние препарата оказалось статистически значимым вне зависимости от СОАС. Следует отметить, что в случае нарушений дыхания во время сна применения спиронолактона имело положительное влияние как на дилатацию ЛЖ и показатели его систолической функции, так и на уровень ИАГ и оно было более выраженным по сравнению с пациентами, перенесшими ИМ без СОАС ( $P < 0,05$ ). При сравнении эффективности действия препарата при сопутствующей артериальной гипертензии (АГ) отмечено более значительное положительное влияние на уровень систолического и диастолического АД у больных с ИМ и СОАС. При этом ни в одном случае не выявлено наличия резистентности к антигипертензивному лечению.

**Выводы:** спиронолактон оказывает благоприятный эффект на выраженность СОАС. Он эффективно замедляет постинфарктное ремоделирование ЛЖ независимо от наличия СОАС. При его применении у пациентов с СОАС и АГ имеется отчетливое влияние на уровни АД, предупреждая развитие резистентности к антигипертензивному лечению.

## 151 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКТИВАЦИИ ЦИТОКИНОВ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ АНГИОПЛАСТИКИ И ПРЕПАРАТА АЦЕТИЛЦИСТЕИНА

Касимова Г. М., Мирталипова Т. Д., Низамов А. А.

РСНПМЦ Терапии и Медицинской Реабилитации МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Одной из возможных причин прогрессирования патологического процесса при остро коронарном синдроме (ОКС), может являться воспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитокинами. В связи с этим поиск препаратов, подавляющих цитокиновую активность, в сочетании с традиционным лечением, является актуальным при терапии ОКС.

**Цель:** изучение клинико-диагностического значения активации цитокинов, в сыворотке крови больных ОКС на фоне терапии в сочетании с ангиопластикой и препаратом ацетилцистеином (АЦЦ).

**Материал и методы:** обследованы 80 больных. Средний возраст больных 52,8±5,3 года: из них мужчин 55 (68,7%), женщин 25 (31,3%). Всем больным проводили общеклиническое обследование и анализировали морфофункциональные показатели сердца на 1 сутки при поступлении и на 10 сутки после выписки. Уровень цитокинов (ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ) в сыворотке крови больных ОКС, определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе "Humareader Single", используя реактивы фирмы "Вектор Бест" Россия. У всех обследуемых больных имелись клинические признаки ОКС различной выраженности.

**Результаты:** На основании проведенных исследований у больных ОКС на 1 сутки при поступлении выявлена достоверно более высокая концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц (-ФНО – контроль: 8,9±1,21 пг/мл; ОКС-109,6±9,8 пг/мл и ИЛ-6 – контроль: 0,3±0,0021 пг/мл, ОКС-28,4±3,31 пг/мл). Изменение уровня исследуемых цитокинов, в сыворотке крови у больных ОКС, были однотипны и характеризовались достоверным их повышением. Данный процесс проходил на фоне четырёхкратного увеличения уровня С-реактивного белка (СРБ), подтверждающего наличие воспалительного процесса (СРБ – контроль: 6мг/л; при ОКС на 1 сутки – 24 мг/л). Гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов оказывает отрицательное инотропное действие, способствует ремоделированию сердца, нарушению эндотелийзависимой дилатации сосудов и активации апоптоза кардиомиоцитов. Повышение уровня цитокинов тесно коррелирует с тяжестью клинических проявлений ОКС, а снижение их концентраций на фоне лечения ассоциируется с клиническим улучшением. Так, на 10 сутки при стандартном лечении ОКС, с использованием статинов уровень цитокинов уменьшился незначительно (-ФНО-92,5±8,81 пг/мл, ИЛ-6–21,4±2,8 пг/мл). Однако применение ангиопластики в сочетании с препаратом АЦЦ привело к снижению воспалительного фактора в 2,5 раза, в отношении -ФНО (42,6±5,6 пг/мл) и ИЛ-6 (10,2±1,72 пг/мл). Что соответствовало понижению титра СРБ (12 мг/мл) по отношению к 1 суткам (24 мг/мл) почти в два раза.

Таким образом, на фоне комбинированной терапии у всех пациентов к концу исследования выявлено достоверное снижение уровня цитокинов -ФНО и ИЛ-6, что благоприятно повлияло на гемодинамические сдвиги, сопровождающиеся улучшением клинического состояния обследуемых.

## 152 РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЙ И АНАЛИЗ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Климкин А. А., Липченко А. А., Фокина Е. Г.

МО "Новая больница", Екатеринбург, Россия

**Цель:** ретроспективная оценка риска тромбоэмболических осложнений и анализ профилактической антитромботической терапии в период, непосредственно предшествующий развитию острого ишемического инсульта (ИИ) на фоне неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

**Материал и методы. Результаты:** проанализированы 180 историй болезни пациентов, поступивших в неврологическое отделение в период с 2010 по 2011 годы с диагнозом ИИ на фоне неклапанной ФП. Возраст пациентов – от 55 до 82 лет (средний возраст – 68 ± 2,2 года), мужчин – 68, женщин – 112. Диагноз ИИ у всех больных был подтвержден с помощью МРТ головного мозга. У 106 пациентов ИИ был повторным с давностью от 8 до 36 месяцев, у 74 – первичным. У всех больных имелись указания в анамнезе на наличие ФП в сроки не менее 1 года, что подтверждалось ЭКГ. Пароксизмальная форма ФП отмечалась у 56 больных, перманентная – у 124.

Риск тромбоэмболий с использованием шкал CHADS2 и CHA2DS2VASc оценивался в период времени, непосредственно предшествующий развитию настоящего инсульта. По шкале CHADS2 пациенты распределились следующим образом: 0 баллов – 6 человек, 1 балл – 32; 2 балла – 30; 3 балла – 30; 4 балла – 41; 5 баллов – 33 и 6 баллов – 8. По шкале CHA2DS2VASc: 0 баллов – 0 человек, 1 балл – 9; 2 балла – 12; 3 балла – 21; 4 балла – 25; 5 баллов – 40; 6 баллов – 40; 7 баллов – 21; 8 баллов – 10 и 9 баллов – 2. Кроме того, у всех пациентов проведена оценка риска геморрагических осложнений с использованием шкалы HAS-BLED: 0 баллов – 10 пациентов, 1 балл – 31; 2 балла – 72; 3 балла – 46; 4 балла – 11; 5 баллов – 4 и 6 баллов – 2.

При сопоставлении рисков тромбоэмболий по шкалам CHADS2 и CHA2DS2VASc показана более высокая чувствительность шкалы CHA2DS2VASc. Это касалось, прежде всего, пациентов низкого и среднего риска. Несомненные показания для оральных антикоагулянтов имелись у 79% пациентов, оцененных по шкале CHADS2 и 95% – по шкале CHA2DS2VASc. Реально же варфарин принимало лишь 4 человека, новые оральные антикоагулянты и двойную антитромбоцитарную терапию не принимал никто, аспирин – 112 человек.

Проведён анализ причин, по которым пациенты не принимали антикоагулянты: не назначались – 64 пациента; назначались, но не принимались в связи отсутствием адекватного контроля МНО – 78 пациентов; кратковременно принимали с последующей отменой из-за организационных причин – 14, и только у 4 человек препарат был отменен из-за геморрагических осложнений.

**Выводы:** ретроспективный анализ риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с неклапанной ФП свидетельствует о более высокой чувствительности и специфичности шкалы CHA2DS2VASc по сравнению с CHADS2. Показания для однозначного приёма непрямого антикоагулянтов, согласно современным стандартам, имелись у 95% больных, реально же принимали – 2,2%. Основными причинами не назначения антикоагулянтов являлись отсутствие рекомендаций по их приему и невозможность адекватного контроля МНО.

## 153 ПРИМЕНЕНИЕ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АССОЦИИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ИЛИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Князева Т. А.\*, Бадтеева В. А.\*\*\*, Отто М. П.\*, Трухачева Н. В.\*, Стяжкина Е. М.\*

\*ФГБУ "Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии", Москва; \*\*ГБУЗ "Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения", Москва, Россия

**Цель:** оценка эффективности использования статокинезотерапии в комплексной реабилитации больных ИБС.

**Материал и методы:** клиническое обследование пациентов; холтеровское мониторирование ЭКГ; суточное мониторирование АД; 6-минутный тест ходьбы; липидный спектр; психологическое обследование («Самочувствие-Активность-Настроение»).

**Результаты:** исследование проведено у 40 больных ИБС, стенокардией напряжения II–III ФК с ассоциированной гипертонической болезнью II стадии, 2–3 степени повышения АД, средним и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений с клиническими проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) или вертебробазиллярной недостаточностью. I группа (20 пациентов) получала стабилметрический тренажер «Стабилан-01» в комплексе с суховоздушными углекислыми ваннами, магнитолазеротерапией; II (20 пациентов) –суховоздушные углекислые ванны, магнитолазеротерапию. Обе группы получали стандартную медикаментозную терапию. В I группе больных ИБС, получавших статокинезотерапию в комплексном лечении установленная положительная динамика клинико-функциональных проявлений ишемической болезни сердца статистически достоверно не отличалась от таковой во II группе, получавшей суховоздушные углекислые ванны, магнитолазеротерапию. Это свидетельствовало, что полученный терапевтический эффект обусловлен вышеуказанными физическими факторами. У больных ИБС с ассоциированной гипертонической болезнью с клиническими проявлениями ДЭП или вертебробазиллярной недостаточностью, включение в восстановительный комплекс статокинезотерапии приводило к уменьшению клинических проявлений церебральных синдромов, что проявлялось уменьшением головокружений, возрастанием устойчивости в вертикальной позе, уменьшением шаткости при ходьбе, улучшением координации и равновесия, что сопоставимо с результатами стабилметрии и выражалось в снижении показателей отклонения центра давления во фронтальном и в сагитальном направлениях, уменьшении средней скорости смещения центра давления, свидетельствующее об улучшении состояния равновесия и координационных способностей пациентов. В группе сравнения динамика показателей стабилметрии выявлено не было. Таким образом, у больных ИБС, ассоциированной с гипертонической болезнью с клиническими проявлениями ДЭП или вертебробазиллярной недостаточностью применение стабилкинезотерапии является терапевтически эффективным методом, устраняющим функциональные нарушения церебрального синдрома.

## 154 ОЦЕНКА МОТИВИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Конобеева Е. В., Шварц Ю. Г., Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Коньшина Л. Е.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России» Саратов

**Цель.** Определить возможности мотивирующего влияния на пациентов, применяя стандартные наглядные рекомендации (СНР) во время госпитализации и при выписке из кардиологического стационара.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 67 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении кардиологии. Пациенты были разделены на две группы. Группа вмешательства 34 пациента, группа сравнения 33. По половому и возрастному составу группы были сопоставимы. В группе вмешательства всем пациентам были выданы СНР, содержащие подробную информацию о рекомендованных препаратах во время госпитализации и при выписке, в группе сравнения пациентам были даны при выписке обычные рекомендации по питанию, образу жизни, приему лекарственных препаратов, согласно европейским и отечественным нормам. Через 3 месяца выполнялся телефонный звонок и заполнялся «лист-опросник». Статистическая обработка данных была выполнена при помощи пакета программ

Statgraphics, Statistica версии 8.0. В расчетах использовались непараметрические методы статистического анализа.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составлял 64,2 года, женщин было 33 (49,3%), мужчин – 34 (50,7%). Через 3 месяца после выписки из стационара были получены следующие данные. Из числа пациентов, которым были выданы СНР во время госпитализации и при выписке, отмечали улучшение самочувствия 64%. Из тех же, кто не получал СНР, 62%, ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов, которым СНР были выданы во время госпитализации, пропускали прием препарата по забывчивости 28%, не пропускали 72%. Пациенты, не получившие СНР в стационаре, большая часть пропускала прием по забывчивости 54%, 25% – в связи с улучшением самочувствия, остальные 21% – не пропускали ( $p < 0,001$ ). Повторные госпитализации в группах в этот период происходили с примерно равной частотой – в 33% и 29% случаев соответственно (различия статистически недостоверны, критерии M–L Chi-square, Pearson Chi-square,  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Пациенты, которым были выданы СНР, реже пропускали прием лекарственных препаратов по забывчивости. Повторная госпитализация (в течение 3 месяцев) была одинакова в обеих группах.

## 155 ТРОМБОФИЛИЯ КАК ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА

Ларина Ю. В., Некрутенко Л. А., Туев А. В.

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

**Цель:** оценить работу системы гемостаза у больных хронической сердечной недостаточности (ХСН) II–III функциональных классов (ФК) постинфарктного генеза стабильного течения в процессе программной терапии.

**Материал и методы:** обследовано 60 человек в возрасте  $60,56 \pm 8,14$  лет, в том числе 39 мужчин (66,7%) с ХСН II ( $n=24$ ) и III ( $n=36$ ) функциональных классов (ФК). Давность ХСН –  $5,34 \pm 4,88$  лет. Количество перенесенных инфарктов миокарда –  $1,70 \pm 0,90$ . Средняя фракция выброса левого желудочка  $48,23 \pm 2,31\%$ . Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами. В группу сравнения вошли 50 практически здоровых человек (25 мужчин), средний возраст которых –  $32,2 \pm 1,7$  года.

**Результаты:** клинические данные выявили признаки дисфункции всех звеньев системы гемостаза со значимым различием актуальных показателей от таковых у практически здоровых ( $p=0,000$ ), что отражает лабораторную тромбофилию. Ристомидин-кофакторная активность фактора Виллебранда составила  $110,75 \pm 23,42\%$ , растворимые комплексы фибриномономеров (РКМФ) повышены до  $8,08 \pm 2,77$  мг/дл,  $p < 0,0001$ , активность антитромбина III снижена до  $82,48 \pm 6,77\%$ ,  $p < 0,0001$ , резерв плазминогена уменьшен до  $86,03 \pm 8,36\%$   $p < 0,0001$ , а время Хагеман-зависимого фибринолиза (ХЗФ) удлинено до  $15,96 \pm 5,14$  мин.,  $p < 0,0001$ . При переходе из II в III ФК нарастала тромбинемия с увеличением содержания РКМФ с  $6,79 \pm 2,41$  до  $8,44 \pm 2,69$  мг/дл ( $p=0,02$ ) и удлинялось время ХЗФ с  $14,13 \pm 4,38$  до  $17,17 \pm 5,30$  мин. ( $p=0,03$ ). Корреляционный анализ между параметрами системы гемостаза показал наличие достоверных протромбогенных отражающих высокий уровень тромбофилии, взаимоотношений с участием ХЗФ, с одной стороны, и фибриногеном ( $r=0,41$ ,  $p=0,001$ ), а также РКМФ ( $r=0,27$ ,  $p=0,036$ ), с другой. Также выявлена связь средней силы между уровнем фибриногена и РКМФ ( $r=0,42$ ,  $p=0,001$ ), отражающая наличие риска для тромбообразования.

**Выводы:** ХСН II–III ФК постинфарктного генеза стабильного течения характеризуется выраженной лабораторной тромбофилией, что доказывает необходимость проведения вторичной тромбопрофилактики.

## 156 ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОГО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леонтьев М. А., Коньшина Л. Е., Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Конобеева Е. В., Соколов И. М.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов

Как известно, приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией (АГ) во многом зависит от количества принимаемых «таблеток от давления». Целью данного исследования являлась оценка качества жизни пациентов с АГ, в лечении которых использовался антигипертензивный комбинированный трехкомпонентный препарат (АКТП), содержащий тиазидный диуретик (гидрохлоротиазид), блокатор кальциевых каналов (амлодипин) и антагонист рецепторов к ангиотензину-II (валсартан) – ко-эксфорж.

**Материал и методы.** В исследование были включены 60 пациентов, 22 женщины и 38 мужчин, средний возраст 49 лет, с артериальной гипертензией. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении кардиологии, через 3 месяца после первичного обследования снова посещали клинику. При обращении у больных отмечались колебания уровня артериального давления (АД) в течение суток, или постоянно высокие цифры АД (степень 3) на фоне приема различных групп антигипертензивных препаратов, включая 3-х компонентную схему (например, диуретик+бета-блокатор+иАПФ). Пациентам назначался АКТП, до начала приема и через 3 месяца проводилось обследование пациентов – суточное мониторирование АД (СМАД), оценка качества жизни с помощью краткого опросника о состоянии здоровья SF-36 (Short Form health survey 36), оценка пациента по визуально-аналоговой шкале самооценки самочувствия (ВАШ), а также через 3 месяца осуществлялся анализ дневника регистрации АД, где пациент самостоятельно фиксировал динамику изменения АД.

**Результаты и обсуждение.** На фоне приема АКТП в индивидуально подобранных дозировках отмечалось достоверное снижение систолического и диастолического АД уже во время нахождения в стационаре, достигнута степень I АГ. При анализе самостоятельных записей дневника в течение 3 месяцев выявлен хороший терапевтический эффект АКТП, т. е. все пациенты достигли целевого уровня АД. Существенно улучшились результаты суточного контроля АД (значительных колебаний АД не отмечалось) по результатам СМАД. Качество жизни пациентов достоверно повысилось по ряду психосоциальных и физических показателей после 3-х месяцев лечения. В частности, возросли значения таких шкал как жизнеспособность, социальная активность, физическая активность, общее здоровье. Улучшились показатели при оценке по ВАШ в сравнении с исходными.

**Выводы.** Применение АКТП позволило достичь стабилизации АГ у пациентов с плохо корригируемыми показателями АД стандартными комбинациями препаратов (диуретики, бета-блокаторы, иАПФ и др.). Использование фиксированной комбинации, состоящей из трех антигипертензивных средств (амлодипин+валсартан+гидрохлоротиазид), значимо повышает качество жизни этой категории больных.

## 157 СИМВАСТАТИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Мальгин А. Ю.<sup>1</sup>, Хохлов А. Л.<sup>2</sup>

Государственная клиническая больница № 8, Ярославль; Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

В 12-месячном наблюдении оценивали смертность, частоту повторных сердечно-сосудистых событий, динамику невро-

логического дефицита и эндотелиальной дисфункции у пациентов с впервые возникшим ишемическим инсультом (ИИ) при назначении симвастатина в остром периоде болезни.

**Материал и методы.** В исследование включено 210 пациентов обоего пола, средний возраст – 65,55±8,2 лет, с впервые возникшим ИИ. Выделено две группы: I – 105 пациентов, получивших стандартное лечение ИИ, группа II – 105 человек, дополнительно получавших 40 мг симвастатина (Зокор-форте, MSD, Швейцария). Период наблюдения – 12 месяцев. Выполняли подсчет клеток десквамированного эндотелия; оценивали неврологический статус: шкалы MMSE, NIHSS, Скандинавская; динамику уровней общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), триглицеридов (ТГ).

**Результаты.** К 90 дню наблюдения умерли 9 больных (6 в первой и 3 во второй группе). К середине наблюдения (180 сутки) эти показатели в группах составляли 11 и 8 человек, соответственно ( $p>0,05$ ). В конце периода наблюдения смертность среди пациентов I группы по-прежнему была выше, но эти различия не имели статистической значимости (19 умерших в I группе и 16 во II группе). Повторные сердечно-сосудистые события также наблюдались в обеих группах и в течение года составили за период наблюдения в I группе 21,9% ( $n=23$ ) и 16,19% ( $n=17$ ) во II группе,  $p>0,05$ . Комбинированная конечная точка (смерть + повторные ССЗ + повторные госпитализации) была достигнута в 64 случаях в I группе (60,9%), и в 49 (46,6%) во II ( $p=0,037$ ). На протяжении исследования в группе I показатели липидного спектра не менялись. В группе II отмечено снижение уровней ОХ, ХСЛПНП, ТГ уже на 90 сутки с последующим высокостепенным достижением нормальных для больных высокого риска значений к 360 дню. Финальное снижение количества эндотелиоцитов в группе больных, лечившихся симвастатином, составило 45,3%, в то время как на фоне стандартной терапии – 13,3%. Более раннее восстановление когнитивных способностей отмечено у больных, принимающих симвастатин.

**Заключение.** Назначение 40 мг симвастатина, начиная с острой фазы ишемического инсульта, наряду с сопутствующей нейропротекторной и антигипертензивной терапией, способствует уменьшению количества повторных сердечно-сосудистых катастроф; отчетливой положительной динамике неврологического статуса; регрессу проявлений эндотелиальной дисфункции в виде значительного уменьшения количества циркулирующих в крови клеток десквамированного эндотелия.

## 158 СРАВНЕНИЕ ДВУХ ТАКТИК ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ВЛИЯНИЮ НА ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННУЮ ФОСФОЛИПАЗУ A2

Миклишанская С. В., Власик Т. Н., Казначеева Е. А., Лякишев А. А., Кухарчук В. В.

ФГУ РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия

**Цель:** сравнить результаты влияния монотерапии симвастатином и комбинированной терапии симвастатином и эзетимибом на массу липопротеин-ассоциированной фосфолипазы A2 (Лп-ФЛА2).

**Материал и методы:** в работе приняли участие 100 пациентов с коронарным атеросклерозом, документированным по данным коронароангиографии, не принимавшие холестерин снижающие препараты в течение последних 6 месяцев. У всех пациентов были определены масса Лп-ФЛА2, липидный профиль и уровень высокочувствительного С-реактивного белка, интерлейкины 1и 6 перед началом липид-снижающей терапии и через 6 месяцев после достижения целевых значений холестерина. В качестве липид-снижающей терапии у 50 пациентов была назначена комбинация симвастатина и эзетимиба, у других 50 пациентов проводилась монотерапия симвастатином. Доза эзетимиба у всех пациентов была стан-

дартной 10 мг/сут, доза симвастатина подбиралась индивидуально от 20 мг/сут до 80 мг/сут в зависимости от степени снижения холестерина. Масса Лп-ФЛА2 определялась с помощью иммуноферментного анализа с использованием двух высоко специфичных моноклональных антител. Высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ) определялся нефелометрическим способом на основе измерения бокового рассеяния лазерного излучения при длине волны 840 нм. ИЛ-1, ИЛ-6 определяли с помощью твердофазного ферментативно усиленного хемилюминесцентного метода.

**Результаты.** Комбинация эзетимиба с симвастатином приводит к достоверно большему снижению показателей Лп-ФЛА2, ИЛ-6 и липидного профиля по сравнению с монотерапией симвастатином: Лп-ФЛА2 снизилась на 45% против 38%, ИЛ-6 на 48% против 38%, холестерин общий на 35% против 28%, холестерин липопротеидов низкой плотности на 50% против 40% соответственно ( $p < 0,04$ ). Комбинированная терапия эзетимибом и симвастатином 20 и 40 мг/сут оказалась столь же эффективной по влиянию на маркеры воспаления (Лп-ФЛА2 и СРБ) и на показатели липидного профиля, как монотерапия симвастатином в дозе 80 мг/сут ( $p < 0,05$ ). Монотерапия симвастатином 40 мг/сут оказалась менее эффективной по влиянию на маркеры воспаления и показатели липидного профиля, чем комбинированная терапия в любой дозировке ( $p < 0,05$ ). Масса Лп-ФЛА2 достоверно выше у пациентов с атеросклеротическим поражением 3 коронарных артерий в сравнении с пациентами, у которых имеется поражение только одной коронарной артерии: 387 нг/мл и 322 нг/мл соответственно ( $p < 0,05$ ). Выявлена достоверная корреляционная зависимость между Лп-ФЛА2, ОХС и ХС ЛНП ( $r = 0,28$ ;  $r = 0,33$  соответственно). Отсутствует корреляция между Лп-ФЛА2 и СРБ, ИЛ-6 в крови больных ИБС.

**Выводы:** интенсивная гиполипидемическая терапия приводит к более выраженному снижению общего холестерина и холестерина ЛНП, а также, в значительной мере, снижает уровни Лп-ФЛА2 и ИЛ-6, что можно рассматривать как мишень для подавления процессов воспаления и достижения стабилизации атеросклеротической бляшки.

## 159 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Морозова Т. Е., Андрущишина Т. Б., Латыпова Е. Р.*  
Первый МГМУ им И. М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель:** Оценить динамику биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции, воспаления, активности адипоцитов и инсулинорезистентности на фоне вторичной медикаментозной профилактики артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы:** в исследование включены 59 человек (30 мужчин и 29 женщин) с АГ и метаболическим синдромом (МС). МС диагностировался при наличии 3 из 5 критериев АНА/ННЛВІ (2005 г). Эндотелин-1 (Biomedica Gruppe), С-реактивный белок (Ogion Diagnostics), лептин (Leptin ELISA, DBC), адипонектин (Biovendor Human Adiponectin ELISA), глюкоза и инсулин (Mercodia Insulin ELISA) определялись исходно и через 12 недель лечения зофеноприлом в дозе от 15 до 60 мг/сут и небивололом в дозе 2,5–10 мг/сут. Степень выраженности инсулинорезистентности определялась по индексу НОМА-ІR, вычисляемому по формуле: Индекс инсулинорезистентности = гликемия натощак (ммоль/л) × базальный уровень инсулина (мкЕд/мл) / 22,5.

**Результаты.** Уровень эндотелина-1 снизился с 0,38 (0,25; 1,03) до 0,34 (0,14; 0,88) фмоль/мл ( $p = 0,05$ ) на фоне зофеноприла и с 0,37 (0,25; 0,89) до 0,27 (0,18; 0,83) фмоль/мл ( $p = 0,001$ ) на фоне небиволола. СРБ – с 3,35 (2,25; 6,31) до 2,9 (1,34; 4,38) мг/л ( $p = 0,05$ ) и с 2,67 (1,95; 3,89) до 2,2 (1,18; 4,13) мг/л ( $p = 0,001$ ) соответственно. ІСАМ – с 323,9 (242,25; 512,31) до 315,47 нг/мл (187,31; 424,38) и с 329,16 (271,33; 413,71) до 320,5 (218,18; 314,13) нг/мл ( $p = 0,001$ ) соответственно. Уровень адипонектина под влиянием зофеноприла достоверно повысился только у женщин с 12,2 (9,7; 15,2) до 13,9 (11,5; 16,9)

мкг/мл ( $p = 0,03$ ). Под влияние небиволола концентрация адипонектина достоверно снизилась только у мужчин с 6,2 (5,3; 9,6) до 4,8 (5,3; 9,6) мкг/мл, ( $p = 0,001$ ). Индекс НОМА-ІR снизился с 3,71 (1,09; 6,96) до 2,44 (0,76; 4,69) ( $p = 0,0064$ ) под влиянием зофеноприла и с 3,75 (2,91; 4,6) до 3,4 (2,26; 4,53) ( $p = 0,6$ ) под влиянием небиволола. Отмечено достоверное снижение индекса НОМА-ІR у мужчин с 4,04 (2,99; 5,11) до 2,38 (1,83; 2,93) ( $p = 0,0059$ ) в группе зофеноприла.

**Заключение:** ингибитор АПФ зофеноприл и высокоселективный бета-блокатор небиволол демонстрируют возможности для улучшения биохимических маркеров эндотелиальной дисфункции, воспаления и инсулинорезистентности у больных с АГ и МС при проведении вторичной медикаментозной профилактики.

## 160 РОЛЬ СТАТИНОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У МУЖЧИН ВЫСОКОГО РИСКА

*Осипова И. В.<sup>1</sup>, Пырикова Н. В.<sup>1,2</sup>, Антропова О. Н.<sup>1</sup>, Зальцман А. Г.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО АГМУ Минздрав РФ, Барнаул; <sup>2</sup>НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО "РЖД", Барнаул, Россия

**Цель:** оценить эффективность комплексной программы первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с использованием статинов у мужчин высокого коронарного риска.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие мужчины 22–55 лет; по профессии машинисты и помощники машинистов. Комплекс мероприятий по первичной профилактике ССЗ включает Школу здоровья на рабочем месте, индивидуальное консультирование по здоровому образу жизни, назначение статинов для категории высокого кардиоваскулярного риска. Средняя доза Липтонорма составила 14,7±5,1 мг в сутки, длительность приема 6 месяцев.

**Результаты.** За период с 2010 по 2011 год в реализации комплекса первичной профилактики приняли участие 224 мужчины, выделена группа высокого риска SCORE – 14,3%, 57,1% имели умеренный, 28,6% низкий кардиоваскулярный риск по шкале SCORE. Приверженность работников к приему Липтонорма по результатам заполнения "Дневника самоконтроля" составила 93,2±5,8%. При исследовании липидного обмена в группе высокого коронарного риска на фоне приема Липтонорма на протяжении 6 месяцев получено снижение гиперхолестеринемии в 7 раз ( $p < 0,001$ ), гипертриглицеридемии в 7,3 раза ( $p < 0,001$ ); средний уровень триглицеридов снизился на 0,2 ммоль/л ( $p < 0,001$ ), общего холестерина на 1,3 ммоль/л ( $p < 0,001$ ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) на 0,7 ммоль/л ( $p < 0,001$ ). Назначение Липтонорма в группе высокого кардиоваскулярного риска позволило достичь целевого уровня ХС ЛНП у 84,4% мужчин ( $p < 0,001$ ). Положительная динамика поведенческих факторов риска (в том числе от курения отказались 29,4%), снижение систолического артериального давления 4,5 мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ) и нормализация липидного обмена у работников локомотивных бригад привели к снижению суммарного коронарного риска. При первичном профилактическом обследовании средний риск по шкале SCORE в группе вмешательства составил 6,8±1,2%, после выполнения комплекса профилактических программ в течение 6 месяцев, включая назначение Липтонорма произошло снижение кардиоваскулярного риска на 1,7% ( $p < 0,001$ ), т. е. риск SCORE составил 5,1±0,9%. Таким образом, если исходно из 224 работников локомотивных бригад к категории высокого риска по шкале SCORE относились 14,3%, то после проведения профилактического вмешательства высокий коронарный риск имели 3,6%, т. е. 10,7% лиц ( $p < 0,001$ ) перешли в категорию умеренного риска по шкале SCORE.

Таким образом, применение статинов в течение 6 месяцев у мужчин категории высокого риска приводит к уменьшению гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии и высокого ХС ЛНП в среднем в 7 раз. Коррекция поведенческих факторов риска и нормализация липидного обмена на фоне приема



Липтонорма в течение 6 месяцев у работников локомотивных бригад привели к снижению суммарного коронарного риска на 1,7%, в результате чего 10,7% лиц перешли в категорию умеренного риска по шкале SCORE.

## 161 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Падьганова А. В.  
Кировская ГМА, Киров, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) у беременных является одной из самых распространенных экстрагенитальных патологий. АГ, диагностированная у женщины до беременности или до 20-й недели ее развития, определяется как “хроническая артериальная гипертензия” (ХАГ), на ее долю приходится примерно 30% от общего числа беременных с гипертензивными состояниями. Во время беременности ХАГ увеличивает число осложнений гестационного периода, таких как отслойка нормально расположенной плаценты, эклампсия, нарушение мозгового кровообращения, отслойка сетчатки, массивные кровотечения и повышает риск развития заболеваний почек и сердечно-сосудистых заболеваний у матерей.

**Цель:** изучить влияние антигипертензивной терапии на состоянии кардиоренальной системы и факторы кардио-метаболического риска у беременных с ХАГ.

**Материал и методы:** проанализированы структурно-функциональные особенности состояния кардиоренальной системы и факторы кардиометаболического риска у 100 беременных с ХАГ во втором триместре гестации исходно и на фоне 4-месячной терапии метилдопой, пролонгированным нифедипином, метопрололом, комбинацией пролонгированного нифедипина и метопролола. Проведена оценка клинического артериального давления, определение глюкозы крови утром натощак, липидного спектра, микроальбуминурии, скорости клубочковой фильтрации (проба Реберга-Тареева), ультразвуковое исследование почек, эхокардиоскопия с доплерографией на ультразвуковом сканере “LOGIQ-5” (США, 2005).

**Результаты:** до начала гипотензивной терапии пациентки всех подгрупп были сопоставимы по основным характеристикам. При использовании  $\alpha$ -адреноблокатора метопролола, пролонгированного антагониста кальция дигидропиридинового ряда нифедипина и их комбинации для лечения ХАГ выявлено позитивное влияние на состояние кардиоренальной системы, в то время как при назначении метилдопы отмечено усиление гестационных гиперлипидемических эффектов и отсутствие позитивного влияния на состояние сердечно-сосудистой и ренальной систем. Установлено, что применяемые антигипертензивные препараты не отличаются по влиянию на весоростовые характеристики детей при рождении.

**Выводы.** Назначая гипотензивную терапию беременным необходимо помнить, что одной из основных задач данного лечения является не только достижение целевых цифр АД, оценка влияния фармакотерапии на внутриутробное развитие плода, но и защита органов-мишеней, а значит и профилактика сердечно-сосудистых и ренальных осложнений, как во время текущей беременности, так и в будущей жизни женщины. Рекомендуется дифференцированный подход к подбору антигипертензивной терапии у беременных с ХАГ с целью улучшения материнских и перинатальных исходов: при наличии структурно-функциональных нарушений миокарда и нарушений функционального состояния почек рекомендуется назначать пролонгированный нифедипин, также возможно назначение метопролола.

## 162 ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ

## С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

Попова М. А., Шпилева Н. Н.  
Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

**Цель:** определение динамики показателей суточного профиля артериального давления (СПАД) у пациентов, после протезирования крупных суставов по поводу ОА.

**Материал и методы.** Обследовано 87 больных с сочетанием АГ и ОА. Суточное мониторирование АД проводилось с помощью мониторов серии Gamma Infinity для анализа СПАД до и в течение 72 часов после протезирования суставов на фоне проводимой терапии НПВС. Оценена динамика АД у пациентов в интраоперационном и раннем послеоперационном периоде на фоне проведения спинальной блокады Маркаином («Маркаин® Спинал»).

**Результаты.** Среди обследованных больных с сочетанием ОА и АГ до операции по данным медицинской документации 1 степень АГ составила 9,2%, 2 степень – 55,2%, 3 – в 35,6%. Все пациенты получали неселективные НПВС (кеторалак, кетопрофен, диклофенак) или 47% больных дополнительно получали нимесулид. Среднее САД при поступлении составило при сочетании ОА и АГ составило 139,7±2,0 мм рт.ст.; ДАД – 86,8±2,1 мм рт.ст. В интраоперационном периоде на фоне спинальной блокады отмечено снижение САД на 7%, снижение ДАД – на 6,5%. В первые сутки послеоперационного периода выявлено снижение САД на 15%, снижение ДАД – на 18%. Во вторые сутки послеоперационного периода зарегистрировано снижение от исходных цифр САД на 10,9%, снижение ДАД – на 18,4%. На третьи сутки послеоперационного периода выявлено снижение САД на 9,2%, снижение ДАД – на 13,3%.

**Выводы.** При протезировании крупных суставов у больных остеоартрозом прослеживается достоверное снижение САД и ДАД в интра- и послеоперационном периоде по сравнению с исходным уровнем АД, что требует динамического наблюдения за показателями АД и коррекции антигипертензивной терапии с целью профилактики развития цереброваскулярной и коронарной недостаточности у данной категории больных.

## 163 ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т. М.<sup>1</sup>, Попонина Ю. С.<sup>1, 2</sup>, Юнусова Е. Ю.<sup>1</sup>  
Капилович Н. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО “СибГМУ” Минздрава России, Томск; <sup>2</sup>ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, Томск, Россия

**Цель:** изучить состояние тромбоцитарного гемостаза у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ) в условиях проведения двойной анти-тромбоцитарной терапии.

**Материал и методы:** обследовано 80 больных с ОКСБПСТ. При поступлении больные получали общепринятую противотромботическую терапию, включающую эноксапарин в дозе 1 мг/кг массы тела 2 раза в день подкожно в течение 2–8 дней и двойную анти-тромбоцитарную терапию (дополнительно к аспирину (АСК) оригинальный клопидогрел, оба препарата – в нагрузочной дозе). Через 1 сутки после поступления больные 1-й группы (n=40) продолжали прием АСК – по 100 мг/сутки и плавикса – по 75 мг/сутки, больные 2-й группы (n=40) – комбинированный препарат коплавикс, содержащий 100 мг аспирина и 75 мг клопидогрела (производства компании Sanofi Aventis). Всем пациентам выполнялось исследование тромбоцитарного гемостаза: изучалась агрегация тромбоцитов, индуцированная аденозиндифосфатом в концентрации 5,0 мкг/мл и адреналином в концентрации 5,0 мкг/мл производства “Технология-стандарт”.

Мониторинг функции тромбоцитов при клиническом применении антиагрегантов выполнялся на анализаторе агрегации тромбоцитов Helena AggRAM.

**Результаты.** Следует отметить, что на догоспитальном этапе 50% пациентов не была назначена антитромбоцитарная терапия: пациенты не приняли ни АСК, ни клопидогрел, ни, тем более, двойную антитромбоцитарную терапию. Нами было показано, что коплавикс эффективно снижал агрегацию тромбоцитов, индуцированную аденозиндифосфатом: светопропускание в среднем составило 24,8% и было статистически значимо ниже исходного уровня ( $p < 0,01$ ). Коплавикс эффективно снижал адреналин-индуцированную агрегацию тромбоцитов: светопропускание в среднем составило 25,4% и было также статистически значимо ниже исходного уровня ( $p < 0,01$ ). Ни у одного из обследованных пациентов, принимавших коплавикс, не было выявлено резистентности. Нежелательные явления на коплавикс, включая кровотечения, тромбоцитопению, анемию, диарею и другие, не были выявлены ни у одного из леченных пациентов.

**Выводы.** Фиксированный комбинированный препарат коплавикс – эффективный и безопасный препарат.

#### 164 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

*Сергеева В.А., Майорова С. В.*

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Распространенность такого вида сердечной аритмии, как фибрилляция предсердий (ФП) в общей популяции в последние годы неуклонно возрастает, достигнув по последним данным в РФ уровня 6%. Смертность у пациентов с ФП почти в 2 раза выше, чем у лиц с синусовым ритмом, что связано с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и прежде всего кардиоэмболического инсульта (КЭИ), поэтому важным моментом в ведении пациентов с ФП является назначение адекватной антитромботической терапии (АТТ) пероральными антикоагулянтами (ПАК).

Для ее оценки обследованы 100 пациентов с ФП, сопоставимых по возрасту и полу, проживающих в Саратовской области (46% – жители г. Саратова, 27% – из районных центров (РЦ), 27% – жители сельской местности (СМ)) и находившихся на момент исследования на стационарном лечении в нескольких клиниках г. Саратова. Проводилась стратификация риска КЭИ по шкале  $CHA_2DS_2VASc$  и риска кровотечения по шкале HAS-BLED с последующей оценкой адекватности назначенной АТТ.

Самой многочисленной группой пациентов (93%), нуждающихся в приеме ПАК и имеющих соответственно высокий риск ТЭО по шкале  $CHA_2DS_2VASc$  оказались жители г. Саратова. Средний балл по шкале  $CHA_2DS_2VASc$  в этой группе пациентов составил  $3,39 \pm 0,20$ . Среди пациентов – жителей РЦ нуждающихся в приеме ПАК оказалось 71%; средний балл по шкале  $CHA_2DS_2VASc$  среди них –  $3,04 \pm 0,38$ . В группе пациентов, проживающих в СМ, 74% также нуждались в ПАК. Средний балл по шкале  $CHA_2DS_2VASc$  составил в этой группе  $3,15 \pm 0,37$  баллов. При оценке проводимой терапии ПАК установлено, что в 100% случаев назначался варфарин. У пациентов – жителей г. Саратова в группе высокого риска, только 14% получали варфарин, половина из которых принимали его в сочетании с антиагрегантами (АА), 73% получали только АА, у остальных 13% пациентов АТТ отсутствовала. Среди жителей РЦ, нуждающихся в приеме ПАК только 20% получали варфарин, 45% из которых принимали их также в сочетании с АА, 70% получали только АА и 10% пациентов не имели никакой АТТ. У жителей СМ с высоким риском ТЭО, ни один пациент не получал ПАК, однако в 100% случаев наблюдался прием АА. При оценке

риска кровотечений по шкале HAS-BLED в группе высокого риска ТЭО пациентов г. Саратова он составил  $2,44 \pm 0,13$  балла и только 48% имели высокий риск ( $\geq 3$  баллов), среди пациентов из РЦ соответственно  $2,68 \pm 0,22$  балла, только у 37% выявлен высокий риск, среди жителей СМ –  $2,76 \pm 0,25$  балла и у 48% высокий риск.

Таким образом, АТТ у пациентов с ФП и в областном центре и СМ и РЦ Саратовской области пока остается недостаточной и неадекватной. Значительное число пациентов не защищены от развития ТЭО на фоне ФП в условиях отсутствия АТТ. Такая ситуация не может быть объяснена осторожностью в назначении ПАК из-за высокого риска кровотечений, так как в обследованных группах большинство имело сравнительно низкий риск его развития по шкале HAS-BLED.

#### 165 ОЦЕНКА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

*Сергеева В. А., Яковлева Е. В., Александрова Н. Л.*

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Согласно рекомендациям ВНОК и ВНОА подход к анти-тромботической терапии (АТТ) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) основывается не на форме самой аритмии, а на суммарном риске системных эмболических осложнений (СЭО) по общепринятой на данный момент шкале  $CHA_2DS_2VASc$ . В качестве препаратов, имеющих доказанную эффективность в профилактике СЭО выступают пероральные антикоагулянты (ПАК) различного механизма действия. Применение антиагрегантов в качестве АТТ в данном случае является некорректным, так как не обеспечивает таким пациентам защиты от неблагоприятных исходов, связанных с тромбоэмболическими осложнениями.

Обследовано 100 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии ОКБ и 1 ГКБ г. Саратова. Средний возраст составил  $64,95 \pm 1,15$  лет. 44% пациентов имели постоянную форму ФП, 49% – персистирующую форму и 7% пациентов – пароксизмальную форму ФП. По шкале  $CHA_2DS_2VASc$  средний балл в группе постоянной ФП составил  $3,63 \pm 0,24$ , в группе персистирующей ФП  $3,22 \pm 0,23$  баллов, в группе пароксизмальной ФП  $2,0 \pm 0,49$  балла. Согласно данной шкале, в группе постоянной ФП 91% пациентов нуждались в ПАК, 82% – в группе персистирующей ФП, 71% – в группе пароксизмальной ФП. Получали данные препараты в группе постоянной ФП только 11% пациентов, в группе персистирующей ФП – 12% и ни одного пациента из группы пароксизмальной ФП. При анализе АТТ в целом, выявлено, что во всех группах проводились неоднократные госпитализации в связи с ухудшением состояния, во время которых проводилось лечение парентеральными антикоагулянтами у 42% пациентов, однако, при выписке на амбулаторный этап ПАК не рекомендовались. Проведена оценка риска кровотечений (РК) по шкале HAS-BLED, оценена возможность контроля МНО у всех пациентов, как основные условия для назначения лечащими врачами ПАК. В группе с постоянной ФП высокий РК выявлен у 55% пациентов, с персистирующей формой – у 39% и у 17% – с пароксизмальной формой ФП. Максимальное число баллов по данной шкале (5 баллов) имелось только у 2% от общего числа больных, кроме этого, преобладающим фактором из данной шкалы было неконтролируемое артериальное давление, то есть модифицируемый фактор, требующий отдельной коррекции. По возможности контроля МНО ситуация оказалась не столь плачевной. Так, в группе пациентов с постоянной формой ФП такая возможность имеется у 66%, из группы персистирующей ФП – у 63% и у 57% из группы пароксизмальной ФП. Причем, остальная часть пациентов, просто не владела соответствующей информацией о возможностях лабораторий ближайших ЛПУ.

Таким образом, ни в одной группе пациентов с различными формами ФП пациенты не получали адекватной АТТ и, соответственно, не имеют достаточной защиты от СЭО. Низкий%

назначений ПАК во всех группах пациентов с ФП требует дальнейшего всестороннего анализа и, возможно, дополнительного информирования практикующих врачей о значимости данной терапии для таких пациентов.

## 166 ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смоленская О. Г., Каниюкова А. А.

ГБОУ ВПО УГМА МЗ РФ, кафедра внутренних болезней и эндокринологии, Екатеринбург, Россия

Возможность влиять на выраженность гиперинсулинемии и инсулинорезистентности антигипертензивными препаратами может иметь большую клиническую ценность в лечении АГ для уменьшения ее осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и снижения вероятности развития сахарного диабета 2 типа.

**Цель.** Сравнить влияние блокатора АТ<sub>1</sub>-рецепторов кандесартана и селективного БАБ бисопролола на уровень иммунореактивного инсулина, глюкозы крови и триглицеридов натощак и после углеводной нагрузки у больных АГ.

**Материал и методы.** Обследовано 60 пациентов (54 мужчины и 6 женщин), средний возраст 33,5 (25,0; 41,25) года, индекс массы тела 26,0 (23,0; 29,0) с гипертонической болезнью (артериальная гипертензия 1 степени), доказанной гиперинсулинемией натощак и/или после углеводной нагрузки и нормальными уровнями гликемии натощак и/или после углеводной нагрузки (по результатам перорального глюкозотолерантного теста). Пациенты были рандомизированы в две сопоставимые по основным признакам группы. Пациенты первой группы получали кандесартан в средней дозе 8,0 (5,0; 10,0) мг/сут. Вторая группа получала бисопролол в дозировке 5,0 (2,5; 10,0) мг/сут., обследование проводили при рандомизации и через 12 недель лечения. Результаты оценивались по уровню иммунореактивного инсулина (ИРИ) и глюкозы крови натощак и каждые 30 минут после углеводной нагрузки в течение 2 часов.

**Результаты и обсуждение.** Через 12 недель лечения у всех пациентов удалось достичь целевых уровней артериального давления. В группе, получавшей кандесартан, выявлено достоверное снижение уровня ИРИ через 30, 60, 90 и 120 минут после углеводной нагрузки ( $p=0,019$ ;  $0,001$ ;  $0,002$  и  $0,000$  соответственно), а также достоверное уменьшение показателя площади под кривой инсулина с 141,10 мкед/мл\*час в начале лечения до 113,63 мкед/мл\*час через 12 недель лечения ( $p<0,001$ ), в то время как индекс НОМА натощак на фоне терапии кандесартаном не изменился ( $p>0,05$ ). В группе бисопролола выявлено достоверное увеличение уровня ИРИ натощак, через 30, 60, 90 и 120 минут после углеводной нагрузки ( $p=0,000$ ,  $p=0,041$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,043$  и  $p=0,007$  соответственно). Отмечено достоверное увеличение индекса НОМА натощак, через 60 и 90 минут после нагрузки глюкозой ( $p=0,001$ ,  $p=0,026$  и  $p=0,041$  соответственно) и площади под кривой инсулина с 103,71 мкед/мл\*час до 134,92 мкед/мл\*час ( $p=0,001$  и  $p=0,003$  соответственно). Уровни глюкозы на фоне лечения в обеих группах остались неизменными ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о преимуществе использования кандесартана по сравнению с бисопрололом для снижения гиперинсулинемии и уменьшения инсулинорезистентности у пациентов с АГ без нарушения углеводного обмена.

## 167 ОРГАНОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА И АГ

Смоленская О. Г., Введенская С. С.

ГБОУ ВПО УГМА МЗ РФ, Екатеринбург, Россия

Сахарный диабет 2-го типа в 50–80% случаев сочетается с артериальной гипертензией, что существенно увеличивает

риск развития макрососудистых осложнений. Повышение артериального давления, наряду с гипергликемией, играет важнейшую роль в развитии полиорганной патологии, в связи с чем выраженное органопротективное действие и метаболическая нейтральность в отношении углеводного и липидного обмена являются обязательными при выборе гипотензивных препаратов. Монотерапия практически не обеспечивает нормализацию АД, в связи с чем лечение комбинированными препаратами в последних рекомендациях рассматривается как один из вариантов терапии первого уровня.

**Цель:** оценка антигипертензивной эффективности фиксированной комбинации препарата Престанс и оценка его кардио- и нефропротективного действия у больных СД 2-го типа и АГ в течение 12 недель активного лечения.

**Материал и методы.** В исследование было включено 30 пациентов, страдающих АГ и СД 2-го типа в стадии компенсации или субкомпенсации углеводного обмена. Средний возраст обследованных больных составил  $66,1 \pm 1,49$  лет, средняя длительность СД –  $6,45 \pm 0,46$  лет. Среднее значение систолического АД (САД) при включении в исследование составило  $159,0 \pm 2,28$  мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) –  $93,5 \pm 2,09$  мм рт.ст. Всем больным проводили суточное мониторирование АД, определение микроальбуминурии, пробу Реберга и ЭхоКГ. Доза Престанса титровалась до достижения целевых уровней АД.

**Результаты.** Через 12 недель лечения средние значения САД и ДАД составили  $129,3 \pm 1,27$  и  $75 \pm 1,31$  мм рт.ст., соответственно. Снижение артериального давления в абсолютных цифрах составило  $29,75$  мм рт.ст. и  $18,5$  мм рт.ст. соответственно по сравнению с исходными данными ( $p<0,001$ ). Целевой уровень АД к концу 12 недели был достигнут у 70% пациентов. Процент больных, достигших целевых уровней АД в группе предшествующей монотерапии был более высок (80,0%) по сравнению с группой двух- ( $62,5\%$ ) и трехкомпонентной терапии (71,4%). Среднее содержание альбумина в моче через 12 недель лечения достоверно снизилось на  $3,45 \pm 0,86$  мг/л, уровень гиперфильтрации уменьшился у 56% больных на  $34,51 \pm 8,32$  мл/мин. Показатели креатинина крови не изменились. По данным ЭхоКГ размеры камер и толщина стенок левых отделов сердца остались прежними, количество больных с диастолической дисфункцией левого желудочка уменьшилось на 36,66%.

**Выводы.** Фиксированная комбинация периндоприла и амлодипина эффективно снижает артериальное давление при АГ у больных СД 2 типа не зависимо от предшествующей гипотензивной и сахароснижающей терапии и положительно влияет на состояние органов-мишеней.

## 168 ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА «КАРДОСТИН»

Спицина Т. Ю.<sup>1</sup>, Темирсултанова Т. Х.<sup>1</sup>, Лопатин Ю. М.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Волгоградский областной клинический кардиологический центр, Волгоград; <sup>2</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Цель.** Изучить влияние препарата Кардостин на качество жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии.

**Материал и методы.** Исследование включало 60 пациентов, перенесших инфаркт миокарда различной давности, фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)  $\leq 40\%$  и ХСН II–IV ФК, средний возраст пациентов  $56,9 \pm 1,3$  г. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы. Первая группа ( $n=30$ ) наряду со стандартной терапией ХСН (-блокаторы, ингибиторы АПФ или БРА II, антиагреганты, статины) дополнительно получала кардостин (совокупность сверхмалых доз антител к С-концевому фрагменту АТ I-рецепторам ангиотензина II аффинно очищенных и антител к эндотелиальной NO синтазе

аффинно очищенных) в дозе 3 таблетки в сутки сублингвально. Вторая группа пациентов (n=30) была плацебо-контролируемой, и, соответственно, больные получали только стандартную терапию ХСН. Оценивалось изменение ФК ХСН по Нью-Йоркской классификации, качество жизни определялось с помощью Канзасского, Миннесотского опросников и госпитальной шкалы тревоги и депрессии исходно, через 1,3, 6 месяцев терапии.

**Результаты.** В ходе проводимой терапии мы наблюдали значимое улучшение качества жизни у больных с ХСН, принимавших наряду со стандартной терапией препарат “Кардостин”. Добавление его к стандартной терапии выявило тенденцию к повышению жизненной активности. По данным Канзасского опросника качество жизни в 1 группе улучшилось на 29% (p<0,001), во 2 группе лишь на 7,4 (p<0,01). Согласно Миннесотскому опроснику: жизненный статус вырос на 32% (p<0,001) и 9% (p>0,05) соответственно. Госпитальная шкала тревоги и депрессии оценила улучшение качества жизни через 6 месяцев на 44% (p<0,001) в группе Кардостина, а в контрольной группе на 8,3% (p>0,05). Анализ динамики клинического состояния пациентов показал, что к 6 месяцу исследования средний ФК ХСН в группе Кардостина улучшился как по сравнению с исходным уровнем, так и с группой плацебо. В группе Кардостина отмечалось снижение ФК ХСН с  $2,73 \pm 0,08$  до  $1,57 \pm 0,09$  (%=42,5%, p<0,000001), в группе плацебо с  $2,73 \pm 0,12$  до  $2,6 \pm 0,11$  (%=4,76%, p=0,42). Таким образом, включение препарата Кардостин в стандартную терапию ХСН вызывает значительное улучшение качества жизни у данной категории больных и уменьшение ФК ХСН.

**Выводы.** Исследование доказало преимущество длительной терапии ХСН, включающей Кардостин, над стандартной терапией ХСН в плане улучшения качества жизни и клинического состояния больных.

## 169 ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

*Трубникова О. А., Малева О. В., Тарасова И. В., Сырова И. Д., Мамонтова А. С., Коваленко А. В., Барбараш О. Л.*

ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

**Цель:** изучение влияния розувастатина на развитие ранней послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) у пациентов после коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

**Материал и методы.** Обследовано 109 мужчин в возрасте 45–70 лет, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 69 пациентов (средний возраст  $56,82 \pm 5,2$  года), принимавшие за 10–14 дней до операции розувастатин (крестор, “Astra Zeneca») в дозе 20 мг в сутки, во вторую группу – 40 пациентов (средний возраст  $55,9 \pm 5,3$  года), не принимавшие статины. Пациенты двух групп были сопоставимы по клинико-анамнестическим и нейропсихологическим показателям. Для оценки когнитивных функций использовали автоматизированный программный комплекс “Status-PF”. Исследовали внимание (корректирующая проба Бурдона), память (тесты запоминания 10 чисел и слов), нейродинамику (сложная зрительно-моторная реакция (СЗМР), уровень функциональной подвижности нервных процессов (УФП), работоспособность головного мозга (РГМ)) до операции, на 2-е и на 7–10-е сутки после КШ. Проводился индивидуальный анализ изменений нейропсихологических показателей. Наличие ранней ПОКД оценивалось на 7–10-е сутки и диагностировалось у пациента при снижении послеоперационных показателей на 20% по сравнению с дооперационными в 20% тестах из всей тестовой батареи. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы “Statistica 6.0”, использовали непараметрические критерии  $\chi^2$  и Манна-Уитни.

**Результаты.** Пациенты, принимавшие розувастатин, на 7–10-е сутки послеоперационного периода демонстрировали лучшие показатели памяти (в тестах запоминания 10 чисел и слов) (p=0,01 и p=0,05, соответственно) и внимания (количество переработанных знаков в корректирующей пробе на 1-й и 4-й минутах) (p=0,005 и p=0,01, соответственно) по сравнению с группой не принимавших статины. Кроме того, пациенты с розувастатином показали большую скорость реакции при выполнении тестов СЗМР (p=0,03) и РГМ (p=0,05) и пропускали меньшее количество сигналов при выполнении тестов УФП и РГМ как 2-е сутки, так и на 7–10-е сутки после КШ (p=0,01, p=0,03 и p=0,01, p=0,04, соответственно). При проведении индивидуального анализа изменений нейропсихологических показателей выявлено, что ранняя ПОКД развилась у 81% пациентов в группе без розувастатина и у 55% – в группе с розувастатином (p=0,000001).

**Выводы.** Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что послеоперационная терапия розувастатином уменьшает проявления ранней ПОКД при КШ в условиях ИК.

## 170 ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМЛОДИПИНОМ, ЛОЗАРТАНОМ И ИХ КОМБИНАЦИЕЙ

*Харченко А. В., Евсиков Е. М., Гордеев И. Г., Волов Н. А., Харченко Н. В.*

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

**Цель.** Изучить эффективность амлодипина, лозартана и их комбинации в изменении состояния агрегационных свойств тромбоцитов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Исследовано 45 женщин с артериальной гипертензией I–II степени, 1–2 стадии, с риском ССО 2–4. АГ диагностировали, руководствуясь критериями ВНОК 2007 г. Средний возраст пациентов составил  $64,9 \pm 2,6$  года.

Пациенты были разделены на 3 группы: I-я группа (n=15) принимала амлодипин; II-я группа (n=15) принимала лозартан, III-я группа (n=15) свободная комбинация препаратов амлодипина и лозартана. Средняя доза лозартана составляла  $80 \pm 6,7$  мг/сут., амлодипина  $9,2 \pm 0,4$  мг/сут.

Перед проведением функциональных проб предшествовал контрольный период, в течение 14 суток, во время которого отменялся ранее назначенная гипотензивная, антиагрегантная, антикоагулянтная, гипопиридемическая терапия. В последующем пациентов наблюдали и лечили амбулаторно в течение 30 дней.

Исследование агрегационных свойств тромбоцитов проводилось до и после лечения, с помощью двухканального лазерного анализатора “230-LA” (НПФ “Биола”, Россия). В качестве индуктора агрегации использовали 0,5 и 5 мкМ АДФ.

Функциональная активность тромбоцитов изучалась с помощью определения спонтанной и индуцированной 0,5 и 5 мкМ АДФ агрегации.

**Результаты.** При изучении агрегационной активности тромбоцитов отмечалось достоверное снижение спонтанной и индуцированной агрегации 0,5 и 5 мкМ АДФ лишь во второй и третьей группе. Спонтанная агрегация в группе амлодипина снижалась на 1%, в группе лозартана на 15,7%, а в группе комбинированной терапии на 14,4%. Индуцированная агрегация тромбоцитов с помощью 0,5 мкМ АДФ уменьшалась в группе амлодипина на 1,25%, в группе лозартана на 15%, а в группе комбинированной терапии на – 17%. Индуцированная агрегация тромбоцитов с помощью 5 мкМ АДФ увеличивалась в группе амлодипина на 4%, снижалась в группе лозартана на 16%, а в группе комбинированной терапии на 14,5%.

**Обсуждение и выводы.** Проведенное исследование показало, что гипотензивная терапия оказывает положи-

тельное влияние на агрегационные свойства тромбоцитов у пациентов с АГ. Наибольшая достоверно значимая динамика в снижении функциональной активности тромбоцитов отмечалась в группе лозартана и комбинированной терапии, при этом статистически значимых различий между данными группами выявить не удалось. На фоне лечения амлодипином достоверной динамики в снижении спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов не отмечалось.

### 171 ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ С АНГИОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ НА УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Харченко А. В., Евсиков Е. М., Гордеев И. Г., Волов Н. А., Кокорин И. А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

**Цель.** Изучить эффективность амлодипина, лозартана и их комбинации в изменении упруго-эластических свойств сосудов эластического типа, на примере лучевой артерии и аорты, у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Исследовано 45 женщин с артериальной гипертензией I–II ст. (1–2) ст., с риском ССО 2–4. АГ диагностировали, руководствуясь критериями ВНОК 2007 г. Средний возраст пациентов составил 64,9 ± 2,6 года.

Пациенты были разделены на 3 группы: I-ая группа (n=15) принимала амлодипин; II-ая группа (n=15) принимала лозартан, III-я группа (n=15) свободная комбинация препаратов амлодипина и лозартана. Средняя доза лозартана составляла 80 ± 6,7 мг/сут., амлодипина 9,2 ± 0,4 мг/сут.

Перед проведением функциональных проб предшествовал контрольный период, в течение 14 суток, во время которого отменялась ранее назначенная гипотензивная, антиагрегантная, антикоагулянтная, гиполипидемическая терапия. В последующем пациентов наблюдали и лечили амбулаторно в течение 30 дней.

Исследование упруго-эластических свойств лучевой артерии и аорты проводилось до и после лечения с помощью прибора BPro® (Radial Pulse Wave Acquisition Device, Япония), одобренного FDA.

Оценивались следующие показатели: гAI – радиальный индекс увеличения, выражается в% (это отношение между разницей систолического кровяного давления отраженной волны от сосудистой стенки (SBP2) и дисаголического кровяного давления (DBP), и разницей между систолическим кровяным давлением во время изгнания крови в большой круг кровообращения в систолу левого желудочка (SBP1) и (DBP), умноженное на 100%); гAP – радиальное увеличение давления, выражается в мм рт. ст. (это разница между SBP1 и SBP2); PRT – это временной интервал, выражается в mSec (разница между максимальными значениями SBP2 и SBP1); CASP – центральное аортальное систолическое кровяное давление.

**Результаты.** В группе амлодипина выявлено снижение гAI на 5%, показатель гAP остался без изменений, PRT увеличился на 16%, понижение CASP составило 8%.

В группе лозартана выявлено повышение гAI на 4%, показатель гAP остался без изменений, PRT увеличился на 14%, понижение CASP составило 3%.

В группе комбинированной терапии выявлено снижение гAI на 16% (p<0,05), гAP уменьшился на 50% (p<0,05), PRT увеличился на 20% (p<0,05), а CASP – на 5%.

**Обсуждение и выводы.** На фоне проведенной гипотензивной терапии выявлена наибольшая, достоверно значимая положительная динамика при комбинированном назначении амлодипина и лозартана. Наименьшая эффективность отмечается на фоне моно терапии лозартаном, в лучшей степени – на фоне лечения амлодипином.

### 172 ПРОБЛЕМЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СЛУЖБ ПРИ МОНИТОРИНГЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Черкашина А. Л., Агапитов А. Е., Фомина Н. А., Удельнова Н. В.

ГУЗ ИОКБ, кардиологический диспансер, Иркутск, Россия

Данные эпидемиологического мониторинга АГ в РФ свидетельствуют, что эпидемическая ситуация с АГ в РФ соответствует общемировым тенденциям, главным образом, тенденциям в европейских странах и характеризуется высокой распространенностью АГ. Система динамического контроля за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертензией у взрослого населения, является частью Федеральной целевой программой “Профилактика и лечение артериальной гипертензии в РФ (2002–2008 гг.)” и разработана как метод контроля её реализации.

**Цель:** определение количества больных с АГ, “выпадающих” из мониторинга АГ при передаче из детской во взрослую сеть ЛПУ.

**Методы:** статистический, аналитический.

**Результаты.** На территории Иркутской области более 5 лет функционирует единая система мониторинга больных артериальной гипертензией среди населения в возрасте от 0 до 70 лет. Она включает в себя мониторинг АГ, регламентируемый приказом МЗ и СР РФ № 440 “О разработке системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертензией среди населения 19–64 лет” от 16.09.2003 г., и базу данных “Регистр детей с АГ”. Данный регистр создан и ведется на базе Клиники НЦ ПЗСРЧ СО РАМН (г. Иркутск) в тесном сотрудничестве с муниципальными детскими учреждениями города с 2007 г. Важно отметить, что регистр дает возможность устанавливать перечень детей с АГ при достижении ими 18 лет, подлежащих переводу под наблюдение во взрослую сеть ЛПУ и включению в систему мониторинга артериальной гипертензии согласно Постановлению Правительства РФ № 540 от 17.07.2001 г., приказу МЗ РФ № 347 от 29.08.2001 г. и Федеральной целевой программе “Профилактика и лечение артериальной гипертензии в РФ (2007–2011 гг.)”. Нами было выявлено, что в результате передачи данных о пациентах с АГ из “детского” мониторинга во “взрослый”, существует проблема “выпадения” части людей из учета и, как следствие, из системы профилактических мероприятий.

Так, из пациентов 1990 года рождения во взрослую сеть попали 33,3%, из пациентов 1991–21,6%, из 1992–8,6%, из 1993–15,3%, в течение последнего года из пациентов 1994 года рождения уже поступили во взрослую сеть мониторинга 5,4% больных с АГ. Достаточно высокий процент среди больных 1990 г. связан с началом работы регистра АГ детского населения и, как следствие, недостаточным уровнем регистрации, затем наблюдается снижение данного показателя до 8,6%, так как нарастает количество зарегистрированных детей с АГ. Но, исходя из динамики за 5 лет, видна необходимость в повышении данного показателя, что позволит проводить динамическое наблюдение, снизить долю осложнений, повысить качество жизни пациентов с АГ.

**Выводы.** Для решения данной проблемы требуется проведение мероприятий по усилению межведомственного взаимодействия медицинских работников, служб, осуществляющих мониторинги, системы образования. Кроме того, необходима работа с пациентами по повышению уровня информированности по проблеме АГ и усилению мотивации к лечебно-профилактическим мероприятиям.

## 173 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С “СИНДРОМОМ ЖЕСТКОГО СЕРДЦА”

Честнова Ю. А.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

**Цель:** провести сравнительный анализ влияния лечения с различными методиками низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на геометрию и функцию правых и левых отделов сердца и объем фармакотерапии у пациентов старших возрастных групп с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) не менее 55% на фоне артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Обследован 91 пациент пожилого и старческого возраста (средний возраст  $77 \pm 2,6$  лет) с “синдромом жесткого сердца” с рандомизацией в группы: 1-я – “НЛО” – 16 пациентов, получавших 10 сеансов накожного лазерного облучения (НЛО) + фармакотерапия; 2-я – “ВЛОК-5” – 20 пациентов, которым проводилось 5 сеансов внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) + фармакотерапия; 3-я – “ВЛОК-10” – 14 пациентов, получавших 10 сеансов ВЛОК + фармакотерапия; 4-я – “ВЛОК+НЛО” – 18 пациентов, получавших комбинацию ВЛОК+НЛО + фармакотерапию; 5-я – “Фармакотерапия” – 22 пациента, которым проводилась базисная фармакотерапия без НИЛИ. Всем исследуемым лицам при поступлении в стационар и через 3 недели лечения проводилась эхокардиография. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ “Statistica for Windows ver. 6.0” фирмы «Stat Soft, Inc”.

**Результаты.** К концу курса лечения у геронтологических пациентов с ХСН I стадии при использовании как фармакотерапии, так и ее сочетания с НИЛИ наблюдалось улучшение диастолической функции правого желудочка (ПЖ) (снижение времени изоволюметрического расслабления и соотношения Е/А) ( $p < 0,05$ ). Максимально эффективной у данной когорты лиц оказалась терапия с ВЛОК-10, обеспечившая, кроме того, улучшение систоло-диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) со снижением среднего давления в легочной артерии (ДЛА<sub>ср</sub>) ( $p < 0,05$ ). У лиц с ХСН IIa стадии улучшение контрактильной способности сердца и снижение диастолической дисфункции (ДДФ) ЛЖ и уровня ДЛА<sub>ср</sub> выявлено во всех группах (в большей степени в группе “ВЛОК+НЛО») ( $p < 0,05$ ); уменьшение ДДФ ПЖ было значимым в группах “ВЛОК-5”, “ВЛОК-10”, “ВЛОК+НЛО” ( $p < 0,05$ ) без достоверных различий между ними ( $p > 0,05$ ). Применение ВЛОК-10 в комплексной терапии позволило снизить суточную дозу ИАПФ и антагонистов кальция, а комбинация ВЛОК+НЛО, кроме того, петлевых диуретиков ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Использование НИЛИ в комплексном лечении геронтологических пациентов с диастолической ХСН на фоне АГ и ИБС аддитивно к фармакотерапии улучшает геометрию и функцию правых и левых камер сердца независимо от стадии и функционального класса (ФК) ХСН, степени АГ, клинической формы ИБС с нарастанием положительного эффекта в последовательности НЛО – ВЛОК-5 – ВЛОК-10 – ВЛОК+НЛО и позволяет снизить суточную дозу ИАПФ, антагонистов кальция и диуретиков.

## 174 ВЛИЯНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Чудинова Л. Н., Сыромятникова Т. Н., Ховаева Я. Б.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

**Цель:** исследование суточного профиля артериального давления (АД) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) средней степени тяжести.

**Материал и методы.** Обследовано 55 больных ХОБЛ средней степени тяжести по критериям GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2010), средний возраст –  $59,5 \pm 1,3$  лет. В ходе клинического интервью и объективного обследования была исключена артериальная гипертензия (АГ), факторы риска развития АГ, поражение органов-мишеней и ассоциированные с АГ клинические состояния. Всем обследуемым проводилось СМАД с помощью кардиорегистратора КТ-04-АД-3 (Н) “Инкарт” (г. Санкт-Петербург, Россия). Интервал между измерениями составлял 15 мин. в период активного бодрствования (с 7 до 23 ч.) и 30 мин – в период сна (с 23 до 7 ч.). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы Statistica 7.0.

**Результаты.** Средние величины систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) у лиц с бронхообструктивным синдромом не выходили за границы принятых в настоящее время нормативных показателей: менее 135/85 мм рт. ст. – в период бодрствования, менее 120/70 – во время сна. Индекс времени гипертонии САД за все временные периоды превышал предположительно нормальную границу у 51% лиц, за время бодрствования – у 40%, а во время сна – у 56,3%. Несомненно повышенные значения ИВ гипертонии САД в течение 24-х часов регистрировались у 27,3% обследуемых. В целом среди обследуемых средние значения ИВ гипертонии САД в целом за сутки составляли  $24,3 \pm 3,9\%$ , за день –  $19,4 \pm 3,7\%$ , в ночные часы –  $36,8 \pm 5,1\%$ . Недостаточная степень ночного снижения САД (менее 10%) регистрировалась у 58,2% обследованных и составляла в среднем  $6,9 \pm 0,9\%$ , при этом суточный ритм ДАД у всех больных относился к категории *dipper* (диппер). Отмечалось повышение скорости утреннего подъема как САД, так и ДАД,  $22,7 \pm 3,9$  и  $16,9 \pm 2,4$  мм рт. ст./ч. соответственно. При этом, величина утреннего подъема САД и ДАД была в пределах нормы, составляя соответственно  $43,5 \pm 3,2$  мм рт.ст и  $35,3 \pm 1,7$  мм рт.ст. Средние величины вариабельности САД и ДАД находились в пределах нормы. Вариабельность САД за время бодрствования и сна составляла соответственно  $13,2 \pm 0,5$  и  $12,5 \pm 0,6$  мм рт.ст., а для аналогичного показателя ДАД они составляли  $11,0 \pm 0,4$  и  $9,8 \pm 0,5$  мм рт.ст.

**Выводы.** Метод суточного мониторинга АД у больных ХОБЛ способен выявить ранние изменения суточной динамики АД, способные оказать влияние на прогноз по развитию “пульмоногенной” артериальной гипертензии. При анализе данных СМАД у больных ХОБЛ наибольшее внимание следует уделять суточной динамике САД, а именно значениям индекса времени гипертонии, степени ночного снижения и скорости утреннего подъема АД.

## 175 АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Щипанова Е. В., Рузов В. И., Комарова Л. Г.

Ульяновский Государственный Университет, кафедра факультетской терапии, Ульяновск, Россия

Актуальность изучения способности тромбоцитов к агрегации у больных сахарным диабетом 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями вызвана главным образом поисками путей эффективной профилактики тромбоэмболических осложнений в данной группе пациентов.

**Цель.** Оценить агрегацию тромбоцитов на фоне приема аспирина у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями при наличии сахарного диабета 2 типа.

**Материал и методы.** Обследованы 30 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, получающих антиагрегантную терапию (аспирин кардио 100 мг, тромбоАСС 100 мг, кардиомагнил 75 мг). У обследуемых учитывались показатели углеводного обмена (глюкоза крови натощак, постпрандиальная гликемия, уровень гликированного гемоглобина А1с), данные липидограммы, уровень агрегации тромбоцитов (спонтанная и АДФ-индуцированная агрегометрия), антропометрические

характеристики (индекс массы тела, тип ожирения), гендерно-возрастные особенности.

**Результаты.** В ходе исследования пациенты были разделены на 2 группы: у 13 пациентов из 30 агрегация тромбоцитов оставалась повышенной на фоне приема препаратов аспирина, что составило 43,3%, хотя по литературным данным резистентность к антиагрегантной терапии в популяции встречается в среднем в 15–20% случаев. Средний возраст пациентов в группе резистентных к аспирину – 57 лет. Мужчины составили 38% (5 чел.), женщины – 62% (7 чел.). В группе, где агрегация тромбоцитов на фоне антиагрегантной терапии была в норме средний возраст пациентов – 58 лет. Мужчины составили 35% (6 чел.), женщины – 65% (11 чел.). Не установлено существенной связи между наличием аспиринорезистентности и уровнем компенсации сахарного диабета. Так, средний показатель гликированного гемоглобина А1с в группе аспиринорезистентных пациентов составил 9,17%, а в группе больных с нормальной агрегацией тромбоцитов даже несколько выше – 9,5%. Интерес представило разделение пациентов по наличию избыточного веса. В группе обследованных с нормальной агрегацией тромбоцитов преобладали пациенты с нормальным весом (29,4%) и с ожирением 1 степени (35,3%), меньше всего было больных со 2 и 3 степенью ожирения (по 17,6% соответственно). В группе аспиринорезистентных пациентов индекс массы тела в 100% случаев превышал норму: 38,5% – ожирение 1 степени, 15,4% – ожирение 2 степени, 23% – ожирение 3 степени, 23% – избыток массы тела. Больных с нормальным весом в этой группе не зарегистрировано. Во всех случаях ожирение носило абдоминальный характер. Исследование липидного спектра показало, что у больных с повышенной агрегацией тромбоцитов показатели общего холестерина, триглицеридов, атерогенных липопротеидов не превышали таковые в группе больных с нормальной агрегацией. Индекс атерогенности в этих группах составил 3,86 и 5,5 соответственно.

**Выводы.** 1. При антиагрегантной терапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа отмечена более высокая частота встречаемости повышенной агрегации тромбоцитов. 2. Не выявлено различий в уровне компенсации углеводного обмена, характере дислипидемии у пациентов с нормальной и с повышенной агрегационной способностью тромбоцитов на фоне приема аспирина. 3. Прослеживается корреляция между повышением агрегации тромбоцитов и степенью ожирения.

## 176 ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Яковлева Е. В., Хонджарян Э. В., Тютина А. А., Александрова Н. Л.*

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

**Цель:** оценка объема профилактических мероприятий, проводимых в реальной клинической практике для предотвращения развития первого случая острого коронарного синдрома (ОКС).

**Материал и методы.** В исследование включены 106 пациентов, поступивших с впервые возникшим ОКС в отделение неотложной кардиологии Областной клинической больницы. При обследовании у 25,5% больных диагностирован Q-инфаркт миокарда, у 50,9% – неQ-инфаркт миокарда, у 23,6% – нестабильная стенокардия. Для оценки объема профилактических мероприятий проведено анкетирование больных с подробным сбором информации о факторах риска и медикаментозной терапии на амбулаторном этапе.

**Результаты.** Возраст госпитализированных с ОКС пациентов составил от 40 лет до 81 года (средний возраст  $62 \pm 9,91$  года). Соотношение мужчин и женщин: 53,7% и 46,3%, соответственно. Среди пациентов преобладали жители села (67%). У 83% больных ранее была диагностирована артериальная гипертензия (АГ), у 29,2% – ХИБС, у 47,1% – хроническая

сердечная недостаточность II–IV ФК, у 14,1% – сахарный диабет II типа. Большинство пациентов (67,9%) на диспансерном учёте не состояли. Под диспансерным наблюдением терапевта находились 11,3% больных, кардиолога – 2,8%, эндокринолога – 9,5%, невролога – 1,9%. 6,6% больных наблюдались несколькими специалистами. Курили 48,11% больных. Среди курящих значительно преобладали мужчины (96%), что можно объяснить низкой распространенностью курения у женщин, проживающих в сельской местности. Абдоминальное ожирение диагностировано в 61,3% случаев. Ни один из пациентов с ожирением не предпринимал усилий, направленных на нормализацию массы тела. Исследование общего холестерина крови ранее проводилось у 37 (34,9%) пациентов. Из прошедших обследование о результатах анализа были проинформированы 31 (83,7%) пациент. Статины назначены 19 (17,9%) пациентам, из них рекомендациям врачей по приему этих препаратов последовали 13, но только 6 принимали их регулярно. Аспирин принимали 41,5% пациентов. В лечении больных АГ немедикаментозные методы лечения не использованы ни в одном случае. 50% больных значительно превышали суточную норму потребления поваренной соли. Антигипертензивную терапию принимали 83% больных. Основными недостатками терапии являлись нерегулярный прием и недостаточная частота приема препаратов 24-часового действия. В структуре назначений преобладали иАПФ (41,5%). Частота приема б-блокаторов составила 25,4%, диуретиков – 25,4%, блокаторов кальциевых каналов – 15,1%, БРА – 9,4%.

Результаты проведенного исследования показали, что мероприятия по профилактике первичного ОКС на практике выполняются в ограниченном объеме, что значительно снижает их эффективность. Актуальным является как преодоление “инертности” врачей в назначении ряда препаратов (например, статинов), так и повышение заинтересованности пациентов в сохранении собственного здоровья и предотвращении неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

## 177 ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ

*Яковлева Е. В., Кипаренко Ю. О., Чижова К. Е., Сергеева В. А.*

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

В настоящее время хорошо известен факт недостаточно активного назначения статинов в практике лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. С целью выяснения позиции врачей в оценке эффективности и безопасности назначения статинов проведено анкетирование 30 кардиологов стационаров и поликлиник, 19 терапевтов поликлиник и 9 неврологов региональных сосудистых центров. В ходе анкетирования собрана информация о частоте назначения, наиболее часто применяемых терапевтических дозах, схемах лечения, побочных явлениях, эффективности назначения статинов.

По полученным данным, статины в ежедневной клинической практике используют 100% кардиологов и терапевтов, 89% неврологов региональных сосудистых центров. В структуре назначения статинов значительно преобладает аторвастатин. Предпочтение назначению данного препарата отдают 93% кардиологов, 94,7% терапевтов и 66,6% неврологов. Опыт работы с розувастатином имеют 30% кардиологов и 5,3% терапевтов. Максимальная доза статинов не превышает 20 мг в 10% назначений кардиологами, в 73% назначений терапевтами и в 100% назначений неврологами. 40% кардиологов и 21% терапевтов назначают статины в максимальной дозе 40 мг. Рекомендацию постоянного приема статинов кардиологи дают в 100% случаев, терапевты в 36,8%, неврологи – в 55,5%. Для кардиологов приоритетными показаниями для назначения статинов являются клинические проявления ИБС: инфаркт миокарда в 93% случаях, стабильная стенокардия в 90%, доказанное наличие атеросклеротической бляшки в 86,6%, в меньшей степени ХС ЛПНП (56,6%). Решение вопроса о назначении статинов терапевтами зависит прежде

всего от показателя общего холестерина крови (94,7%), в меньшей степени от наличия клинических проявлений ИБС (68,4%).

Более половины проанкетированных врачей (58,6%) оценили переносимость статинов как хорошую. Из побочных явлений наиболее часто (34,5%) врачи наблюдали не превышающее трех норм повышение трансаминаз сыворотки крови, реже (8,6%) развитие миопатий. В практике двух врачей отмечалось развитие аллергических реакций и желудочной диспепсии, одного врача — диареи и бессимптомного клинически незначимого повышения КФК. Более широкое внедрение статинов в клиническую практику сдерживается по мнению 10% врачей возможностью развития побочных эффектов,

по мнению 3,4% врачей — сложностью лабораторного контроля за безопасностью приема препаратов. Из 58 врачей один считает статины неэффективными. По мнению одного врача, при приеме статинов риск значительно превышает пользу.

Результаты анкетирования показали, что на сегодняшний день не преодолены такие недостатки в назначении статинов, как использование низких доз препаратов, недооценка приоритетных клинических показаний к назначению препаратов, применение схем “курсового” лечения. Оптимизация назначения статинов в практике не только кардиологов, но и терапевтов и неврологов, представляется актуальной в связи с существующей необходимостью повышения эффективности профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

## V. РЕАБИЛИТАЦИЯ

### 178 КАРДИООНКОЛОГИЯ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Баллюзек М. Ф., Ионова А. К., Буйнякова А. И.*

ФГБУЗ Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время доказано, что кардиологические осложнения, в том числе кардиотоксичность, являются одними из самых грозных побочных эффектов противораковой терапии. Качество жизни пациентов, получающих курсы противоопухолевого лечения, значительно снижается вследствие развития и/или прогрессирования сердечной недостаточности, стенокардии, аритмии, артериальной гипертензии, тромбозомболической болезни легких и других. Данные Европейского общества кардиоонкологов свидетельствуют, что раннее выявление и лечение повреждения сердечной мышцы является решающим фактором профилактики кардиальных осложнений у пациентов с онкологическими заболеваниями.

**Цель:** оценить эффективность мероприятий по кардиореабилитации пациентов с раком молочной железы (РМЖ) на основании изучения структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы и учета основных форм возникающих кардиальных нарушений при проведении различных схем противоопухолевого лечения.

**Материал и методы** Изучены клинико-лабораторные показатели, уровень кардиомакеров, а также состояние сердечно-сосудистой системы по данным эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ и теста с 6 минутной ходьбой, а также определены показатели качества жизни, до и после проведения полихимиотерапии (ПХТ) у 26 пациенток различного возраста с выявленным РМЖ в I–II стадии заболевания.

**Результаты.** У пациенток, ранее не имевших кардиальных жалоб, различные виды сердечно-сосудистых патологических состояний, при применении препаратов с доказанной кардиотоксичностью возникли в 34% случаев. Однако и в группе лечения без применения кардиотоксичных медикаментов те или иные “маркеры” сердечно-сосудистых отклонений от нормы наблюдались в 19% случаев. К наиболее частым непосредственным осложнениям проводимой ПХТ относится впервые возникшая артериальная гипертензия или дестабилизация ее течения, а также нарушения ритма сердца. Частым отдаленным последствием является развитие прогрессирующей сердечной недостаточности. На основании полученных данных разрабатываются индивидуальные лекарственные схемы терапии и программы реабилитации, включающие различные допустимые методы восстановительного лечения, что приводит к регрессу патологических симптомов. Исследование продолжается с целью оценки отдаленных результатов состояния пациенток и сравнения их с группой больных, лечение которых проводилось без контроля кардиолога.

**Выводы.** Лечение пациентов, в том числе и с начальными стадиями РМЖ целесообразно проводить под контролем кардиолога, для проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с целью профилактики развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

### 179 ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ ПРОТИВ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*Ванюков Д. А.*

Филиал “Санаторий “Ельцовка” ФГКУ “ССК “Приволжский” МО РФ, Новосибирск, Россия

ИБС в течение многих лет является одной из главных причиной смертности населения. Широкое внедрение хирургических методов ИБС позволяет существенно облегчить проявления стенокардии, однако частота возвращения больных к трудовой деятельности остается низкой, что делает актуальной послеоперационную реабилитацию, направленную на устранение последствий инвазивного вмешательства, восстановление оптимальной физической и социальной активности. Многообразие реабилитационных методов позволяет создавать индивидуализированные комплексные программы для пациентов. Однако, в отечественной практике, в силу разных причин, при построении подобных программ традиционно наблюдается перекос в сторону “пассивных” (бальнео- и физиотерапевтические процедуры) с ущемлением “активных” методик (ЛФК, аэробные тренировки, занятия на тренажерах). Между тем, зарубежный опыт кардиологической реабилитации свидетельствует, что именно физические тренировки являются “краеугольным камнем” как вторичной профилактики, так и основным методом реабилитации больных ИБС.

**Цель.** Подтвердить на практике приоритет физической реабилитации путём оценки эффективности санаторного лечения у двух групп больных.

**Материал и методы.** В исследовании было включено 40 мужчин в возрасте от 50 до 65 лет, перенёвших АКШ или ЧТКА и проходивших реабилитацию в военном санатории “Ельцовка” в 2010–2012 годах. Программа реабилитации пациентов из основной группы (20 человек) включала физические тренировки на велотренажерах под контролем врача ЛФК, терморелаксирующие процедуры, массаж. Пациентам из группы сравнения назначались бальнео- и физиолечение, массаж. Кроме того, все пациенты получали медикаментозную терапию. Перед началом и в конце курса реабилитации всем больным проводилась нагрузочная проба (ВЭМ), оценивалось психосоматическое состояние с помощью методики САН (самочувствие, активность, настроение).



**Результаты и обсуждение.** После курса реабилитации все больные субъективно отметили улучшение своего состояния, отрицательной динамики, неадекватных реакций зарегистрировано не было. При первичной ВЭМ никто из пациентов не преодолел пороговую нагрузку мощностью 100 Вт. При заключительной ВЭМ у пациентов из группы сравнения не был зафиксирован прирост мощности пороговой нагрузки. В то же время 17 пациентов из основной группы достигли высокой толерантности к физической нагрузке (более 100 Вт). Причём, наибольший прирост мощности пороговой нагрузки наблюдался у больных после АКШ (19,5 Вт), чем после ЧТКА (15,73 Вт).

**Выводы.** В отличие от пассивных реабилитационных методик (бальнео, физиопроцедуры), физические тренировки позволяют увеличить резервные возможности коронарного кровообращения, что подтверждается возрастом толерантности к физической нагрузке по данным ВЭМ. Учитывая важность задачи, направленной на то, чтобы больные возвращались к трудовой деятельности и бытовым нагрузкам, именно физическим тренировкам должна быть отдано предпочтение при построении реабилитационных программ на санаторном этапе реабилитации.

## 180 ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гарганеева Н. П., Тюкалова Л. И., Рахматуллина Ю. А., Лукьянова М. А., Карташова И. Г.

ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Томск, Россия

Повышение качества первичной медико-санитарной помощи, обеспечение доступности квалифицированной помощи, развитие профилактического направления – главные приоритеты в сфере здравоохранения. В связи с этим важнейшими составляющими современных диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных программ для больных ССЗ является изучение психосоциальных факторов, наряду с известными сердечно-сосудистыми факторами риска (ФР).

**Цель:** провести оценку сердечно-сосудистых и психосоциальных факторов риска у больных ИБС и АГ с тревожно-депрессивными расстройствами для оптимизации психосоциальной реабилитации пациентов в “Школе здоровья”.

**Материал и методы.** В исследование включено 155 амбулаторных больных (60 мужчин и 95 женщин) с верифицированным диагнозом АГ I–III стадии, средний возраст  $54,55 \pm 4,52$  года. У 45 больных АГ ассоциировалась с ИБС. У 33 пациентов был выявлен сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе, у 47 – избыточная масса тела, ожирение, у 35 – дислипидемия. Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) определялся по наличию ФР, ПОМ и АКС. Психотравмирующие события (с оценкой значимости психосоциального стресса) имели место в анамнезе у 62% больных. Для выявления тревожных и депрессивных расстройств использовали опросник Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). При интерпретации данных учитывался суммарный балл по каждой шкале, который указывал на наличие/отсутствие депрессии или тревоги. Пациенты включались в группу для психосоциальной реабилитации в “Школе здоровья”. По показаниям проводилось психиатрическое консультирование.

**Результаты.** У 48 (31%) больных выявлены тревожно-депрессивные расстройства в соответствии с оценкой уровня депрессии и тревоги  $\geq 8$  баллов. Пациенты в течение последних 6 месяцев перенесли психосоциальный стресс, обусловивший развитие психической и психологической дезадаптации. Для мужчин наиболее актуальными стрессорными факторами производственного и медицинского характера, для женщин – утрата или тяжелая болезнь близкого, развод ( $p < 0,05$ ).

По данным HADS уровень депрессии составил  $9,8 \pm 1,1$  балла, уровень тревоги  $11,5 \pm 1,5$  балла. Установлены значимые различия уровня тревоги и депрессии в зависимости от степени риска ССО. При умеренном риске ССО был отмечен более высокий уровень тревоги от 9,0 до 13,8 балла, тогда как при высоком и очень высоком риске значительно был повышен уровень депрессии от 10,2 до 14,2 ( $p < 0,05$ ). Мужчины с депрессией отличались более тяжелым течением АКС. Для больных АГ с высоким уровнем тревоги были характерны пароксизмы страха, вегетативные кризы, тахикардия, раздражительность. У пациентов с депрессией на фоне вегетативных проявлений выявлялись подавленное настроение, слезливость, пессимистическая оценка будущего, ипохондрическая фиксация, инсомнии. Больные ССЗ с тревожно-депрессивными расстройствами представляют собой особую группу диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях и нуждающейся в проведении психосоциальной реабилитации, включающей консультации специалистов и занятия в школе здоровья при совместных усилиях кардиолога, психиатра, психотерапевта.

## 181 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЧАСТОТУ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Гиляревский С. Р., Даурбекова Л. В.  
РМАПО, Москва, Россия

**Цель:** оценка влияния структурированного терапевтического обучения больных СД 2 типа и наблюдение за ними с помощью телефонных контактов на частоту применения статинов.

**Материал и методы.** В исследование включались больные СД 2 типа, имеющие уровень ХС ЛПНП в крови  $> 2,6$  ммоль/л. Критерий исключения – непереносимость любого из статинов. В исследование включены 100 больных СД – 2 типа, рандомизировано распределены в группу контроля и группу вмешательства больные статистически значимо не различались по основным исходным характеристикам. Все больные, входившие в группу вмешательства прошли структурированное обучение, состоящее из 3 занятий по 45 минут. Темы занятий: Факторы риска (ФР) ССР при СД 2 типа 2) медикаментозная коррекция модифицируемых ФР при СД 2 типа 3) нефармакологическая коррекция модифицируемых ФР при СД 2 типа. В группе вмешательства после проведения обучения осуществлялись контакты с больными по телефону, кратность которых составляла 1 раз 2 недели в течение первых 3 месяцев, затем 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, затем 1 раз в месяц. В контрольной группе больные получали обычные рекомендации и наблюдались врачами поликлиники по месту жительства. Через 6 месяцев больные обеих групп посещали клинику для проведения контрольного исследования.

**Результаты.** Через 6 месяцев показали в группе вмешательства статистически значимое увеличение частоты приема статинов. В группе контроля исходно статины не принимал ни один больной, через 6 месяцев – 7,3% больных, в группе вмешательства частота приема статинов возросла с 4,5 до 43%, (отношение частоты приема статинов через 6 месяцев в группе вмешательства по сравнению с группой контроля составило 9,6 при доверительном интервале от 2,58 до 35,97;  $P < 0,0001$ ). В группе вмешательства через 6 месяцев произошло статистически значимое снижение уровня общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности и триглицеридов, в контрольной группе не отмечено статистически значимого изменения липидов.

**Выводы.** Структурированное терапевтическое обучение и мониторинг больных СД – 2 типа с высоким риском ССО позволяют существенно повысить степень выполнения больными врачебных рекомендаций, увеличить частоту применения статинов.

## 182 АДАПТАЦИЯ К ГИПОКСИИ-ГИПЕРОКСИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Глазачев О. С., Поздняков Ю. М., Дудник Е. Н., Уринский А. М., Забашта С. П.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва; Московский областной кардиоцентр, Жуковский; МГГУ им. М. А. Шолохова, Москва, Россия

В современных программах реабилитации и вторичной профилактики пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) существенная роль отводится (наряду с физическими тренировками, работой школ, психологической поддержкой) новым инструментальным технологиям – усиленной наружной контрпульсации, экстракорпоральной ударно-волновой терапии, а также интервальным гипоксическим тренировкам (ИГТ). В экспериментально-прикладных исследованиях показана возможность повышения эффективности ИГТ путем чередования гипоксических экспозиций гипероксическими “импульсами” – значимая профилактика свободнорадикально-индуцированных стрессорных повреждений миокарда, повышение физической работоспособности и др.

**Цель** – оценить эффективность метода интервальных гипоксически-гипероксических тренировок (ИГГТ) в реабилитации пациентов с ХИБС, СН 2–3.

**Материал и методы.** 40 пациентов (31 муж., 9 жен., ср. возраст  $61,7 \pm 7,7$ , 14 – после инфаркта миокарда) случайным порядком были разделены на группы ИГГТ ( $n=30$ , прошли 20 процедур, 5 раз в неделю) и Плацебо ( $n=10$ , 20 имитирующих процедур). Для создания газовых смесей с содержанием  $O_2$  от 10 до 35–40% использовали опытный образец прибора РЕОХУ («AI Mediq S. A.», Люксембург). Перед началом курса определяли индивидуальную чувствительность к гипоксии путем проведения 10 мин. гипоксического теста (ГТ). Процедуры ИГГТ проводили в интервальном режиме – начинали с подачи через маску 11%  $O_2$  (5–7 минут), затем 2–3 минуты – с 30%  $O_2$ . Переключение газовых смесей осуществлялось автоматически по специальным алгоритмам (биообратная связь), за процедуру чередовали 6–8 циклов. До и после курса процедур все пациенты прошли комплексное обследование: клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ покоя, эхокардиографическое обследование, субмаксимальное нагрузочное тестирование на тредмиле с определением времени выполнения нагрузки до отказа, мощности выполненной нагрузки; толерантности к нагрузке в метаболических единицах (МЕ).

**Результаты.** После курса ИГГТ отмечено значимое повышение толерантности к физическим нагрузкам – прирост времени выполнения нагрузки до отказа – на + 34,1% (в контроле +2,7%), увеличение МЕ на 15,8% против 5,4% в контроле, значимое снижение количества ангиальных приступов в качестве причины прекращения нагрузки. Повышение физической выносливости сопровождалось нормализацией липидемического “профиля” – достоверным снижением значений общего холестерина, триглицеридов плазмы крови, исходно повышенных значений АД, ЧСС покоя. Режим ИГГТ легко переносится, не сопровождается побочными эффектами, позволяет интенсифицировать процесс тренировок.

**Выводы.** Курс процедур адаптации к интервальной гипоксии-гипероксии повышает толерантность пациентов с ХИБС к физическим нагрузкам, что сопровождается нормализацией липидного профиля, субъективно – повышением качества жизни, снижением количества ангиальных приступов. Перспективным представляется применение ИГГТ в режиме прекондиционирования при необходимости ангиопластики, в коррекции модифицируемых факторов риска, реабилитации пациентов с ХИБС и ожирением, ортопедической коморбидностью.

## 183 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Глова С. Е., Шлык С. В., Бучукуру Л. В., Чернова Е. А., Мокина Л. Г., Небыкова Т. В.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, ГУСОНРО “Ростовский ДИПИ № 2”, Ростов-на-Дону, Россия

Функционирование человека и его восприятие зависят от полноты объема поступающей сенсорной информации. Снижение этого объема в пожилом возрасте вызывает сенсорную депривацию, которая может привести к снижению качества жизни. Сочетание специально разработанных занятий в Сенсорной комнате со стандартной терапией может ускорить появление положительной динамики состояния клиентов, проживающих в доме-интернате и улучшить их качество жизни.

**Цель:** изучение воздействия физических факторов Сенсорной комнаты на психо-эмоциональный статус и качество жизни клиентов, проживающих в условиях дома – интерната для престарелых и инвалидов.

**Материал и методы.** Обследовано 30 пациентов (18 женщин и 12 мужчин), средний возраст  $74,04 \pm 0,78$  лет, проживающих в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, проводилась с помощью анкетирования. Психологический статус оценивался с помощью опросника Бека, шкалы самооценки Спилбергера. Первичное обследование проводилось на этапе включения в программу реабилитации, последующее наблюдение осуществлялось после окончания курса терапии в Сенсорной комнате (10 сеансов). Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 и электронных таблиц Excel 2007.

**Результаты.** При первичном обследовании выявлено, что 23,91% пациентов имели нормальные показатели качества жизни, 76,09% – различную степень снижения качества жизни. После воздействия физическими факторами Сенсорной комнаты получены следующие результаты: практически в 2 раза увеличилось количество пациентов со значением качества жизни в пределах нормы с 23,91 до 41,30%, сниженные показатели качества жизни получены у 58,70% клиентов. Также прослеживается уменьшение количества пациентов со значительным снижением качества жизни с 26,08% до 13% и умеренным снижением качества жизни с 34,79% до 28,26%. При оценке субъективных жалоб в группе пациентов, проходивших реабилитацию, установлено достоверное уменьшение частоты нарушений сна и эмоциональной лабильности ( $p < 0,05$ ). Оценка психо-эмоционального статуса пациентов выявила уменьшение показателей реактивной тревожности ( $p < 0,05$ ), определяющей наличие напряжения, беспокойства, нервозности.

**Выводы.** Проведение занятий в Сенсорной комнате оказывает положительное влияние на субъективное состояние, показатели качества жизни, психологического статуса пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов.

## 184 КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Горбунова Е. В., Сыраева Н. Г., Романова М. П., Горикова Т. В., Макаров С. А., Барбараш О. Л.

ФГБУ “НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний” СО РАМН, Кемерово, Россия

**Цель** – провести комплексный анализ эффективности обучающей программы у больных с протезированными клапанами сердца.

**Материал и методы:** в исследование включены 194 пациента с протезированными клапанами сердца, средний возраст  $54,2 \pm 4,5$  года. Основную группу составили 144 пациента, закончивших школу больных с протезированными клапанами, контрольную – 50 пациентов, не участвующих в обучающей программе. Группы сравнения сопоставимы по возрасту, полу, уровню образованию, основному заболеванию, ставшему причиной порока сердца. Обучающая программа построена на принципе преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных, направлена на повышение информированности и приверженности к лечению. В исследовании оценивались: клинические данные, толерантность к физической нагрузке с помощью 6-минутного теста ходьбы, уровень знаний пациентов по разработанной нами анкете, приверженность к лечению по методике С. В. Давыдова, качество жизни по опроснику SF-36, реактивная и личностная тревожность по шкале Спилбергера-Ханина.

**Результаты:** исходно группы сравнения достоверно не различались. После завершения школы выявлены статистически значимые различия. При обучении дистанция шестиминутного теста ходьбы увеличилась с  $198,0 \pm 32,8$  до  $378,5 \pm 15,6$  ( $p < 0,05$ ). Пациенты основной группы по завершению школы имели ( $p < 0,05$ ) более высокий уровень знаний ( $23,0 \pm 6,5$  баллов), чем в контрольной ( $10,0 \pm 5,3$  баллов). На фоне обучения регистрировалось повышение информированности пациентов в вопросах антикоагулянтной терапии на 70%, профилактики протезного эндокардита на 75%, физической и психологической реабилитации на 48% и 62%, соответственно ( $p < 0,05$ ). В группах сравнения до проведения обучающей программы среднее значение приверженности к лечению достоверно не различалось, соответствовало слабopоложительному комплайансу. По завершению обучающей программы выявлено статистически значимое увеличение приверженности к лечению, так интегральный показатель составил  $+8,15 \pm 1,15$  баллов ( $p < 0,05$ ). Обследуемые исходно характеризовались низкими показателями физического здоровья как в контрольной, так и основной группах:  $40,5 \pm 3,5$  баллов и  $38,9 \pm 4,6$  баллов, соответственно. Через 6 месяцев динамического наблюдения физический компонент здоровья увеличился на 24% в контрольной группе и на 27% в основной ( $p < 0,05$ ), при этом регистрировалось увеличение психологического компонента здоровья: на 18% в контрольной ( $p < 0,05$ ) и на 43% в основной ( $p < 0,001$ ) группах. Кроме того, на фоне обучающей программы выявлено статистически значимое снижение уровня реактивной и личностной тревожности:  $33,6 \pm 5,2$  и  $35,7 \pm 4,2$  баллов, соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Вывод:** комплексный анализ эффективности обучающей программы для пациентов с протезированными клапанами сердца раскрывает её преимущества и позволяет рекомендовать в реабилитации больных после операции на сердце.

## 185 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ И МАНУАЛЬНОГО ЛИМФОДРЕНАЖА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Князева Т.А.<sup>1</sup>, Анханова Т.В.<sup>1</sup>, Бадтиева В.А.<sup>2</sup>, Кульчицкая Д.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии МЗ РФ», Москва; <sup>2</sup>ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения», Москва, Россия

Нами изучена эффективность применения реабилитационного комплекса, включающего кинезиотейпирование и мануальный лимфодренаж у больных лимфедемой нижних конечностей.

Обследовано и пролечено 40 больных лимфедемой нижних конечностей I–III стадий (по классификации Покровского А.В., Савченко Т.В., 2004 г.), большинство

из которых составляли женщины –89%, средний возраст–52 года. Все больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы:

1-я группа – (группа сравнения) – 20 больных лимфедемой нижних конечностей получали мануальный лимфодренаж, бандажирование конечностей, уход за кожей и лечебную гимнастику (по методу Foldi M.).

2-я группа – 20 больных лимфедемой нижних конечностей получали последовательно мануальный лимфодренаж, уход за кожей, кинезио-тейпирование и лечебную гимнастику в зале.

Одним из показателей клинической эффективности является регрессия отеков. Маллеолярный объем уменьшился у больных 1-й группы (МЛД и бандажирование) на 9,6%; у больных 2-й группы (МЛД и тейпирование) – на 3% соответственно.

Однако, значительное уменьшение отеков и уплотнения кожи в области свода стопы и нижней трети голени у большинства пациентов 1-й группы, несмотря на проводимый с помощью увлажняющих лосьонов уход за кожей, сопровождалось повышением сухости кожи, появлением шелушения, а также зуда и раздражения кожи в области естественных сгибов (подколенные ямки, свод стопы). Кроме того, абсолютное большинство больных испытывали психологические и физические неудобства, связанные с длительным воздействием многослойного бандажа из бинтов короткой растяжимости, в которых приходится работать, двигаться и спать. Также часть больных (молодые женщины), находясь в бандаже весь день, испытывали эстетические проблемы, связанные с трудностью выбора одежды и обуви.

Больные 2-й группы, получавшие МЛД и кинезиотейпирование, не испытывали подобных трудностей физического и психологического характера, поскольку не носили суточный бандаж, но одновременно в этой группе регрессия отеков была достигнута лишь на 3% по сравнению с 1-й группой (9,6%), что свидетельствует о мощном лимфодренирующем эффекте многослойного бандажирования конечности и его роли в поддержании и закреплении эффекта процедур МЛД. Нами установлено, что кинезиотейпирование не может являться альтернативой бандажированию, но у больных с «мягким» отеком при начальных стадиях отека (I–II ст.), когда не развились фиброзные изменения кожи и подкожной клетчатки, кинезиотейпирование может эффективно применяться после сеанса МЛД, без наложения бандажа. Установлено, что больные с начальными стадиями отека легче переносят тейпирование за счет удобства и практичности последнего. При развитии фиброза (плотного отека) кожа становится менее податливой для образования кожных складок, этим объясняется снижение эффективности тейпирования у больных с III стадией, за счет нивелирования фасциального эффекта тейпирования. При III ст. отека за счет трофических нарушений, кожа после сеанса МЛД истончена, что повышает риск ее травматизации (скарификации эпидермиса с образованием дефектов кожи по типу ожога кожи 2А степени) и повышения риска раневой инфекции.

## 186 ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л., Ардашова Н.Ю., Васильева В.В.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

**Цель:** изучить влияние поведенческой реабилитации у больных инфарктом миокарда (ИМ) на психологический статус и годовой прогноз в зависимости от возраста.

**Материал и методы:** 346 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, рандомизированных на группы воздействия (171 пациент) и контроля (175 пациентов), сопоставимые по полу, возрасту, тяжести ИМ, проводимому лечению. В группе воз-

действия дополнительно к стандартной терапии проводилась поведенческая реабилитация, включавшая рационально-разъяснительную психотерапию, атр-терапию, аутотренинг. При анализе обе группы разделялись на подгруппы в зависимости от возраста – до 65 лет и старше. Методы обследования, помимо традиционных клинических, включали психологическое тестирование с применением шкал оценки личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности Спидбергера-Ханина, депрессии Цунга. Обследование проводилось в подостром периоде ИМ и через год с оценкой конечных точек – реинфарктов, повторных госпитализаций, прогрессирования стенокардии и сердечной недостаточности. При наличии конечных точек течение постинфарктного периода расценивалось как неблагоприятное.

**Результаты.** Больные, задействованные в программе поведенческой реабилитации, независимо от возраста, отличались более благоприятным течением постинфарктного периода по сравнению с контрольными группами. Так, у пациентов до 65 лет неблагоприятное течение постинфарктного периода отмечено в 73,3% случаев в группе воздействия и 87,6% в группе контроля ( $p=0,048$ ). У пациентов старше 65 лет – в 58,6% и 91,4% случаев соответственно ( $p=0,009$ ). При исходно более высоких средних баллах депрессии и тревоги у пациентов старше 65 лет, в течение года в группе воздействия процент снижения уровней ЛТ и депрессии у пожилых был больше, чем у пациентов до 65 лет. Так, у пациентов до 65 лет средний балл ЛТ снизился на 19,9%, средней депрессии – на 11,4%, а у пациентов старше 65 лет – на 23,5%, и 13,6% соответственно. Следует отметить, что в контрольных группах положительной модификации психологического статуса в течение года не произошло.

**Вывод.** Поведенческая реабилитация при ИМ оптимизирует течение постинфарктного периода независимо от возраста пациентов и является более эффективной у больных старше 65 лет, что связано с более выраженным положительным психологическим воздействием.

## 187 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РЕЗЕРВОМЕТРИЯ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА “РЕЗЕРВЫ ЗДОРОВЬЯ”

*Лебедева О. Д., Яковлев М. Ю., Никифорова Т. И.*  
ФГБУ “РНЦ МРИК” Минздрава России, Москва, Россия

В существующей на сегодняшний день системе диспансеризации работающего населения практически отсутствуют технологии оценки резервов здоровья, выявления лиц групп риска развития распространенных заболеваний и преморбидных состояний. В связи с возрастанием социальной роли оценки резервов здоровья и его мониторинга, осуществляемого с целью раннего выявления дисфункций, связанных с социальной и производственной деятельностью человека, и предупреждения развития патологического процесса, нами предложена технология “Резервы здоровья”, позволяющая, с учётом её диагностических возможностей и информативности, выявлять лиц групп риска развития распространённых заболеваний, производить количественную оценку рисков, оценивать уровень функциональных резервов организма человека и оценивать и прогнозировать повышение эффективности применения лечебных немедикаментозных технологий.

На основании результатов обследования с помощью аппаратно-программного комплекса “Резервы здоровья”, 101 пациентов, в том числе 50 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), в возрасте от 18 до 73, из них 55 мужчин и 56 женщин, на момент поступления в клинику и за 2–3 дня до выписки, получивших курсы медицинской реабилитации

с включением таких факторов, как лечебная физкультура, массаж, общие кремнистые и кремнисто-углекислые, хлоридные натриевые, жемчужные, йодо-бромные ванны, а также комплексы на их основе со спелеоклиматотерапией и аппликациями пелоидов, и их обработки методами математической статистики, были рассчитаны интегральные показатели, позволяющие оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ИПСС), физического состояния (ИПФС), самооценки здоровья (ИПСЗ), а также показатели психологического и психофизиологического состояния.

Применение аппаратно-программного комплекса “Резервы здоровья” позволяет объективизировать и дифференцировать оценку эффективности проведенной реабилитации. Следует отметить, что системные и интегральные показатели функциональных резервов организма являются значимыми для определения предикторов эффективности примененных немедикаментозных технологий. Полученные результаты свидетельствуют о том, что дискриминантный анализ в перспективе можно использовать с целью определения показаний для дифференцированного подбора наиболее эффективных технологий, определения индивидуальных, персонализированных программ реабилитации и оценки их эффективности.

## 188 КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: АМБУЛАТОРНЫЕ И САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ

*Мартынова В. В., Андреев Д. А., Долецкий А. А.*  
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель.** Сравнить эффективность и безопасность амбулаторных и самостоятельных физических тренировок в ранние сроки после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

**Материал и методы.** В исследование включали пациентов в ранние сроки (от 3–14 дней) после планового ЧКВ. Все пациенты были рандомизированы в 3 группы: 1-я группа – тренировки в клинике под наблюдением врача, 2 группа – домашние тренировки под врачебным контролем (ведение дневника тренировок и еженедельный отчет пациента по телефону), 3 группа – самостоятельные домашние тренировки без врачебного контроля. Перед началом 8 недельного курса тренировок, сразу после его окончания, а также через 6 месяцев выполняли нагрузочную пробу с газовым анализом выдыхаемого воздуха – эргоспирометрию, с помощью которой рассчитывали режим тренировок и определяли переносимость физических нагрузок.

**Результаты.** В исследование было включено 70 пациентов (1 группа – 22 пациента, 2 группа – 24 пациента, 3 группа – 24 пациента). Группы не различались по возрасту, полу, индексу массы тела, длительности анамнеза ИБС, ФК стенокардии, ФВ левого желудочка, количеству пораженных и стентированных артерий. Осложнений при проведении эргоспирометрии не отмечалось. Время симптом-лимитированного нагрузочного теста на фоне 8-недельного курса физических тренировок увеличилось в 1-й группе с  $6,8 \pm 1,8$  до  $8,0 \pm 1,9$  мин ( $p < 0,005$ ), во 2-й группе с  $6,6 \pm 2,2$  до  $7,7 \pm 2,5$  мин ( $p < 0,002$ ), в 3-й группе достоверного увеличения времени нагрузочного теста не отмечалось ( $6,3 \pm 1,9$  до  $6,4 \pm 2,0$  мин ( $p = 0,8$ )). При анализе  $VO_2$ reak отмечалось достоверное его увеличение в 1-ой группе с  $20,1 \pm 3,9$  до  $22,3 \pm 5,4$  мл/мин х кг ( $p < 0,006$ ), во 2-й группе с  $21,1 \pm 4,6$  до  $23,3 \pm 4,5$  мл/мин х кг ( $p < 0,003$ ), в 3-ей группе  $VO_2$ reak достоверно не изменилось (с  $21,8 \pm 3,8$  до  $20,8 \pm 3,9$  мл/мин х кг ( $p = 0,1$ )). Через 6 месяцев после кардиореабилитации достоверного увеличения времени симптом-лимитированного нагрузочного теста не получено во всех группах. (1-я группа с  $8,0 \pm 1,9$  до  $8,7 \pm 1,4$  мин, ( $p = 0,2$ ); 2-я группа с  $7,7 \pm 2,5$  до  $8,3 \pm 2,1$  мин, ( $p = 0,9$ ); 3-я группа

с  $6,4 \pm 2,0$  до  $6,7 \pm 2,5$  мин ( $p=0,2$ ). При оценке  $VO_{2peak}$  достоверного увеличения не получено во всех группах. (1-я группа с  $22,3 \pm 5,4$  до  $23,0 \pm 3,7$  мин ( $p=0,7$ ), 2-я группа с  $23,3 \pm 4,5$  до  $23,9 \pm 4,3$  мин ( $p=0,7$ ), 3-я группа с  $20,8 \pm 3,9$  до  $21,4 \pm 3,4$  мин ( $p=0,2$ )).

**Выводы.** Проведение эргоспирометрии для расчета режима физических нагрузок у пациентов в ранние сроки после планового ЧКВ безопасно. Самостоятельные тренировки при условии врачебного контроля сравнимы по безопасности и эффективности с амбулаторными тренировками в условиях клиники. Достигнутый эффект после кардиореабилитации сохранился на прежнем уровне через 6 месяцев.

## 189 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ЮНОШЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Масленникова О. М., Мегерян С. Д., Резниченко Т. А.  
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

**Цель:** оценить липидный и гормональный профиль у юношей, профессионально занимающихся спортом.

**Материал и методы.** Обследовано 63 молодых человека, профессионально занимающихся зимними видами спорта, в возрасте от 20 до 28 лет (средний возраст  $23,1 \pm 0,3$  года). Контрольная группа состояла из 48 курсантов военного училища в возрасте от 20 до 26 лет (средний возраст  $20,5 \pm 0,1$  лет). Определяли липидный профиль (уровень общего холестерина крови, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов), а также гормональный профиль (уровень тиреотропного гормона (ТТГ), тетраiodтиронина (Т4), кортизола, пролактина).

**Результаты.** По показателю индекса массы тела группа спортсменов не отличалась от контрольной группы (в среднем  $23,63 \pm 0,24$  и  $23,58 \pm 0,67$  кг/м<sup>2</sup>, соответственно). Повышенный индекс массы тела имели 7,9% спортсменов, среди курсантов – 22,9%. Значения общего холестерина крови у обследованных спортсменов составили  $4,7 \pm 0,1$  ммоль/л, в контрольной группе –  $3,7 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ). Повышенный уровень общего холестерина имела треть спортсменов (33,3%), среди курсантов этот процент был гораздо меньше – 8,3%. Однако показатели липопротеидов низкой плотности в исследованных группах не различались (в среднем соответственно  $2,5 \pm 0,1$  и  $2,6 \pm 0,1$  ммоль/л). Повышенные значения липопротеидов низкой плотности наблюдались лишь у 6,3% спортсменов и у 2,1% обследованных в контрольной группе. В то же время уровень липопротеидов высокой плотности был гораздо выше у спортсменов, чем в контрольной группе (соответственно  $1,6 \pm 0,03$  и  $1,2 \pm 0,03$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ). Повышенный уровень триглицеридов выявлен у 33,3% спортсменов и у 2,1% курсантов, что, по-видимому, связано с особенностями характера питания в обследуемых группах лиц. Как у спортсменов, так и у курсантов избыточная масса тела не ассоциировалась с изменением липидного профиля. Уровень гормонов щитовидной железы не выходил за пределы нормальных значений у всех обследованных в обеих группах. В то же время имела место тенденция к повышению уровня ТТГ и снижению уровня Т4 у спортсменов в сравнении с контрольной группой. Показатели пролактина в обеих группах также были в пределах нормальных значений, однако у спортсменов средние значения оказались ниже (соответственно  $10,9 \pm 0,5$  и  $12,9 \pm 0,9$  нг/мл,  $p < 0,05$ ). Что касается кортизола, то его повышенные значения наблюдались у пятой части юношей контрольной группы (20,8%), в то время как среди спортсменов уровень кортизола был несколько повышен лишь у одного человека.

**Заключение.** Таким образом, повышение общего холестерина у юношей, профессионально занимающихся зимними видами спорта, происходит за счет антиатерогенных фракций холестерина – липопротеидов высокой плотности, что связано с положительными влияниями интенсивных физических нагрузок на липидный профиль. Показано также положитель-

ное влияние занятий спортом на уровень гормона стресса (кортизола).

## 190 ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Мельникова А. А., Колбасников С. В.  
Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

**Цель:** оценить у женщин эффективность различных программ физической реабилитации по динамике показателей контурного анализа пульсовой волны в сосудах мышечного и эластического типа.

**Материал и методы:** обследовано 43 здоровых женщины без факторов риска развития ССЗ (возраст  $32 \pm 2,1$  года; уровень общего холестерина  $3,7 \pm 1,1$  ммоль/л; индекс массы тела  $21,9 \pm 2,3$  кг/м<sup>2</sup>). В зависимости от вида тренирующего режима пациентки были разделены на две группы. Первую составили 23 женщины, которые в течение двух месяцев 3 раза в неделю в течение 60 минут получали силовые упражнения без аэробного компонента; вторую – 20 женщин, которые выполняли аэробные нагрузки (беговая дорожка, велотренажеры, эллипсоидные тренажеры) в течение 60 мин за тот же период времени. Всем обследуемым на аппарате “Ангиоскан-01 профессиональный” дважды (до начала цикла тренировок и после его окончания) проводилась контурная проба, и рассчитывались следующие показатели: жесткость сосудистой стенки (SI), индекс отражения (RI) и индекс аугментации (Alp75).

**Результаты:** среди обследуемых первой группы до начала тренирующего режима: SI составил  $7,1 \pm 0,5$  м/с, RI –  $12,8 \pm 1,1\%$ , Alp75 –  $14,5 \pm 1,9\%$ . После проведения тренировок SI –  $8,5 \pm 0,4$  м/с ( $p < 0,05$ ), RI –  $28,9 \pm 0,7\%$ , Alp75 –  $4,5 \pm 1,3\%$ , что свидетельствовало о нарастании жесткости артерий мышечного типа. Уровень систолического артериального давления (САД) до нагрузки составил  $114 \pm 14,3$  мм рт.ст.; диастолического (ДАД) –  $78,3 \pm 9,4$  мм рт.ст.; после нагрузки –  $119 \pm 10,3$  мм рт.ст. и  $75,3 \pm 2,4$  мм рт.ст., соответственно. Среди обследуемых второй группы до тренирующего режима SI –  $6,8 \pm 0,3$  м/с ( $p < 0,05$ ), RI –  $14,5 \pm 1,1\%$ , Alp75 –  $8,5 \pm 1,9\%$ ; после цикла тренировок SI –  $7,2 \pm 0,4$  м/с ( $p = 0,005$ ), RI –  $9,2 \pm 3,2\%$ , Alp75 –  $10,5 \pm 2,4\%$ , что свидетельствует о сохранении эластичности сосудистой стенки. Уровень САД до нагрузки составил  $111 \pm 12,6$  мм рт.ст.; ДАД –  $69,3 \pm 10,4$  мм рт.ст.; после нагрузки –  $115 \pm 9,3$  мм рт.ст. и  $69,3 \pm 10,8$  мм рт.ст., соответственно. У пациентов 1 группы после изменения тренирующего режима за счет добавления аэробных упражнений (беговая дорожка, велотренажеры эллипсоидные тренажеры в течение 60 минут, 3 раза в неделю) через 3 месяца показатели контурного анализа пульсовой волны составили: SI –  $6,5 \pm 0,9$  м/с ( $p = 0,005$ ), RI –  $19,4 \pm 4,3\%$ , Alp75 –  $11,8 \pm 6,3\%$ , САД  $124 \pm 10,3$  мм рт.ст., ДАД  $70,3 \pm 9,4$  мм рт.ст.

**Выводы:** у здоровых женщин без факторов риска развития ССЗ при смене тренирующего режима с акцентом на аэробные нагрузки отмечается изменение показателей фотоплетизмографии, свидетельствующие о снижении жесткости сосудистой стенки, что необходимо учитывать при составлении индивидуальной программы реабилитации.

## 191 ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕИНВАЗИВНОГО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

Можанова Е. Е.  
Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

Острая коронарная патология является наиболее частой причиной госпитализации пациентов работоспособного воз-

раста в отделения реанимации и интенсивной терапии. Эффективное лечение острой коронарной патологии (ОКП) у больных, особенно с развитием грозных осложнений, проявляющихся острой сердечной недостаточностью (ОСН), представляет чрезвычайно сложную задачу.

**Материал и методы:** в условиях нашего отделения в течение последних двух лет проведен неинвазивный гемодинамический мониторинг 51 пациенту в возрасте от 22 до 82 лет, из них мужчин – 29 (57%), женщин – 22 (43%) с острой коронарной недостаточностью. Целевой промежуток времени для проведения неинвазивного мониторинга от 2 часов до 5 суток. Применялся аппарат Симона 111. Основные методы исследования включали контроль за общим состоянием больных, регистрация ЭКГ в 12 отведениях и АД, мониторингование в блоке интенсивной терапии, Эхо-КГ.

В результате проведения неинвазивного мониторинга наблюдались:

1. Положительный результат в 68,6% (35 случаев): субъективное улучшение самочувствия пациентов, купирования болевого синдрома, стабилизации гемодинамики, регресс признаков ишемии и перегрузки сердца на ЭКГ и Эхо-КГ.

2. Отсутствие эффекта от проведения неинвазивного мониторинга в 31,4% (16 случаев), что связано с поздним поступлением больных в состоянии необратимой декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности,

3. В 9,8% (5 случаях) наблюдались рецидивы острой коронарной недостаточности с повторной госпитализацией в отделение реанимации и в 5,9% (3 случая), завершившихся смертельным исходом (3–4 рецидив острой коронарной патологией).

**Выводы:** в клинических условиях была доказана высокая эффективность неинвазивного гемодинамического мониторинга в течение продолжительного промежутка времени от начала заболевания (в течение 5 суток). В настоящее время неинвазивный гемодинамический мониторинг является новым и эффективным методом для своевременной коррекции терапии, что в последующем позволит снизить летальность и инвалидизацию в группе социально значимых пациентов, а так же позволит сохранять жизнь трудоспособному населению.

## 192 ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мухарьямов Ф.Ю.<sup>1</sup>, Иванова Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы», Москва; <sup>2</sup>Филиал по медицинской профилактике ГБУЗМО КЦВМИР, Москва, Россия

В настоящее время все большую актуальность приобретает применение новых технологий физиотерапии (ФТ) в процессе медицинской реабилитации (МР) больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Цель: изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материал и методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование вариабельности ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спироэргометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), исследование газов крови транскутанным методом (ГКТК), биорезонансная технология – МОРА-диагностика. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (152 муж. и 91 жен., средний возраст 62±4,3 года) и 245 больных АГ (127 муж. и 118 жен., средний возраст – 48±5,6 лет), а также 63 больных с респираторной

патологией – бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0 – I степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст 49±2,6 лет). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергомгнитной резонансной терапии – БЕМЕР или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ – более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Использование методов биоэнергомгнитной резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и толерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА нарушениями позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

## 193 БАЛЬНЕО-КЛИМАТОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА

Никифорова Т. И., Князева Т. А.

ФГБУ «РНЦМР и К Минздрава России», Москва, Россия

**Цель работы:** в оценке эффективности применения немедикаментозных технологий в реабилитации и вторичной профилактики у больных с артериальной гипертензией (АГ) высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

**Материал и методы.** АД контролировали манометрическим методом и с помощью суточного мониторирования АД (СМАД).

**Результаты.** Общеизвестно, что снижение АД является залогом достоверного уменьшения риска развития ССО (смерти, инфаркта миокарда, мозгового инсульта) и происходит это тем более эффективно, чем быстрее достигается нормализация цифр АД. В результате курса общих кремнистых ванн и спелеоклиматотерапии, состоящего из 10–12 процедур, у больных с АГ уменьшились или полностью исчезли головные боли и шум в голове, улучшилось общее самочувствие и психо-эмоциональное состояние. Клиническое систолическое АД (САД) снизилось со 164,5±5,31 до 130,0±1,77 мм рт.ст., 34,5 мм рт.ст., (p<0,01), диастолическое АД (ДАД) – с 96,0±4,29 до 80,0±4,29 мм.рт.ст., 16 мм рт.ст., (p<0,05). Среднее САД за сутки уменьшилось с 150,29±4,7 до 137,25±3,9 мм рт.ст., (p<0,05), за счет преимущественного снижения САД в ночное время. Выявлена тенденция к снижению среднего ДАД в дневное время с 92,05±2,6 до 85,09±2,2 мм рт.ст., (p>0,05). Показатель «нагрузки давлением», оцениваемый по индексу времени гипертензии (ИВГ) уменьшился за сутки для САД с 84,71±7,1 до 61,38±5,9%, (p<0,02), в ночное время – с 81,21±6,9 до 58,42±4,7%, (p<0,01). ИВГ для ДАД уменьшился в дневное время с 48,89±4,1 до 36,4±3,9%, (p<0,05) и в ночное время – с 56,16±5,3 до 41,91±4,9%, (p<0,05), соответственно. Повышенная вариабельность САД

уменьшилась в дневное время  $17,2 \pm 0,9$  до  $14,9 \pm 0,7$  мм рт.ст., ( $p < 0,05$ ), отмечена тенденция к уменьшению вариабельности ДАД в ночное время с  $15,2 \pm 0,7$  до  $14,9 \pm 0,5$  мм рт.ст., ( $p > 0,05$ ). Снизилась величина утреннего подъема САД с  $62,7 \pm 5,9$  до  $46,10 \pm 4,9$ , мм рт.ст., ( $p < 0,05$ ) и скорость утреннего подъема САД с  $24,2 \pm 3,1$  до  $18,05 \pm 2,6$  мм рт.ст., ( $p < 0,05$ ), что указывает на достоверное снижение риска развития сердечно – сосудистых катастроф (инфаркта миокарда, мозгового инсульта), поскольку наибольшее количество сосудистых катастроф возникает именно в ранние утренние часы. Увеличилось количество больных с нормальным суточным профилем АД («dippers») за счет уменьшения числа пациентов с недостаточным ночным снижением АД («non-dippers») и ночной гипертензией («night-reakers»). Отмечено уменьшение частота сердечных сокращений в покое (ЧСС) с  $72,33 \pm 0,42$  до  $58,66 \pm 1,68$  уд/мин., на  $13,67$  уд/мин., ( $p < 0,02$ ), что свидетельствует о ваготоническом эффекте немедикаментозных технологий.

**Заключение.** Курсовое применение кремнистых ванн и спелео-климатотерапии оказывается эффективным в реабилитации и вторичной профилактики у больных с АГ.

## 194 ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Помешкина С. А., Кондрикова Н. В., Крунянко Е. В., Барбараи О. Л.

ФГБУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Основными задачами операции коронарное шунтирование (КШ) являются восстановление нормального функционального состояния пациентов, повышение качества жизни, а также возобновление профессиональной деятельности.

**Цель:** оценить показатели и структуру инвалидности у больных трудоспособного возраста, подвергшихся КШ.

**Материал и методы:** методом сплошной выборки (регистровое исследование) обследованы 427 пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся КШ в 2009 г. Динамика инвалидности оценена по результатам обращения на медико-социальную экспертизу (МСЭ) через  $4,4 \pm 0,7$  месяца после операции.

**Результаты.** По данным регистра после проведенного КШ у 80% пациентов отмечалась положительная динамика в виде достоверно значимого уменьшения функционального класса стенокардии (с  $2,5 \pm 0,4$  до  $0,3 \pm 0,2$ ,  $p = 0,000$ ), повышения толерантности к физическим нагрузкам (с  $60,5 \pm 17,6$  Вт до  $85,0 \pm 19,4$  Вт,  $p = 0,038$ ). Фракция выброса левого желудочка достоверно не изменилась в периоперационном периоде ( $p = 0,76$ ). Но, несмотря на то, что КШ привело у большинства пациентов к улучшению клинко-функционального состояния, социальная значимость операции оказалась низкой. До проведения КШ 260 (61%) пациентов не являлись инвалидами. В группе пациентов с инвалидностью I группа была определена у 1% пациентов, II группа – у 61%, III группа – у 38% пациентов. Из 260 пациентов не инвалидов после проведения КШ впервые были направлены на МСЭ в первый год после КШ 114 (44%) человек, из них 4% пациентам не определена группа инвалидности, 38% пациентов признаны инвалидами III группы, 58% II группы. Таким образом, после КШ вернулись к работе в течение года после операции только 151 (35%) пациент, против 260 (61%) пациентов до КШ. Количество признанных инвалидами после КШ увеличилось с 167 человек (39%) до 276 человек (65%). Структура инвалидности после КШ практически не изменилась. Пациентов с III группой инвалидности стало 42%, со II группой – 57%, с I группой – 1%.

**Выводы:** несмотря на улучшение клинко-функционального состояния, после проведения коронарного шунтирования увеличивается выход на инвалидность больных ишемической болезнью сердца, трудоспособного возраста. В структуре инвалидности преобладает II группа инвалидности как до, так и после операции.

## 195 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГРАММАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Разумов А. Н.<sup>1</sup>, Мухарлямов Ф. Ю.<sup>1</sup>, Иванова Е. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУ “Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента Здравоохранения гор. Москвы”, Москва; <sup>2</sup>Московский областной центр медицинской профилактики ГАУЗМО КЦВМИР, Москва, Россия

При создании индивидуальных реабилитационных программ (РП) мы руководствуемся такими факторами, как нозологическая форма и стадия заболевания, возраст и пол пациента, наличие сопутствующей патологии, индивидуальная переносимость лечения, прием базисной медикаментозной терапии. Применяемые нами РП состоят из следующих компонентов: диагностический мониторинг, физическая реабилитация (ФР), методы общего воздействия, методы локального воздействия, биорезонансная терапия, диетотерапия и психотерапия. В качестве мониторинга мы применяем современные технологии, позволяющие максимально информативно оценить состояние кардиореспираторной системы до и после курса медицинской реабилитации. Такими методами являются спироэргометрия, компьютерная система измерения параметров центральной и периферической гемодинамики осцилляционным методом, системы компьютерных диагностик, позволяющие оценить уровень центральной и вегетативной регуляции и адаптации. Применяются методы ФР: ЛФК по классическим методикам, кардиотренировки на циклических и силовых тренажерах в режиме дозированных ступенчато нарастающих физических нагрузок с мониторингом состояния кардиореспираторной системы во время занятия, занятия в лечебном бассейне (гидрокинезитерапия) с мониторингом пульса и коэффициента потребления кислорода. Наиболее эффективными методами общего воздействия в кардиологии мы считаем внутривенную лазеротерапию или внутривенную озонотерапию, интервальные гипоксические тренировки, галотерапию, бальнеотерапию (скипидарные и углекислые ванны, вихревые двух- и четырех камерные ванны, “сухие” углекислые ванны, минеральные ванны), аэроинотерапию, фитароматерапию, иглорефлексотерапию. Из методов локального воздействия нами используется классический массаж и массаж в электростатическом поле, низкочастотная магнитотерапия, низкоинтенсивная лазеротерапия, трансцеребральная транквилизация, магнито-лазерная акупунктура. Перспективным направлением является применение различных методик биорезонансной и биомагнитно-энергорегуляционной терапии. В РП включается 1–2 метода ФР, 2–3 метода общего воздействия, 1–2 метода локального воздействия, дополняя программу биорезонансными методами, по показаниям широко используем психотерапевтические методики. Продолжительность курса восстановительного лечения составляет 10 лечебных дней, однако многие пациенты продолжают заниматься ФР до 3–6 месяцев.

Таким образом, включение РП в терапевтический комплекс позволяет оптимизировать социальную и психологическую адаптацию, существенно улучшить качество жизни. Мы рекомендуем проводить курсы восстановительного лечения с периодичностью 2 раза в год на протяжении длительного времени.

## 196 ДИНАМИЧЕСКАЯ КАПНОГРАФИЯ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ШАГОВЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Фомина К. А., Абросимов В. Н.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Кардиопульмональные тесты с физической нагрузкой – высокоинформативные методы, позволяющие не только объек-

тивно оценить степень нарушений толерантности к физической нагрузке и определить основные механизмы этих расстройств, но и оказать существенную помощь в установлении диагноза ряда заболеваний и патологических состояний, а также оценить эффективность применения тех или иных реабилитационных программ. При отсутствии специального оборудования для оценки физической толерантности и объективизации статуса больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) используют тест 6-минутной ходьбы (6MWT). Объем физических нагрузок, применяемых в реабилитационной практике, меняется в зависимости от изменения функционального класса (ФК) ХСН. Использование дополнительных методов обследования расширяет диагностическую возможность кардиопульмональных тестов. Применение капнографии в функциональной диагностике расширяет понимание нарушения дыхания.

**Цель:** изучить возможности динамической капнографии, регистрируемой с помощью капнографа-пульсоксиметра LifeSense LS1-9R, в процессе выполнения теста 6-минутной ходьбы у больных ХСН.

**Материал и методы:** обследовано 45 пациентов с диагнозом ХСН II А ст II-IV ФК по NYHA, возраст  $58 \pm 6,24$  года. Проводился тест 6-минутной ходьбы в соответствии со стандартами. Была произведена оценка одышки по шкале Borg, MRS, визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Проанализирована динамика жалоб больного (одышка, слабость в ногах, сердцебиение, боли в сердце), объективные данные (АД, пульс, ЧДД). Проводилась регистрация капнограммы с помощью капнографа-пульсоксиметра LifeSense LS1-9R: до, во время и после выполнения нагрузочного теста.

**Результаты:** в покое гипокапния регистрировалась у 57,8% ( $n=26$ ,  $p=0,036$ ), нормокапния – у 42,2% ( $n=19$ ,  $p=0,04$ ). Во время выполнения 6MWT причиной остановки указали одышку 73,3% больных ( $n=33$ ,  $p=0,034$ ), боли в сердце 15,6% ( $n=7$ ,  $p=0,049$ ), слабость в ногах 11,1% ( $n=5$ ,  $p=0,037$ ). После проведения 6MWT жалобы на одышку предъявляли 100% пациентов ( $n=45$ ), слабость в ногах – 11,1% ( $n=5$ ), общую слабость – 22,2% ( $n=10$ ), сердцебиение – 37,8% ( $n=17$ ). При этом у всех больных во время выполнения нагрузки наблюдалось снижение показателя конечного экспираторного давления  $CO_2$  ( $P_{ET}CO_2$ ). Сильная корреляционная взаимосвязь выявлена между выраженностью одышки и  $P_{ET}CO_2$  ( $r=0,74$ ,  $p<0,05$ ), между выраженностью одышки и расстоянием, пройденным за 6 минут ( $r=0,68$ ,  $p<0,05$ ).

**Заключение:** капнограф-пульсоксиметр обеспечивает комплексную оценку сердечно-сосудистой и дыхательной адаптации во время нагрузочных тестов, применяемых в программах реабилитации; является простым и надежным оборудованием, позволяющим расширить ценность клинических данных о функциональных возможностях организма.

## 197 ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ СПОРТСМЕНОВ С СИНДРОМОМ “ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ”

*Хохлова М. Н., Рубаева З. Г., Бадтиева В. А.*

Московский научно-практический Центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Одним из важнейших факторов в лечении синдрома “перетренированности” спортсменов является снижение объема и интенсивности физических нагрузок, вплоть до их исключения и проведения курса стационарного лечения. Вместе с тем, применение физических факторов на данном этапе, направленных на повышение адаптационных возможностей, стимуляцию компенсаторных механизмов и предотвращение развития осложнений позволит сохранить уровень работоспособности спортсменов.

**Цель:** разработка и оценка эффективности использования динамической электростимуляции в восстановительном лечении спортсменов с синдромом “перетренированности”.

**Материал и методы:** под наблюдением находились спортсмены высокой квалификации с явлениями “перетрениро-

ванности”, которые методом случайной выборки разделены на 2 группы: 1- контрольную, в которую вошли пациенты с синдромом “перетренированности”, получающие общепринятое медикаментозное лечение; 2-ю группу составили пациенты с синдромом “перетренированности”, получающие медикаментозное лечение и воздействие динамической электростимуляцией. Всем пациентам проводилось клиническое обследование; холтеровское мониторирование ЭКГ; исследование вариабельности ритма сердца; исследование центральной и периферической гемодинамики; показателей микроциркуляции; психологическое обследование.

**Результаты:** предварительные результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии динамической электростимуляции на клинико-функциональное состояние спортсменов с синдромом “перетренированности”. Отмечено достоверное уменьшение количества наджелудочковых и желудочковых экстрасистол; установлено существенное нарастание роли парасимпатического компонента в балансе вегетативной нервной системы, повышение физической работоспособности. Динамика аналогичных показателей у пациентов контрольной группы была недостоверна.

## 198 ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

*Шкловский Б. Л., Ойноткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакиев В. И.*

ФГКУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ”, Красногорск, Россия

**Цель.** Оценивая результаты информирования больных с сочетанной патологией (ишемическая болезнь сердца [ИБС] в сочетании с сахарным диабетом 2 типа [СД2]) обозначить проблемы в проведении терапевтического обучения таких пациентов.

**Материал и методы.** Рандомизировано 319 пациентов: 1 группа ( $n=165$ , средний возраст  $56,8 \pm 6,8$  лет) – больные ИБС, перенесшие интервенционные вмешательства на коронарных артериях, с сопутствующим СД2 прошли обучение в школе для больных с сочетанными заболеваниями, 2 группа ( $n=154$ , средний возраст  $56,4 \pm 8,5$  лет) – пациенты, не участвующие в образовательной программе. Всем больным было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование. Срок проспективного наблюдения составил 36 мес. Образование пациентов проводилось по разработанной нами комплексной программе (12 занятий).

**Результаты.** Осведомленность о наличии сочетанного заболевания (СЗ) и информированность о факторах риска возросли и оставались высокой ( $>90,0\%$ ,  $p<0,05$  для всех) на протяжении всего периода наблюдения. Госпитализация по неотложным показаниям снизилась с 57,6% до 41,7% через 12 мес. ( $p<0,05$ ) и недостоверно возросла до 43,8% через 36 мес. ( $p>0,05$ ). Самостоятельный контроль уровня глюкозы и артериального давления увеличился с 59,4% (до начала обучения) до 98,2% и 96,3% через 12 мес. и 36 мес. соответственно. ( $p<0,001$ ). Уровень гликированного гемоглобина достоверно ( $p<0,001$  для всех периодов наблюдения) снизился с 7,3% до 6,8% и 6,2% через 12 мес. и 36 мес. соответственно после обучения. Приверженность к лечению увеличилась с 52,1% до 94,5% и 96,3% соответственно ( $p<0,001$ ). Побочные эффекты медикаментов уменьшились с 32,7% (перед началом обучения) до 11,0% через 12 мес., и увеличились до 15,6% через 36 мес., но достоверно ( $p<0,001$ ) оставались ниже, чем до начала обучения. В результате проведенного обучения обозначились следующие проблемы, которые необходимо решать в каждом конкретном случае индивидуально: достижение согласия между врачом и пациентом; сроки обучения



пациентов (занятия или месяцы); оценка качества процесса преподавания по параметрам: гармонии, уместности, индивидуального подхода, обратной связи, закрепления полученных знаний, помощи в выполнении рекомендаций; создание эффективной программы обучения (структурированность, насыщенность, адаптированность к основному и сопутствующему заболеваниям); современный научно методический уровень обучения пациентов; методы образования (индивидуальный, групповой); повторное обучение через 12 мес на базе поликлинических филиалов стационара.

## VI. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### 199 ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА СКРИНИНГА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ ПЛАТФОРМЫ CMS LIME SURVEY

Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Русиди А. В., Гасанлы О. Р., Черкасов И. А.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

**Цель:** изучение состояния здоровья студентов и выявление проблем физического, психологического и эмоционального характера с использованием современных информационных технологий.

**Материал и методы.** На базе платформы для создания и проведения различных опросов CMS Lime Survey, были разработаны электронные онлайн – анкеты, включающие в себя ряд вопросов для оценки физического и психического здоровья респондентов, а также качества их жизни. В академических группах СтГМУ и в социальных сетях все студенты приглашались на сайт, на котором проводилось анкетирование. Всего обследовано 125 студентов в возрасте от 18 до 22 лет (средний возраст  $20,2 \pm 0,1$  года), среди них девушек – 49 (39%), юношей – 76 (61%). Количество студентов лечебного факультета принявших участие в онлайн – опросе составило 73 человека, а также 52 студента педиатрического и стоматологического факультетов.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Excel.

**Выводы:** самооценочный скрининг на базе электронной платформы CMS Lime Survey, предоставляющей удобную возможность самостоятельно оценивать ресурсы собственного здоровья, оказался реально привлекательным проектом для студентов. При проведении здоровьесориентированной деятельности среди студентов необходимо максимально широко использовать современные компьютерные технологии для формирования креативной молодежной моды на здоровый образ жизни.

### 200 ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕМИНАРОВ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПРОГНОЗ РИСКА ФАТАЛЬНЫХ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Каулина Е. М., Судонина М. Л.

Филиал ФГБОУ ВПО “Сочинский государственный университет”, Нижний Новгород, Россия

**Цель:** оценить влияние проведения образовательных семинаров для врачей по вопросам диагностики и лечения артериальной гипертонии (АГ) на прогноз риска кардио-цереброваскулярных осложнений у наблюдаемых ими пациентов с АГ в амбулаторных условиях.

**Выводы.** Обучение больных ИБС, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных артериях, с сопутствующим СД2 в школе пациентов с сочетанными заболеваниями приводит к увеличению осведомленности и информированности о факторах риска развития СЗ, уменьшению госпитализации по поводу осложнений сердечнососудистых заболеваний и СД2 в 1,4 раза, снижению побочных эффектов медикаментозной терапии, увеличению приверженности к терапии и улучшению качества жизни пациентов. Решение обозначенных проблем будет способствовать улучшению качества обучения пациентов и положительно влиять на его отдаленный и ближайший прогноз.

**Материал и методы.** В исследование были включены 20 врачей амбулаторного звена и 200 больных АГ. Участники исследования были разделены на 2 группы: ГВВ – группа вмешательства врачей и ГСВ – группа сравнения врачей.

В ГВВ вошло 10 врачей, все женщины; распределение по возрасту: моложе 30 лет – 10%, 30–39 лет – 20%, 40–49 лет – 60%, 60 лет и старше – 10%; среднегрупповой стаж работы – 11,2 года. Пациенты группы ГВВ – 100 больных АГ, 37% мужчин, 63% женщин, средний возраст 68,8 года.

В ГСВ вошло 10 врачей, все женщины; распределение по возрасту: 30–39 лет – 10%, 40–49 лет – 60%, 50–59 лет – 20%, 60 лет и старше – 10%; среднегрупповой стаж работы – 13,4 года. Пациенты группы ГСВ – 100 больных АГ, 28% мужчин, 72% женщин, средний возраст 70,2 года.

Мероприятия в группах вмешательства: В ГВВ проводились регулярные образовательные семинары по вопросам современной диагностики и лечения АГ. В ГСВ проводилась традиционная методика повышения квалификации врачей в соответствии с планом конференций и семинаров лечебного учреждения.

**Результаты.** По группам ГВВ и ГСВ за период исследования (10 лет) было зарегистрировано фатальных осложнений: ГВВ – цереброваскулярные осложнения – 15 случаев (65,2% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярные – 8 (34,8%).

В ГСВ было зарегистрировано: цереброваскулярных осложнений – 31 случай (73,8% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярных осложнений – 11 (26,2%).

В ГВВ у больных АГ было выявлено снижение относительного риска по всем фатальным сердечно-сосудистым конечным точкам на 50,7% ( $p < 0,05$ ), по фатальным цереброваскулярным осложнениям на 45,9% ( $p < 0,05$ ), по фатальным кардиоваскулярным осложнениям на 41,8% ( $p < 0,05$ ), и был определен более низкий шанс развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Проведённый анализ по показателю “отношение шансов” (ОШ) выявил значимое снижение риска развития ССО у больных АГ в ГВВ: ОШ риска развития фатальных кардиоваскулярных осложнений – 0,53, ОШ риска развития фатальных цереброваскулярных осложнений – 0,36, ОШ риска развития по всем фатальным сердечно-сосудистым конечным точкам составил 0,55.

**Вывод.** Проведение образовательных семинаров для врачей по вопросам диагностики и лечения АГ значимо улучшают прогноз риска развития кардио-цереброваскулярных осложнений у наблюдаемых ими пациентов с АГ в амбулаторных условиях.

### 201 ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ. КАКИМ МЕТОДАМ И ФОРМАМ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?

Лобыкина Е. Н., Терентьева Л. Н., \* Рузаев Ю. В. \*\*

ГБОУ ДПО “Новокузнецкий ГИУВ” МЗ РФ, Центр здоровья МБЛПУ “ГКБ № 29”\*, МБУЗ ОТ “Центр медицинской профилактики”\*\*, Новокузнецк, Россия

В настоящее время хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ) являются основной причиной смертности населения РФ. Одним из эффективных подходов к решению проблем, связанных с профилактикой и лечением ХНЗ, в настоящее время в медицинской практике является обучение больных в “Школах здоровья”.

**Цель:** на основании изучения распространенности факторов риска (ФР) ХНЗ среди взрослого населения г. Новокузнецка, разработать профилактические мероприятия для реализации в условиях Центров здоровья (ЦЗ).

**Результаты.** Анализ обращений взрослого населения в ЦЗ МБЛПУ «ГКБ № 29» в 2011 г. показал, что из 3899 человек, у 2705 (69,4%) были выявлены ФР развития ХНЗ. Повышение уровня холестерина крови (свыше 5 ммоль/л) диагностировано у 17,7%, избыточная масса тела (ИМТ) и ожирение — у 41,2%, курение — у 18,8%, повышенное АД — у 22,4% обследованных. В 2012 г. из 4152 обратившихся в ЦЗ, у 3076 обследованных (74,1%) были выявлены различные ФР. Высокая распространенность ФР среди взрослого населения требует активизации профилактических мероприятий, направленных на их коррекцию.

Для этого, в 2011 г. с целью профилактики ХНЗ (сердечно-сосудистых, эндокринных, онкологических и др.) на базе ЦЗ была разработана программа “Школа здоровья для здоровых” для пациентов с 1 и 2 группой здоровья. Программа состояла из 5 занятий, каждое из которых было посвящено отдельному ФР: 1 занятие — влиянию факторов окружающей среды на здоровье; 2-е занятие — двигательной активности и путям преодоления гиподинамии; 3-е занятие — основам рационального питания; 4-е занятие — профилактике стресса; 5 занятие — вредным привычкам (табакокурению) и методам отказа от них. Пациенты, у которых было выявлено несколько ФР, направлялись в “Школу здоровья для здоровых”, в которой. Занятия проводятся еженедельно в постоянном режиме в одно и то же время, что позволяет пациентам не только выбирать удобное для себя время, но и приходиться на занятия повторно, если возникает такая необходимость. В 2011–12 гг. в “Школе здоровья для здоровых” было обучено 62 и 92 пациентов соответственно.

При наличии ИМТ и ожирения, пациенты направлялись в “Школу рационального питания”, которая проводилась в режиме 4-х занятий. Т.к. 95% слушателей школы имели ИМТ, акцент в занятиях проводился на гипокалорийное питание и методы снижения массы тела. В 2011 г. в “Школе рационального питания” было обучено 184 чел, в 2012 г. прошли обучение 205 слушателей. Эффективность работы “Школы” оценивали по динамике массы тела: в 2012 г. у 64 слушателей (31,2%) по окончании обучения (через 1 месяц) наблюдалось снижение массы тела.

**Выводы.** Реализация профилактических программ в “Школ здоровья” в настоящее время в условиях ЦЗ является наиболее эффективным способом коррекции ФР и профилактики развития ХНЗ, в которых успешно реализуются групповые и индивидуальные формы работы с населением.

## 202 ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВНАЯ СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Ховаева Я. Б., Бурдина Е. Н., Головской Б. В.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Не смотря на темпы снижения смертности от болезней системы кровообращения, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной как смертности, составляя более 50% в ее структуре, так и инвалидности жителей Пермского края. Ситуация сравнима с эпидемией, охватившей не только пожилых, но и лиц трудоспособного возраста, что усугубляет ее социальные и экономические последствия. Цель нашей работы — выявление и анализ возможных стратегий снижения уровня смертности населения Пермского Края от заболеваний сердечно-сосудистой системы. В своей работе мы использовали ретроспективный анализ данных официальной статистики Территориального органа Федеральной государственной службы государственной статистики по Пермскому краю (ПЕРМЬСТАТ). Кроме того,

были проанализированы 350 амбулаторных карт пациентов, в возрасте с 50 до 75 лет, из них 280 мужчин (80%) и 70 женщин (20%), наблюдающихся за последние 5 лет у кардиолога. Результаты и выводы. В структуре смертности населения Пермского Края от заболеваний сердечно-сосудистой системы, более половины составляют случаи, обусловленные сосудистым атеросклерозом, в том числе 45% — различные формы ишемической болезни сердца (ИБС). Важно отметить то, что в структуре ИБС, обуславливающей уровень смертности, на долю острых инфарктов миокарда приходится только 13%. Эта цифра показывает, что развитие эндоваскулярных методов лечения обострения ИБС позволит и дальше снизить уровень смертности от сердечно-сосудистой патологии, но как показывает статистика, в диапазоне 6,75%. По данным собственного анализа, в амбулаторном звене кардиоваскулярная патология представлена следующим образом: гипертоническая болезнь встречается в 88,6% случаев, стенокардия напряжения в 20%, постинфарктный кардиосклероз в 30,8% (перенесли острый инфаркт миокарда за последние полгода 6% лиц, у 14,8% — проведено аортокоронарное шунтирование, у 2,8% — стентирование), аритмогенный вариант ИБС диагностирован у 4%. У большинства имеются различные сочетания. Среди этих лиц, согласно имеющимся порядкам, длительному наблюдению у кардиолога (в течение первого года) подлежат пациенты после инвазивного лечения. Оставшиеся должны наблюдаться у терапевта, которому так же вменяется в обязанности проведение первичной и вторичной профилактики, что на практике выполняется в значительно усеченном виде и не соответствует должному уровню. Среди причин можно выделить следующие: Европейские образцы по организации первичной профилактики не адаптированы к условиям нашей жизни, кроме того не известно, как организовать “поток” к терапевту пациентов, имеющих только факторы риска. Не прописаны порядок действий, этапы и планы диспансеризации для пациентов с различными формами ИБС. Стремительно увеличивается категория пациентов, перенесших то или иное инвазивное вмешательство, требующих в дальнейшем тщательного проведения мероприятий вторичной профилактики. Кто должен контролировать эффективность профилактических мероприятий? Решение этих вопросов позволит активировать наиболее действенные механизмы ограничения темпов роста заболеваний сердечно-сосудистой системы и значительно снизить уровень смертности.

## 203 КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А. О.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

**Цель.** Создание компьютерной программы прогнозирования риска развития ишемического инсульта (ИИ) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы.** В исследование включен 91 пациент с ишемической болезнью сердца и постоянной формой ФП, 47 мужчин и 44 женщины, средний возраст составил 62,3±6,8 лет. Все пациенты были разделены на две группы: 1 группу составили 38 пациентов категории среднего риска развития ишемического инсульта, 2 группу — 53 пациента категории высокого риска развития ишемического инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC. Группу контроля составили 30 пациентов с ишемической болезнью сердца и синусовым ритмом. У всех пациентов оценивались различные гемодинамические и гемостазиологические показатели.

**Результаты.** По данным проведенного множественного регрессионного анализа, были получены нестандартизованные коэффициенты для показателей, включенных в модель, и было создано уравнение регрессии:  $S = 2,58 + 0,06 \times A + 0,003 \times B - 0,01 \times C - 0,017 \times D - 0,08 \times E + 0,17 \times F$ , где: S-риск

развития ИИ, А-концентрация растворимых фибрин-мономерных комплексов, мг%; В-концентрация активируемого тромбином ингибитора фибринолиза,%; С-максимальная скорость изгнания крови из ушка левого предсердия (УЛП), см/с; D-фракция выброса левого желудочка,%; E-время начала АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, сек.; F-наличие или отсутствие тромбоза УЛП (0 – отсутствие, 1 – наличие).

На основе созданной модели была разработана компьютерная программа, получившая название: “Программа определения риска развития ишемического инсульта у пациентов с ишемической болезнью сердца и постоянной формой фибрилляции предсердий”. Пользователь, вводя значения вышеуказанных гемодинамических и гемостазиологических показателей для каждого пациента, путем автоматической подстановки программой этих значений в формулу и расчета индекса S, получает данные о принадлежности пациента к той или иной категории риска развития ишемического инсульта

(низкий риск – индекс  $S < 0,5$ , средний риск –  $0,5 < S < 1,5$ , высокий риск –  $S > 1,5$ ), которые выводятся на экран монитора. Для расчета индекса S программа использует уравнение регрессии, приведенное выше.

На данную программу получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2012612059 от 22.02.2012.

**Выводы.** В разработанной компьютерной программе для оценки риска развития ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий используются современные показатели гемостаза и гемодинамики. Не прибегая к расчетам, пользователь в короткий срок может провести стратификацию риска развития ишемического инсульта у больного с фибрилляцией предсердий, а также использовать эти данные для оценки эффективности проводимой антикоагулянтной или дезагрегантной терапии с возможным пересмотром тактики лечения.

## Оглавление

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Агмадова З. М.</i> .....	3
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ПОСРЕДСТВОМ МОДИФИКАЦИИ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА <i>Акентьева Т. Н.</i> .....	3
ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ <i>Алексеев С. Н., Авдеева М. Г., Дробот Е. В.</i> .....	4
ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ <i>Аль-Джаиди С.О., Кольцов А. В., Качнов В. А., Тыренко В. В.</i> .....	4
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ <i>Бунин Ю. А.</i> .....	4
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Бушмелев А. С., Гагаев А. В., Гагаева И. В., Васягин Е. В.</i> .....	5
УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПРОПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Вербовой А. Ф., Косарева О. В., Шаронова Л. А.</i> .....	5
ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Вербовой А. Ф., Барабанова Н. А., Шаронова Л. А.</i> .....	5
ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА СОСУДИСТОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Викторова И. А., Коншу Н. В., Киселева Д. С., Соколова В. А.</i> .....	6
РАННИЕ НАРУШЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ <i>Гаранин А. А., Рябов А. Е., Фатенкова О. В.</i> .....	6
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ НА ПРИЕМЕ У КАРДИОЛОГА <i>Гарганеева Н. П.</i> .....	7
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СТРАТИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Гимаев Р. Х.</i> .....	7
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Глова С. Е., Шлык С. В., Бучукури Л. В., Чернова Е. А., Мокина Л. Г., Небыкова Т. В.</i> .....	8
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Даушева А. Х., Лебедев П. А.</i> .....	8
СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Демидова Л. А., Демидов А. А., Панова Т. Н., Кузьмина А. Е.</i> .....	8
СМЕННАЯ РАБОТА И РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? <i>Джериева И. С., Волкова Н. И., Трофимова Е. А., Фоменко А. И., Скрябина А. Ю.</i> .....	9
СЕКРЕЦИЯ МЕЛАТОНИНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Джериева И. С., Волкова Н. И., Конькова К. В., Ананьев М. М., Гвоздинская В. И.</i> .....	9
СВЯЗНА ЛИ ВЫРАБОТКА МЕЛАТОНИНА С СУТОЧНОЙ ДИНАМИКОЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧСС? <i>Джериева И. С., Волкова Н. И., Орехова Ю. Н., Погребнова Ю. Ю., Рожко М. Б.</i> .....	10
НАРУШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ МЕЛАТОНИНА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ <i>Джериева И. С., Волкова Н. И., Ефременко Ю. В., Асрумян Э. Г.</i> .....	10
ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ <i>Зайцев Д. Н., Говорин А. В., Соколова Н. А., Радаева Е. В., Муха Н. В.</i> .....	11
ЗНАЧИМЫЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ <i>Злобина М. В., Соколов А. А.</i> .....	11
УРОВЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И РЕГУЛЯРНОСТЬ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ <i>Казидаева Е. Н., Венецева Ю. Л., Мельников А. Х.</i> .....	12

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ <i>Катюхина А. В., Чубарова А. И., Свирин П. В., Самсонова Н. Н., Климович Л. Г.</i> .....	12
ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ СТАТИНОВ В ТЕРАПИЮ НАРУШЕНИЙ РИТМА НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ <i>Корягина Н. А., Василец Л. М., Шапошникова А. И., Григориади Н. Е.</i> .....	13
СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Крестьянинов М. В.</i> .....	13
ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ. ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ <i>Ларионова Н. В.</i> .....	13
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Хохлов А. Л., Каграманян И. Н., Лилеева Е. Г.</i> .....	14
УПРАВЛЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Зиновьева М. А., Хохлов А. Л., Лилеева Е. Г.</i> .....	14
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПОСТНАГРУЗОЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ. <i>Линде Е. В., Орджоникидзе З. Г.</i> .....	15
ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Осипова И. В., Лысоченко А. Б., Антропова О. Н., Тавровская Т. В., Тимофеев А. В.</i> .....	15
БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОТРОМБОГЕННОГО РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ЛИЦ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Маркова И. А.</i> .....	16
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА rs619203 (6q22) С РАЗВИТИЕМ И ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Мартынова Е. А., Шестерня П. А., Никулина С. Ю.</i> .....	16
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS619203 ГЕНА ROS1 С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Мартынова Е. А., Шестерня П. А., Никулина С. Ю.</i> .....	17
О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Милюков В. Е., Жарикова Т. С.</i> .....	17
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ CYP2C19*2, CYP2C19*3, CYP2C19*17 СРЕДИ РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ И СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ CYP2C19*2, У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ КЛОПИДОГРЕЛЕМ И ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ <i>Мирзаяв К. Б.<sup>1</sup>, Сычев Д. А.<sup>1</sup>, Грачев А. В.,<sup>2</sup> Князева Г. П.,<sup>2</sup> Казаков Р. Е.</i> .....	18
РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Михайловская Т. В., Мишина И. Е.</i> .....	18
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ И ЗНАЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА <i>Новикова Ю. Ю.</i> .....	18
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Олейник Е. А., Либис Р. А.</i> .....	19
РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Пермякова И. Н., Левитан Б. Н., Рожкова О. А., Попова Н.А.</i> .....	19
СКРИНИНГ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И АОРТЫ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Помогайбо Б. В., Бовтюшко П. В., Филиппов А. Е.</i> .....	19
СПОСОБЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Похильченко М. В.</i> .....	20
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА <i>Сизова Ж. М.,<sup>1</sup> Липидус Н. И.,<sup>1</sup> Богатырева Л. М.<sup>2</sup></i> .....	20
ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ДИНАМИКА ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Сметанин М. Ю., Пименов Л. Т.</i> .....	21
НЕЙРОПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЗОЛИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПОКСИЕЙ И ГИПЕРКАПНИЕЙ ПРИ ФОКАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Трегуб П. П., Осипов И. С.</i> .....	21

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Харьков Е. И., Давыдов Е. Л.</i> .....	22
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА SLC6B1 У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И СИСТЕМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ <i>Сироткина А. М.*, Хохлов А. Л.*, Воронина Е. А.**, Могутов М. С.**, Дряженкова И. В.**, Царева И. Н.**, Лимонова О. А.**</i> 22	
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У GERONТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Честнова Ю. А.</i> .....	22
РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ <i>Шарыкин А. С., Попова Н. Е.</i> .....	23
ГОМОЗИГОТНОЕ НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФНОГО АЛЛЕЛЯ MTRR 66G ГЕНА МЕТИОНИНСИНТАЗЫ-РЕДУКТАЗЫ КАК ФАКТОР РИСКА РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Шахматова О. О.<sup>1</sup>, Комаров А. Л.<sup>1</sup>, Самко А. Н.<sup>1</sup>, Ребриков Д. В.<sup>2</sup>, Деев А. Д.<sup>3</sup>, Панченко Е. П.<sup>1</sup></i> .....	24
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В ШКАЛЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Шестерня П. А., Никулина С. Ю., Мартынова Е. А.</i> .....	24
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В КРУПНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБЪЕДИНЕНИИ. <i>Шкловский Б. Л., Попов А. П., Ойноткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В.И.</i> .....	25
КРАТКОСРОЧНЫЕ КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ <i>Яковлева А. С., Миролобова О. А.</i> .....	25
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА, РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1-ГО ТИПА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА <i>Яковлева Н. Ф., Попова А. А., Яковлев А. В., Березикова Е. Н., Гребёнкина И. А.</i> .....	26
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЯТИЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ <i>Автандилов А. Г., Запесочная И. Л.</i> .....	26
СТРЕСС НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ – РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА <i>Акимова Е. В., Смазнова О. В.</i> .....	27
НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-ОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ – ОДНОМОМЕНТНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ <i>Акимова Е. В., Каюмова М. М., Смазнов В. Ю., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.</i> .....	27
СТРУКТУРА ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ТЕРАПЕВТАМ И КАРДИОЛОГАМ <i>Алексеев И. А., Давыдов Е. Л.</i> .....	27
ВЫРАЖЕННОСТЬ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗАНА С НЕКОТОРЫМИ СОСТАВЛЯЮЩИМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Андреева Г. Ф., Деев А. Д., Горбунов В. М.</i> .....	28
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО, В СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЙ КОГОРТЕ НАСЕЛЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ “РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА” <i>Борель К. Н., Гарганеева А. А., Округин С. А.</i> .....	28
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА <i>Будникова Н. В., Архипова С. Л., Романенко И. А., Полятыкина Т. С.</i> .....	29
ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Вербовой А. Ф., Барабанова Н. А., Шаронова Л. А.</i> .....	29
20-ЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL») <i>Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.</i> .....	30
РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СРЕДИ МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL») <i>Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.</i> .....	30
НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ КАК МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Гервас А. А., Осипова И. В., Антропова О.Н.</i> .....	30

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЧАСТОТУ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА <i>Даурбекова Л. В.</i> .....	31
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ПРЕДИКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ <i>Даушева А. Х., Лебедев П. А.</i> .....	31
ВЛИЯНИЕ СТАЖА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Демидова Л. А., Демидов А. А., Панова Т. Н., Кузьмина А. Е.</i> .....	32
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Денека И. Э., Вебер М. И., Мовчан С. А., Аршинова И. А., Родионов А. В.</i> .....	32
ОБРАЗ ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ И МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ <i>Дехарь В. В., Осипов А. Г., Борисова Л. В., Попова Е. Ю.*</i> .....	32
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ <i>Долгополова Д. А., Попова М. А., Веденькина И. В.</i> .....	33
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Дроботя Н. В., Щенятская И. В.</i> .....	33
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ <i>Запесочная И. Л., Автандилов А. Г.</i> .....	34
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПЯТИЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ <i>Запесочная И. Л., Автандилов А. Г.</i> .....	34
ВЫВОДЫ. ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ АГ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ ОТМЕЧАЛОСЬ УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА БОЛЬНЫХ С ДД ЛЖ. В ТОМ ЧИСЛЕ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ (II И III) ТИПАМИ ДД. ВЫЯВЛЕНО БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ ВЛИЯНИЕ РАБОТЫ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ДФ ЛЖ. НАРУШЕНИЕ СНА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25–64 ЛЕТ <i>Каюмова М. М., Гафаров В. В.</i> .....	35
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ <i>Коробейникова А. Н., Мальчикова С. В.</i> .....	35
АТЕРОСКЛЕРОЗ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ – ЗВЕНЬЯ ОДНОЙ ЦЕПИ В РАЗВИТИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ <i>Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.</i> .....	35
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – НЕЗАВИСИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ (КЛИНИКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ) <i>Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.</i> .....	36
ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА <i>Лысоченко А. Б., Осипова И. В., Антропова О. Н., Тавровская Т. В., Тимофеев А. В.</i> .....	36
30-лЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ВЫЖИВАЕМОСТЬ МУЖЧИН В ИСХОДНОМ ВОЗРАСТЕ 40–59 ЛЕТ С РАЗЛИЧНЫМ СТАТУСОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Меньщиков А. А.</i> .....	37
ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Мирошниченко А. И.*, Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г.*, Курбатова И. И.*, Аверьянова Е. С.*</i> .....	37
ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ, СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ И РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ В Г. НОВОСИБИРСКЕ <i>Панов Д. О.</i> .....	38
ВОЗМОЖНОСТИ МОНИТОРИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПОМОЩЬЮ ОРИГИНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ШКАЛ (SCORE, PROCAM, FRAMINGHAM) В КРУПНОМ ИНДУСТРИАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ <i>Печерина Т. Б.</i> .....	38
СТРАДАЕТ ЛИ КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Портнова Е. В.</i> .....	38
ВКЛАД НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОКАЗАТЕЛЬ СУММАРНОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СМЕРТИ У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ <i>Пушкарев Г. С., Акимова Е. В., Кузнецов В. А.</i> .....	39

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Ребров А. П., Оксеньчук А. Н., Патрикеева Д. А.</i> .....	39
ДИЗАЙН И ОБОСНОВАНИЕ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <i>Романенко Т. С., Концевая А. В., Фитилев С. Б.<sup>1</sup></i> .....	40
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ПОРАЖЕННЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ <i>Федорова Н. В., Безденежных А. В., Сумин А. Н.</i> .....	40
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Хохлов А. Л.*, Сироткина А. М.*, Могутова И. С.**, Дряженкова И. В.**, Воронина Е. А.**, Рыбачкова Ю. В.*, Царева И. Н.**, Лимонова О. А.**</i> .....	41
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ <i>Агафонова Т. Ю., Ховаева Я. Б., Головской Б. В., Тарасов В. А.</i> .....	42
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Алексеев С. Н., Авдеева М. Г., Дробот Е. В.</i> .....	42
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК РАННИЙ МАРКЕР АТЕРОСКЕРОЗА У МУЖЧИН С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ <i>Антропова О. Н., Кондаков В. Д., Осипова И. В., Тинина С. А.</i> .....	42
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В АКТОБЕ ЗА 2011 ГОД <i>Арингазина Р. А., Шарипова Г. М., Рахова Б. Е., Нуртазин М. М.</i> .....	43
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СНИЖЕНИЯ ОФВИ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Бойков В. А., Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Старовойтова Е. А., Кириллова Н. А., Косова Н. В., Музыкаева М. Н., Ларичева О. Н., Чаторова Ю. Г., Мазеева С. В., Альмикеева А. А.</i> .....	43
ВЫЯВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА <i>Буланов В. Е., Сардаров Р. Ш., Филатова И. И., Скворцов К. Ю., Беневская М. А.</i> .....	44
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРАЖДЕБНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL») <i>Гафаров В. В., Панов Д. О., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.</i> .....	44
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И РАСЧЕТА СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Головской Б. В., Шаврин А. П., Ховаева Я. Б., Тарасов В. А.</i> .....	45
ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СКОРОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ <i>Горбунова А. С., Левашов С. Ю., Давидович К. Ю.</i> .....	45
АНАЛИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПАЦИЕНТАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Давыдов Е. Л.</i> .....	46
МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Давыдов Е. Л.</i> .....	46
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Денека И. Э.</i> .....	46
ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЁЖИ: АДАПТАЦИЯ К ФИЗНАГРУЗКЕ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ <i>Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Сергеева О. В., Мищенко Е. А., Русиди А. В.</i> .....	47
ОРГАНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ АКАДЕМИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ <i>Есауленко И. Э., Зуйкова А. А., Петрова Т. Н.</i> .....	47
КОРРЕКЦИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Зерникова Е. А., Бакумов П. А., Гречкина Е. Р.</i> .....	48
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДОСТЕНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Зерникова Е. А., Бакумов П. А., Гречкина Е. Р.</i> .....	48
СЕМЕЙНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Кабирова Ю. А., Ховаева Я. Б., Головской Б. В.</i> .....	49



ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С СУММАРНОЙ ПЛОЩАДЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ <i>Катамадзе Н. О., Берштейн Л. Л., Гришкин Ю. Н.</i> .....	49
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА <i>Кондаков В. Д., Антропова О. Н., Осипова И. В., Тинина С. А.</i> .....	49
ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ <i>Корягина Н. А., Петрищева А. В., Петрищева Г. П., Колтырина Е. Н.</i> .....	50
ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ, ПОСЕТИВШИХ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ <i>Косова Н. В., Кобякова О. С., Куликов Е. С., Деев И. А., Старовойтова Е. А., Бойков В. А., Музыка М. Н., Кириллова Н. А., Ларичева О. Н., Чаторова Ю. Г., Мазеина С. В., Альмикеева А. А.</i> .....	50
СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Кошелева Н. А., Ребров А. П.</i> .....	51
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Курочкина О. Н., Хохлов А. Л.</i> .....	51
СОСТОЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ КРУПНЫХ ГОРОДОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ <i>Кутузова А. Э., Калинина Е. А., Kutuzova E., Steiger C.</i> .....	52
ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ <i>Мирошниченко А. И.*, Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г.*, Курбатова И. И.*, Аверьянова Е. С.*</i> .....	52
РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Михайловская Т. В., Мишина И. Е.</i> .....	52
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШАХТЕРОВ <i>Мулерова Т. А., Скрипченко А. Е., Огарков М. Ю., Максимов С. А., Артамонова Г. В.</i> .....	53
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КБС <i>Мухтаренко С. Ю., Мураталиев Т. М., Неклюдова Ю. Н., Звенцова В. К., Окунова А. А.</i> .....	53
формирование здорового образа жизни в трудовых коллективах с использованием технологии организованного скрининга <i>Найденова Н. Е., Самарина С. А., Лобыкина Е. Н.<sup>1</sup></i> .....	54
ОСОБЕННОСТИ И РАССТРОЙСТВА СНА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД <i>Осипова И. В., Пырикова Н. В., Антропова О. Н., Комиссарова И. Н.</i> .....	54
ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН С ПОВЫШЕННОЙ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТЬЮ <i>Осипова И. В., Пырикова Н. В., Антропова О. Н., Комиссарова И. Н.</i> .....	55
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК КРИТЕРИЙ КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МИОКАРДА <i>Павлов В. И., Линде Е. В., Деев В. В., Николаев В. В., Иванова Ю. М.</i> .....	55
МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ НА БАЗЕ ВОРОНЕЖСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ <i>Петрова Т. Н., Зуйкова А. А.</i> .....	56
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Пырикова Н. В.</i> .....	56
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ. ОПЫТ РАБОТЫ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Пягай Н. Л., Иванова Е. С., Шалагин Ю. Д.</i> .....	56
ПРЕДИКТОРЫ РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА <i>Рубаненко О. А., Качковский М. А., Кириченко Н. А.</i> .....	57
ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ <i>Рагель А. С., Рязина И. Н.</i> .....	57
АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ОЦЕНКИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОВРАЧЕБНОГО КАБИНЕТА ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ <i>Сафононов Д. Т., Кадырова Д. А.</i> .....	58
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ: ФОКУС-ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ ВРАЧЕЙ <i>*Семенова О.Н., *Наумова Е.А., **Михневич Н.М.</i> .....	58

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Семенова О. Н., Наумова Е. А.</i> .....	59
ВЛИЯНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Скрипченко А. Е., Алексеева Т. С., Огарков М. Ю.</i> .....	59
МОНИТОРИНГ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА <i>Строкольская И. Л., Макаров С. А.</i> .....	60
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС У СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ <i>Третьяков В. О., Венецева Ю. Л., Мельников А. Х.</i> .....	60
ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ <i>Туев А. В., Василец Л. М., Григориади Н. Е.* , Карпунина Н. С., Корягина Н. А.</i> .....	60
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ <i>Чевычелов С. С.</i> .....	61
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ, КАК МАРКЁРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБРАЩАЮЩЕГОСЯ В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Шалагин Ю. Д., Иванова Е. С., Пягай Н. Л.</i> .....	61
ОЦЕНКА ВАЗОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ФЛАТЕРОН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ <i>Абдуллаев А. Х., Сулейманова Э. Л., Набиева З. Э., Шодиметова Ш. С.</i> .....	62
ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Акулова О. А.</i> .....	62
ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ С ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АГ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Алексеева Т. С., Огарков М. Ю., Скрипченко А. Е.</i> .....	63
ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Аншилогова Н. В., Маль Г. С.</i> .....	63
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИПИДКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аскарлов А. Р., Нелаев В. С., Шалаев С. В.</i> .....	64
СОСУДИСТАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ <i>Бубликов Д. С., Андриенко А. В.</i> .....	64
КЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Васильев А. П., Стрельцова Н. Н., Секисова М. А., Терехова Ж. В.</i> .....	65
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВОК АЭРОБНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С “ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ” АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ <i>Венецева Ю. Л., Ляшенко Х. М., Мельников А. Х., Борисова О. Н., Егоров В. Н.</i> .....	65
СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Вольнкина А. П.<sup>1</sup>, Горшков И. П.<sup>1</sup>, Золоедов В. И.<sup>1</sup>, Великий А. В.<sup>2</sup></i> .....	66
ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Головской Б. В., Ховаева Я. Б., Тарасов В. А., Шаврин А. П.</i> .....	66
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Дергачева Ю. Е.</i> .....	66
ИЗМЕНЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Душина А. Г.</i> .....	67
ТРУДНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДАБИГАТРАНА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗВИТИИ У НИХ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА <i>Железнякова Н. А., Гафанович Е. Я., Соколов И. М., Коньшина Л. Е., Конобева Е. В.</i> .....	67
НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ МАРКЕРОВ ПЕЧЕНОЧНОГО ЦИТОЛИЗА <i>Железнякова Н. А., Гафанович Е. Я., Соколов И. М., Коньшина Л. Е., Конобева Е. В.</i> .....	68

ДИНАМИКА ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ВЛИЯНИЕ СПИРОНОЛАКТОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ <i>Иванов А. П., Ключкин Д. В., Эльгардт И. А.</i> .....	68
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКТИВАЦИИ ЦИТОКИНОВ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ АНГИОПЛАСТИКИ И ПРЕПАРАТА АЦЕТИЛЦИСТЕИНА <i>Касимова Г. М., Мирталипова Т. Д., Низамов А. А.</i> .....	69
РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЙ И АНАЛИЗ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Климкин А. А., Липченко А. А., Фокина Е. Г.</i> .....	69
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТОКИНЕЗОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АССОЦИИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ИЛИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Князева Т. А.*, Бадтиева В. А.**, Отто М. П.*, Трухачева Н. В.*, Стяжкина Е. М.*</i> .....	69
ОЦЕНКА МОТИВИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Конобеева Е. В., Шварц Ю. Г., Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Коньшина Л. Е.</i> .....	70
ТРОМБОФИЛИЯ КАК ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА <i>Ларина Ю. В., Некрутенко Л. А., Туев А. В.</i> .....	70
ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННОГО АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Леонтьев М. А., Коньшина Л. Е., Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Конобеева Е. В., Соколов И. М.</i> .....	71
СИМВАСТАТИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Малыгин А. Ю.<sup>1</sup>, Хохлов А. Л.<sup>2</sup></i> .....	71
СРАВНЕНИЕ ДВУХ ТАКТИК ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ВЛИЯНИЮ НА ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННУЮ ФОСФОЛИПАЗУ А2 <i>Миклишанская С. В., Власик Т. Н., Казначеева Е. А., Лякишев А. А., Кухарчук В. В.</i> .....	71
ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Морозова Т. Е., Андрущишина Т. Б., Латыпова Е. Р.</i> .....	72
РОЛЬ СТАТИНОВ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У МУЖЧИН ВЫСОКОГО РИСКА <i>Осипова И. В.<sup>1</sup>, Пырикова Н. В.<sup>1,2</sup>, Антропова О. Н.<sup>1</sup>, Зальцман А. Г.<sup>2</sup></i> .....	72
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Падыганова А. В.</i> .....	73
ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕОАРТРОЗА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ <i>Попова М. А., Шпилева Н. Н.</i> .....	73
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST <i>Попонина Т. М.<sup>1</sup>, Попонина Ю. С.<sup>1,2</sup>, Юнусова Е. Ю.<sup>1</sup>, Каплевич Н. А.<sup>2</sup></i> .....	73
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА <i>Сергеева В.А., Майорова С. В.</i> .....	74
ОЦЕНКА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Сергеева В. А., Яковлева Е. В., Александрова Н. Л.</i> .....	74
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Смоленская О. Г., Канюкова А. А.</i> .....	75
ОРГАНОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА И АГ <i>Смоленская О. Г., Введенская С. С.</i> .....	75
ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА “КАРДОСТИН” <i>Спицина Т. Ю.<sup>1</sup>, Темирсултанова Т. Х.<sup>1</sup>, Лопатин Ю.М.<sup>2</sup></i> .....	75
ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Трубникова О. А., Малева О. В., Тарасова И. В., Сырова И. Д., Мамонтова А. С., Коваленко А. В., Барбараш О. Л.</i> .....	76
ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМЛОДИПИНОМ, ЛОЗАРТАНОМ И ИХ КОМБИНАЦИЕЙ <i>Харченко А. В., Евсиков Е. М., Гордеев И. Г., Волов Н. А., Харченко Н. В.</i> .....	76

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ С АНГИОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ НА УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДОВ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Харченко А. В., Есиков Е. М., Гордеев И. Г., Волов Н. А., Кокорин И. А.</i> .....	77
ПРОБЛЕМЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СЛУЖБ ПРИ МОНИТОРИНГЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Черкашина А. Л., Агапитов А. Е., Фомина Н. А., Удельнова Н. В.</i> .....	77
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С “СИНДРОМОМ ЖЕСТКОГО СЕРДЦА” <i>Честнова Ю. А.</i> .....	78
ВЛИЯНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Чудинова Л. Н., Сыромятникова Т. Н., Ховаева Я. Б.</i> .....	78
АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Щипанова Е. В., Рузов В. И., Комарова Л. Г.</i> .....	78
ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Яковлева Е. В., Хондкарян Э. В., Тютина А. А., Александрова Н. Л.</i> .....	79
ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ <i>Яковлева Е. В., Кипаренко Ю. О., Чижова К. Е., Сергеева В. А.</i> .....	79
КАРДИООНКОЛОГИЯ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Баллюзек М. Ф., Ионова А. К., Буйнякова А. И.</i> .....	80
ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ ПРОТИВ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Ванюков Д. А.</i> .....	80
ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Гарганеева Н. П., Тюкалова Л. И., Рахматуллина Ю. А., Лукьянова М. А., Карташова И. Г.</i> .....	81
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЧАСТОТУ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА <i>Гиляревский С. Р., Даурбекова Л. В.</i> .....	81
АДАПТАЦИЯ К ГИПОКСИИ-ГИПЕРОКСИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Глазачев О. С., Поздняков Ю. М., Дудник Е. Н., Уринский А. М., Забашта С. П.</i> .....	82
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Глова С. Е., Шлык С. В., Бучукуру Л. В., Чернова Е. А., Мокина Л. Г., Небыкова Т. В.</i> .....	82
КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА <i>Горбунова Е. В., Сыраева Н. Г., Романова М. П., Горикова Т. В., Макаров С. А., Барбараш О. Л.</i> .....	82
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕРАПИИ И МАНУАЛЬНОГО ЛИМФОДРЕНАЖА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Князева Т. А.<sup>1</sup>, Апханова Т. В.<sup>1</sup>, Бадтиева В. А.<sup>2</sup>, Кульчицкая Д. Б.<sup>1</sup></i> .....	83
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Лебедева Н. Б., Барбараш О. Л., Ардашова Н. Ю., Васильева В. В.</i> .....	83
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РЕЗЕРВОМЕТРИЯ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА “РЕЗЕРВЫ ЗДОРОВЬЯ” <i>Лебедева О. Д., Яковлев М. Ю., Никифорова Т. И.</i> .....	84
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: АМБУЛАТОРНЫЕ И САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ <i>Мартынова В. В., Андреев Д. А., Долецкий А. А.</i> .....	84
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ЮНОШЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ <i>Масленникова О. М., Мегерян С. Д., Резниченко Т. А.</i> .....	85
ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ <i>Мельникова А. А., Колбасников С. В.</i> .....	85
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕИНВАЗИВНОГО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА <i>Можанова Е. Е.</i> .....	85
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Мухарлямов Ф. Ю.<sup>1</sup>, Иванова Е. С.<sup>2</sup></i> .....	86

БАЛЬНЕО-КЛИМАТОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО РИСКА <i>Никифорова Т. И., Князева Т. А.</i> .....	86
ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Помешкина С. А., Кондрикова Н. В., Крупянко Е. В., Барбараи О. Л.</i> .....	87
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГРАММАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Разумов А. Н.<sup>1</sup>, Мухарлямов Ф. Ю.<sup>1</sup>, Иванова Е. С.<sup>2</sup></i> .....	87
ДИНАМИЧЕСКАЯ КАПНОГРАФИЯ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ШАГОВЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Фомина К. А., Абросимов В. Н.</i> .....	87
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ СПОРТСМЕНОВ С СИНДРОМОМ “ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ” <i>Хохлова М. Н., Рубаева З. Г., Бадтиева В. А.</i> .....	88
ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ <i>Шкловский Б. Л., Ойроткинова О. Ш., Серебренников В. Н., Бакшеев В. И.</i> .....	88
ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА СКРИНИНГА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ ПЛАТФОРМЫ SMS LIME SURVEY <i>Евсевьева М. Е., Галькова И. Ю., Русиди А. В., Гасанлы О. Р., Черкасов И. А.</i> .....	89
ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕМИНАРОВ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПРОГНОЗ РИСКА ФАТАЛЬНЫХ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Каулина Е. М., Судонина М. Л.</i> .....	89
ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ. КАКИМ МЕТОДАМ И ФОРМАМ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ? <i>Лобыкина Е. Н., Терентьева Л. Н.,* Рузаев Ю. В.**</i> .....	89
ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВНАЯ СТРАТЕГИЯ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ <i>Ховаева Я. Б., Бурдина Е. Н., Головской Б. В.</i> .....	90
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Рубаненко А. О.</i> .....	90