



**1 Евразийский конгресс кардиологов  
1 Национальный конгресс кардиологов Казахстана**

***СБОРНИК ТЕЗИСОВ***

**АСТАНА, Казахстан  
20 – 21 октября 2009 г.**

# НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

## ПОЧЕТНЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ:

**Чазов Е.И. (Россия)** академик РАН и РАМН, генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса

## ПРЕДСЕДАТЕЛИ:

**Доскалиев Ж.А. (Казахстан)** министр здравоохранения Казахстана

**Мартынов А.И. (Россия)** академик РАМН, президент Евразийской ассоциации кардиологов

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

**Байгенжин А.К. (Казахстан)** директор РГП «Национальный научный медицинский центр», Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Координатор кардиологической и кардиохирургической служб РК, профессор, академик Европейской АЕН

**Бекжегитов С. Б. (Казахстан)** президент ассоциации кардиологов Казахстана, профессор.

**Коваленко В.Н. (Украина)** профессор, директор ННЦ «Институт кардиологии», президент ассоциации кардиологов Украины.

**Оганов Р.Г. (Россия)** академик РАМН, директор ГНИЦ ПМ, президент Всероссийского научного общества кардиологов.

## ОТВЕТСТВЕННЫЕ СЕКРЕТАРИ:

**Аманов Т.И. (Казахстан)** зав. научно-методическим отделом НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ Казахстана

**Наконечников С. Н. (Россия)** ученый секретарь Российского кардиологического научно-производственного комплекса

## ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Адамян К.Г. (Армения)

Азизов В.А. (Азербайджан)

Акчурин Р.С. (Россия)

Аляви А.Л. (Узбекистан)

Досаханов А.Х. (Казахстан)

Бекбосынова М.С. (Казахстан)

Бердымухамедов Г.М. (Туркменистан)

Бойцов С.А. (Россия)

Джумагулова А.С. (Киргизия)

Зелвеян П.А. (Армения)

Карпов Р.С. (Россия)

Карпов Ю.А. (Россия)

Курбанов Р.Д. (Узбекистан)

Лаусявичус А. (Литва)

Манак Н.А. (Белоруссия)

Мрочек А.Г. (Белоруссия)

Попович М.И. (Молдова)

Рахимов З.Я. (Таджикистан)

Сарыбаев А.Ш. (Киргизия)

Терещенко С.Н. (Россия)

Шек А.Б. (Узбекистан)

Цинамдзгвришвили Б.В. (Грузия)

ОРГ. КОМИТЕТ В КАЗАХСТАНЕ: Байгенжин А.К.,  
Бекбосынова М.С., Бекжигитов С.Б., Досаханов А.Х., Хамзина Н.К.,

Регистрация участников будет проходить в холле 1-го этажа  
«Дворца независимости» Республика Казахстан г.Астана, ул. Манаса 52.

**e-mail: [ncvb@of.kz](mailto:ncvb@of.kz); [korlan-57@mail.ru](mailto:korlan-57@mail.ru); [snn\\_cardio@mail.ru](mailto:snn_cardio@mail.ru)**  
**[www.cardioweb.ru](http://www.cardioweb.ru) Тел/факс: Алма-ата +7 (727) 279 70 47 ;**  
**Астана +7 (7172) 534275 Москва +7 (499) 149-08-51;**

# СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

## ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

БЕРЛИН - ХЕМИ



**БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ**

ФИЛИПС

# PHILIPS

## ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

НИКОМЕД

ГЛАКСОСМИТКЛЯЙН

## СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

АКТАВИС

АСТРА ЗЕНЕКА

АСТРОКАРД

ВЕРВАГ ФАРМА

ГЕДЕОН РИХТЕР

ГРИНДЕКС

KRKA

ЛАННАХЕР

САНОФИ-АВЕНТИС

СЕРВЬЕ

СОЛВЕЙФАРМА

ШВАРЦФАРМА

ЭГИС

MSD ВОСТОК

GE HEALTHCARE

РАТИОФАРМ

## ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

МЕДИА - МЕДИКА.

# СОДЕРЖАНИЕ

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ .....	1
СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ .....	2
1. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ АРИТМИЙ – СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ И РАЗВИТИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	5
2. РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ .....	12
3. НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ .....	25
4. ПРОГРЕСС В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС .....	30
5. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .	52
6. ДОСТИЖЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИИ .....	
И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ .....	58
7. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ .....	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХСН .....	77
8. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: НОВЫЕ ДАННЫЕ В ИЗУЧЕНИИ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ ТЕРАПИИ .....	83
9. ГЕНЕТИКА И ФАРМАКОГЕНЕТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОЛОГИИ .....	104
10. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ .....	115
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ .....	121



# 1. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ АРИТМИЙ – СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ И РАЗВИТИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

## 1.1. ПРИМЕНЕНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА И БИСПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Мухиддинов Х.К., Абдуллаев Т.А., Курбанов Н.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

### Введение(цели/задачи):

Оценка эффективности комбинированного применения ингибитора АПФ лизиноприла и бета-блокатора биспролола у больных с ревматическим митральным пороком сердца, осложненного ХСН и фибрилляцией предсердий.

### Материал и методы:

Под наблюдением находились 48 больных в возрасте от 18 до 60 (49,5±3,8) лет с приобретенным митральным пороком сердца (МПС) ревматической этиологии. С целью изучения эффективности терапии, пациенты условно были разделены на 2 группы: с фибрилляцией предсердий (ФП, I группа, n=23) и с сохраненным синусовым ритмом (II-группа, n=25). Обследование на исходном этапе помимо общеклинических методов (в т.ч. ШОКС, проведение теста с 6-минутной ходьбой) включало: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМЭКГ), эхокардиографическое обследование (ЭхоКГ). Длительность заболевания составляла в среднем 6,4±2,3 года. В стационарных условиях назначали лизиноприл (Л), в начальной дозе 2,5 мг/сут, (среднесуточная доза составила 5,8±0,2 мг), после чего комбинировали с биспрололом (Бс) (4,8±1,1 мг/сут). В исследование не включали больных с критическим митральным стенозом (площадь митрального отверстия менее 1 см<sup>2</sup>), тяжелыми поражениями аортального клапана, дегенеративными изменениями клапанов неревматической этиологии и врожденными пороками сердца.

### Результаты:

Средний ФК СН составил 3,12±0,1 и 3,01±0,1, длина пройденной дистанции (ДПД) - 201,7±17,3 и 218,9±19,3 метров соответственно для I и II групп. При сравнении показателей клинического статуса по ШОКС (9,7±0,5 и 8,3±2,6 баллов; p>0,05), а также показателей центральной гемодинамики (САД, ДАД и ЧСС) достоверных различий между группами не выявлено. По результатам наших исследований, у больных с ФП отмечены достоверно большие размеры ЛП и правого желудочка (ПЖ) - 54,2±0,1мм и 25,9±0,2мм, по сравнению с сохраненным синусовым ритмом - 38,8±1,2 и 19,3±1,2 мм, соответственно (оба p<0,05). Также отмечено и достоверное превышение КДР и КСР ЛЖ больных с ФП относительно таковых II группы (57,2±0,1 и 42,0±0,2 мм против 52,0±0,2мм и 38,1±0,1мм соответственно, оба p<0,05). Применение Л и Бс в течение 6 мес. выявила более значимую динамику именно у больных с ФП, выражавшейся статистически значимой регрессией размеров ЛП на 7,4% (с 54,2±0,1мм до 50,2±0,1 мм, p<0,05), ПЖ – на 13,9% (с 25,9±0,2мм до 22,3±1,1мм, p<0,05), при уменьшении

КДР и КСР ЛЖ до 52,1±0,1мм и 36,2±0,1мм соответственно, сопровождающихся приростом ФВ ЛЖ на 4,8% (с 56,3±2,3 до 61,06±2,3%, все p<0,05). На фоне данной положительной структурно-функциональной перестройки ЛП у 2 больных отмечено восстановление синусового ритма, который стойко сохранялся в течение 6 мес. наблюдения.

### Заключение:

Таким образом, больные МПС, осложненных ФП характеризуются относительной тяжестью состояния, сопровождающегося более выраженной дилатацией полостей сердца. Положительное влияние комбинированной терапии Л и Бс на клинико-гемодинамические показатели, в особенности при ФП, обосновывает применение этих препаратов у больных с митральными пороками сердца.

## 1.2. ДЕЙСТВИЕ АТОРВАСТАТИНА НА НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

Лопатин Ю.М., Козлова Е.С., Немчук Ф.А.

Волгоградский Медицинский Университет,  
Волгоградский Кардиоцентр

### Введение(цели/задачи):

Более половины пациентов с признаками сердечной недостаточности (СН) имеют сохранную систолическую функцию (ССФ) миокарда и страдают нарушениями ритма сердца (НРС), лечение которых остается малоэффективным.

### Материал и методы:

60 пациентов в возрасте 56,4 ± 7,3 года с частыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и СН-ССФ I-II ФК по NYHA наблюдались в течение 6 месяцев. Все пациенты принимали: амиодарон 200 мг/сутки, 5 дней в неделю после насыщения или соталол – 80-160 мг/сутки ежедневно, периндоприл – 4-8 мг/сутки и/или амлодипин – 5-10 мг/сутки, аспирин - 100 мг/сутки, допускался прием диуретиков и биспролола 2,5 - 5 мг/сутки). Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 30 человек. Первой группе дополнительно к вышеизложенной терапии был назначен аторвастатин (Липтонорм, фирмы «Фармстандарт», Россия). Вторая группа (без приема статинов) составила группу сравнения.

### Результаты:

Включение в схему лечения аторвастатина в течение 6 месяцев при сопоставлении с результатами группы сравнения характеризовалось достоверным (p<0,05) уменьшением: частоты рецидивирования пароксизмов ФП на 41%, их длительности на 20%, количества пароксизмов суправентрикулярной (СВ) тахикардии на 34%, числа СВ экстрасистол(Э)на 24% и желудочковых Э на 36%, количества ишемических депрессий сегмента ST на 45%, а также объема левого предсердия на

8,7%, конечно-систолического объема левого желудочка (ЛЖ) на 8,3%, конечно-диастолического объема ЛЖ на 9,4% и общего количества пациентов с нарушением заполнения ЛЖ. Количество госпитализаций по поводу НРС уменьшилось в группе аторвастатина на 26%.

**Заключение:**

на фоне приема аторвастатина отмечена нормализация морфо-функциональных параметров и диастолической функции миокарда, что приводит к снижению эктопической активности предсердий и желудочков и уменьшению количества госпитализаций по поводу НРС у пациентов с СН-ССФ ишемической этиологии.

---

**1.3. КУПИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НАГРУЗОЧНОЙ И СУТОЧНОЙ СХЕМЫ ПРОПАНОРМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Азизов Ш.К.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУз

**Введение(цели/задачи):**

Изучение купирующей эффективности и безопасности нагрузочной и суточной схемы назначения – пропранолла (Пропранорм «Промед. CS, Прага»), у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы:**

В исследование включены 49 больных, обоего пола, из них 33 (67,3%) мужчин, с гемодинамическими стабильными пароксизмами ФП, и продолжительностью последнего приступа не менее 6 часов. Средний возраст больных составлял 54,1±11,9 лет. Основной этиологической причиной ФП являлись ГБ у 9 (18,3%) больных, ИБС у 8 (16,4%), их сочетание у 19 (38,8%), ПМКС 8 (16,3%) и у 5 (10,2%) пациентов изолированная форма ФП. Критериями исключения являлись: нестабильная стенокардия; ОИМ или ОНМК в течение последних 3 мес.; недостаточность кровообращения III-IV ФК по NYHA; тромбы в камерах сердца, артериальная гипотония (САД ниже 90 мм.рт.ст.); СССУ, снижение фракции выброса левого желудочка менее 50%, гипертрофия стенок левого желудочка более чем 14 мм по ЭхоКГ, дисфункция щитовидной железы, хроническая почечная и печеночная недостаточность, предшествовавшая неэффективности пропранолла. Исходное обследование включало: ЭхоКГ а также ЭКГ в 12 отведениях до приема препарата и через 2,4,8,12 и 24 часа. Пропранорм назначался в стартовой дозе 300 мг внутрь, при сохранении ФП и отсутствии выраженной гипотонии и брадикардии, через 4 часа больной принимал еще 150-300 мг (в зависимости от массы тела), затем по 300 мг каждые 8 часов до достижения суточной дозы 900-1050 мг, под контролем АД и ЭКГ показателей.

**Результаты:**

В течение первых 4 часов после однократного приема 300 мг пропранолла внутрь синусовый ритм (СР) восстановился у 31 (63,2%) из 49 больных. К 8 часу наблюдения, на фоне суммарных 450-600 мг, (СР) регистрировался уже у 41 (83,6%) пациентов. Еще у 6 (12,2%) больных с пароксизмальной ФП ритм восстановился в течение первых суток на фоне дальнейшего увеличения доз Пропранорма до 900-1050 мг/сутки. Таким образом, купирующая эффективность пропранолла, назначенного по вышеописанной схеме в течение 24 часов при

пароксизмальной форме ФП составила 95,9% (у 47 из 49 пациентов). Восстановление (СР) наблюдалось в среднем через 5,38±5,3 часа после начала приема препарата. У 2 (4%) больных на фоне приема 300 мг пропранолла наблюдались кардиальные побочные эффекты, потребовавшие отмены препарата и наблюдения пациентов в блоке интенсивной терапии. В первом случае через 2 часа от начала приема на фоне ФП отмечено 4-кратное учащение желудочковой экстрасистолии; во втором случае зарегистрировано развитие узлового ритма, сопровождавшееся снижением АД до 80/60 мм.рт.ст.

**Заключение:**

1. Назначение пропранолла по нагрузочной схеме 300 + 300 мг обеспечивает восстановление СР у 63,2 и 83,6 % лиц с пароксизмальной формой ФП через 4 и 8 часов. Дробное назначение нагрузочной схемы пропранолла предусматривающее двукратное снижение стартовой дозы, обеспечивая высокую купирующую эффективность уменьшает вероятность развития кардиальных побочных эффектов до 4 %.

2. Суточная купирующая эффективность пропранолла в дозе 900-1050 мг/сут, назначенного по предложенной схеме у больных с пароксизмальной формой составила 95,9 %. 3. Дробное назначение пропранолла (300+300 мг) не исключает необходимости проведения первой попытки ФКВ, под строгим врачебным контролем показателей гемодинамики и ЭКГ.

---

**1.4. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ**

Кошумбаева К.М., Маханов Д.И.,  
Белокопит И.Н., Тлеужанова К.Б., Омарова А.К.  
НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ МЗ РК

**Введение(цели/задачи):**

Сравнительная оценка эффективности различных антиаритмических препаратов (ААП) при длительном лечении больных с пароксизмальными атриовентрикулярными тахикардиями (ПАВТ).

**Материал и методы:**

Обследовано 154 больных с частыми приступами ПАВТ. 55 пациентам назначался пропранолл (1 группа), 40 – аллапинин (2 группа), 31 – изоптин-ретард (3 группа) и 28 – этацизин (4 группа). Для провоцирования и диагностики вида ПАВТ, оценки эффективности ААП использовали метод чреспищеводной электростимуляции сердца (ЧПЭС) на всех этапах наблюдения: исходно, после короткого курсового лечения (ККЛ, 7-10 суток), в ходе длительной терапии (3 месяца). В 1 группе пароксизмальная атриовен-трикулярная узловая реципрокная тахикардия (ПАВУРТ) выявлена у 22, пароксизмальная ортодромная реципрокная тахикардия (ПОРТ) при синдроме WPW – у 33 больных; во 2-ой, 3-ей, 4-ой группах ПАВУРТ и ПОРТ установлены у 20 и 20, 21 и 10, 17 и 11 исследуемых соответственно. Суточная доза пропранолла варьировала от 450 до 900 мг, аллапинина – от 75 до 150 мг, изоптина-ретард – от 120 до 480 мг, этацизина – от 100 до 150 мг. Критерием эффективности ААП считали прекращение приступов и невозможность их провоцирования при повторной ЧПЭС.

**Результаты:**

По данным ККЛ эффективность пропранолла при ПАВТ, в целом, составила 88,2%, аллапинина – 71%, изоптина-ретард – 87% и этацизина – 84,6%. При ПАВУРТ антиаритмический эффект пропранолла (86,4%) и этацизина (88,2%) был оди-



наков, наибольший эффект наблюдался при назначении изоптина-ретард (95,2%), наименьший – на фоне приема аллапинина (68,3%). У больных с ПОРТ наиболее эффективным оказался пропанорм (89,6%), ан-тиаритмическая эффективность изоптина-ретард (70%), этацизина (77,8%), аллапинина (73,6%) практически не различалась. При длительном лечении профилактический эффект аллапинина сохранялся у 90,9%, изоптина-ретард – у 81,5%, пропанорма – у 73,9% и этацизина – у 64,7% пациентов.

#### **Заключение:**

Изученные ААП являются высокоэффективными средствами профилактики ПАВТ. При ПАВУРТ наиболее выраженным антиаритмическим эффектом обладает изоптин-ретард, при ПОРТ – пропанорм.

### **1.5. НЕКОТОРЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Кличева О.Б., Курбанов Р.Д., Закиров Н.У.

Республиканский специализированный  
центр кардиологии МЗ РУз

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить влияние структурно-геометрических показателей сердца и характера фибрилляции предсердий (ФП) на противорецидивную эффективность Амиодарона (А).

#### **Материал и методы:**

В исследование включено 80 пациентов (67,5% мужчин) в возрасте  $59,06 \pm 11,4$  лет, с симптомными, рецидивирующими формами ФП, после восстановления синусового ритма (СР) на фоне А. У 49 (61,2%) больных диагностирована пароксизмальная и у 31 (38,8%) персистирующая ФП. На фоне базисной терапии больные принимали А (200-400 мг/сут). После восстановления СР и через 1, 3, 6 месяцев от начала лечения проводились ЭхоКГ, ХМЭКГ. Конечной точкой являлся рецидив ФП.

#### **Результаты:**

По результатам анализа больные разделены на 2 группы: I группа (n=11) с рецидивами и II группа (n=69) без рецидивов ФП. Межгрупповых различий в зависимости от возраста, пола не выявлено. Больные I группы имели несколько большие исходные значения ИОЛП, ИКСО, ИКДО чем лица II группы, сопровождавшиеся снижением ФВ ( $p < 0,05$ ). Значимые различия выявлены по показателям: тМЖПд ( $12,3 \pm 0,5$  и  $11,7 \pm 0,7$  мм), тЗСЛЖд ( $12,1 \pm 0,4$  и  $11,5 \pm 0,8$  мм) и ИММЛЖ ( $156,74 \pm 19,16$  и  $132,41 \pm 15,94$  гр/м<sup>2</sup>) ( $p < 0,05$ ) соответственно. В 75% случаях срыва СР, у больных с пароксизмальной ФП частота пароксизмов до начала исследования колебалась от нескольких раз в неделю до нескольких раз в день. У 78% больных с положительным противорецидивным эффектом частота рецидивирования не превышала 3-х раз в месяц ( $\chi^2 = 0,269$ ,  $p > 0,05$ ). Для больных с персистирующей ФП I группы по сравнению с больными II группы характерны большая продолжительность последнего эпизода ФП ( $139,71 \pm 40,68$  и  $123,54 \pm 32,42$  дней соответственно,  $p > 0,05$ ).

#### **Заключение:**

1) Группа больных с неэффективной противорецидивной терапией А характеризуется достоверно большими величинами тМЖПд и/или тЗСЛЖд, ИММЛЖ. Самостоятельное значение в прогнозировании рецидивов ФП также имеют увеличения индексированных объемов ЛП и ЛЖ.

2) Вероятность развития рецидивов ФП выше у больных: а) с частотой предшествующих пароксизмов не менее 1 раза в неделю. б) с продолжительностью последнего эпизода персистирующей ФП более 5 месяцев.

### **1.6. ВОЗДЕЙСТВИЕ ОМАКОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ**

Карпова И.С., Манак Н.А.,  
Мацкевич С.А., Кароза А.Е., Соловей С.П.

Республиканский научно-практический  
центр «Кардиология»

#### **Введение(цели/задачи):**

На сегодняшний день невозможно представить патогенез ИБС без участия интрамурального вегетативного представительства в сердце. Препараты омега-3 ПНЖК являются эффективным средством лечения ИБС и особенно показаны лицам, перенесшим инфаркт миокарда. Целью исследования явилось изучение влияния Омакора на вариабельность сердечного ритма (BCP) при постинфарктном кардиосклерозе.

#### **Материал и методы:**

Обследованы 31 больной (29 мужчин и 2 женщины) в возрасте  $53,3 \pm 1,07$  лет через 6 месяцев после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда. BCP исследовалась с использованием пакета компьютерной программы «Бриз» лежа в течение 5 минут и во время активной ортостатической пробы (АОП). Оценивали также проявления ишемии миокарда и число экстрасистол за сутки. Омакор использовался в суточной дозе 1г в течение 6 недель на фоне продолжающейся основной терапии. Повторные исследования осуществлялись в конце курса лечения и через 6 месяцев.

#### **Результаты:**

Проводимая терапия с включением Омакора способствовала улучшению показателей BCP. Так, произошел прирост SDNN на 37,9%, CV на 23,8%, RMSSD на 105,1%, рNN50 на 338,9% и снижение индекса напряжения SI на 44,7%. В отличие от состояния до лечения Омакором при АОП произошло увеличение индекса напряжения SI ( $p < 0,05$ ), активация подкоркового симпатического центра (VLF) ( $p < 0,05$ ) и чувствительности барорецепторов (прирост LF/HF с  $1,20 \pm 0,095$  до  $3,66 \pm 2,43$ ). Через 6 месяцев наблюдения сохранялась нормальная реакция ВНС на АОП, наблюдалось адекватное увеличение индекса напряжения SI и активация подкоркового симпатического центра регуляции ВНС. Через 6 недель лечения на 32% уменьшилось число и на 36,4% длительность эпизодов ишемии миокарда, а через 6 месяцев они вообще не определялись ни у одного больного. На фоне лечения  $34,8 \pm 31,7$  до  $139,0 \pm$  уменьшилось число желудочковых экстрасистол с  $214,7 \pm 25,5$  через 6 месяцев 86,2.

#### **Заключение:**

Омакор способствует у больных с постинфарктным кардиосклерозом улучшению BCP, оказывает умеренное антиаритмическое действие.



**1.7. ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ УЛУЧШАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

ИБАТОВ А. Д.

ММА им. И.М.Сеченова

**Введение(цели/задачи):**

Исследовать влияние лечения тревожных нарушений анксиолитиком на вариабельность ритма сердца (BPC) больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:**

В исследование включено 28 больных ИБС (в возрасте от 40 до 66 лет, 18 мужчин, 10 женщин), страдающих стенокардией напряжения II-III ФК с клинически выраженными проявлениями тревоги, что соответствует 11 баллам и выше по шкале тревоги анкеты госпи-тальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД). Пациенты получали лоразепам (лорафен) в суточной дозе 2,5 мг в течение 4 недель.

**Результаты:**

На фоне проводимой терапии отмечалось уменьшение симптомов тревоги, беспокойства пациентов, нормализовался сон, улучшалось настроение. Все пациенты закончили прием препарата к 28 дню. По данным анкеты ГШТД, в результате лечения отмечалось снижение уровня тревоги на 39% до  $7,27 \pm 0,11$  балла ( $p < 0,001$ ), уровень депрессии по анкете ГШТД снизился на 25,0% до  $4,07 \pm 0,37$  балла ( $p < 0,05$ ). К концу курса лечения отмечено благоприятное влияние лорафена на показатели BPC: SDNN и рNN50% возросли соответственно на 18,1 ( $p < 0,05$ ) и 45,6% ( $p < 0,05$ ). Стресс индекс снизился на 28,9% ( $p < 0,05$ ). Суммарная мощность спектра возросла на 28,6% ( $p < 0,05$ ), возросла также мощность волн высокой частоты HF, отражающих вагусные влияния на ритм сердца, на 46,2% ( $p < 0,05$ ). В процентном отношении снизился вклад мощности волн очень низкой частоты VLF на 11,3% ( $p < 0,05$ ). Что может свидетельствовать, с одной стороны, о снижении напряжения механизмов, участвующих в регуляции сердечно-сосудистой системы у пролеченных больных, а с другой стороны, об улучшении прогноза этих больных, так как низкая BPC у кардиологических пациентов ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Вегетативный баланс (отношение LF/HF) существенно в ходе лечения не изменился.

**Заключение:**

Лечение тревожных нарушений улучшает эмоциональный статус и показатели вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца, что, естественно, улучшает прогноз этих пациентов.

**1.8. ВЛИЯНИЕ ПРОВОЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Жалолов Б.З., Курбанов Р.Д., Салаев О.С.

Республиканский Специализированный  
Центр Кардиологии РУз**Введение(цели/задачи):**

Изучение характера симптомов, ситуаций связанных с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) и их взаимосвязь с показателями качества жизни (КЖ).

**Материал и методы:**

В исследование было включено 76 пациентов с ФП (72% мужчин, средний возраст  $53,2 \pm 10,9$  лет, продолжительность симптомов 8,3 $\pm$ 6,5 лет). Для оценки КЖ был использован SF-36, который включал анализ различные аспекты КЖ и опросник, позволяющий оценить симптомы заболевания. Кроме этого, проводился анализ частоты желудочкового ответа во время пароксизма, фракция выброса (ФВ) при помощи ЭхоКС и наличие сопутствующих заболеваний.

**Результаты:**

В исследование было включено 76 пациентов с ФП (72% мужчин, средний возраст  $53,2 \pm 10,9$  лет, продолжительность симптомов 8,3 $\pm$ 6,5 лет). Для оценки КЖ был использован SF-36, который включал анализ различные аспекты КЖ и опросник, позволяющий оценить симптомы заболевания. Кроме этого, проводился анализ частоты желудочкового ответа во время пароксизма, фракция выброса (ФВ) при помощи ЭхоКС и наличие сопутствующих заболеваний.

**Заключение:**

Обстоятельства, способствующие развитию пароксизма ФП, являются важными определяющими факторами КЖ. Роль объективных показателей физической шкалы является второстепенной.

**1.9. ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**Соловей С.П., Атрощенко Е.С., Мацкевич С.А.,  
Карпова И.С.

РНПЦ «Кардиология»

**Введение(цели/задачи):**

Изучение показателей вариабельности ритма сердца (BPC) у больных стабильной стенокардией напряжения (СН) и инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД).

**Материал и методы:**

Обследованы 50 больных СН в сочетании с ИНСД среднего возраста  $55,4 \pm 0,68$  лет, 26 – мужчин, 24 – женщины (основная группа) и 27 сопоставимых по полу и возрасту больных СН без нарушения углеводного обмена (контрольная группа). Средняя продолжительность ИНСД составила  $5,7 \pm 0,57$  лет. BPC оценивали с помощью суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру и 5-минутных записей кардиоритмограмм в положении больного лежа. Из временных параметров определяли SDNN на протяжении суток, SDANN, SDNNi, RMSSD, из частотных – мощность спектра в диапазоне высоких (HF), низких (LF), очень низких (VLF) и ультра низких (UVLF) частот. Рассчитывали циркадный индекс (ЦИ) и стресс-индекс (SI).

**Результаты:**

Нормальный вегетативный тонус обнаружен лишь у 8,3% больных ИНСД, преобладали лица 160 в 71,2% случаев). В этой группе >с гиперсимпатикотонией (SI регистрировался более частый ритм сердца ночью (максимум -  $104,7 \pm 2,26$  ударов в минуту) с тенденцией к стабилизации – ригидные ритмограммы (RMSSD <17, ЦИ <1,2) обнаружены в 46% случаев. Полученные данные достоверно отличались от показателей в контрольной группе. Временные параметры в группе больных ИНСД по сравнению с контрольной также были достоверно ниже. Ритмограммы со значительным снижением SDNN (50-100 мс) мы чаще выявляли у лиц с ИНСД: 24% против 3,7%

( $X^2=5,15$ ,  $p<0,05$ ). Отражением низкого тонуса парасимпатической нервной системы у больных ИНСД являлось снижение RMSSD ( $31,5\pm 1,61$  против  $43,3\pm 5,43$  в контрольной группе). Более низкими значениями характеризовались и частотные параметры, при этом происходило снижение как общей мощности спектра  $11955,29$  мс), так и его  $\pm 6,521$  мс в сравнении с  $82075,4\pm(60344,6$  отдельных компонент (HF, LF, VLF, UVLF).

#### **Заключение:**

У больных СН в сочетании ИНСД выявляется дезадаптация в вегетативной регуляции ритма сердца, что требует дифференцированного подхода к лечению.

### **1.10. ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА**

РЕБЕКО Е.С.

РНПЦ «Кардиология»

#### **Введение(цели/задачи):**

Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), является значимым фактором риска не только сердечно-сосудистой смертности, но и внезапной сердечной смерти. Наиболее значимыми в плане риска возникновения внезапной сердечной смерти являются желудочковые аритмии высоких градаций. Цель исследования: изучить частоту желудочковых нарушений ритма сердца у пациентов с АГ при гипертрофии миокарда.

#### **Материал и методы:**

Обследовано 63 пациента (32 мужчины и 31 женщина) с доказанной АГ и гипертрофией миокарда левого желудочка. Средний возраст пациентов  $50,3 \pm 11,4$  года. Больным проводилась эхокардиография и Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ). Диагноз гипертрофии миокарда устанавливался при значении индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ)  $> 125$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и  $> 110$  г/м<sup>2</sup> для женщин. В зависимости от величины ИММЛЖ пациенты были распределены на 3 группы: 1-я группа ( $n=29$ ) – пациенты с ИММЛЖ  $110,1 - 139,9$  г/м<sup>2</sup>; 2-я группа ( $n=20$ ) – с ИММЛЖ  $140,0 - 179,9$  г/м<sup>2</sup>; 3-я группа ( $n=14$ ) – пациенты с ИММЛЖ  $\geq 180$  г/м<sup>2</sup>. Желудочковые нарушения ритма сердца анализировались согласно классификации В. Lown, M. Wolf.

#### **Результаты:**

По данным ХМЭКГ у 22-х (76%) пациентов 1-ой группы были зарегистрированы желудочковые аритмии 0 – 2 класса (низких градаций), желудочковые аритмии 3-5 классов (высоких градаций) – у 7 (24%) больных. Во 2-ой группе у 17 (85%) пациентов обнаружены аритмии низких градаций и у 3-х (15%) пациентов – желудочковые аритмии 3-5 классов. В 3-ей группе – у 6 (43%) аритмии 0 – 2 класса, у 8 (57%) пациентов – желудочковые аритмии высоких градаций. Частота желудочковых аритмий 0 – 2 класса в группах не различалась (Kruskal-Wallis test,  $p=0,33$ ). Получены межгрупповые различия частоты желудочковых аритмий 3-5 классов (Kruskal-Wallis test,  $p=0,02$ ). У больных с ИММЛЖ  $\geq 180$  г/м<sup>2</sup> (группа 3) желудочковые аритмии высоких градаций встречались статистически значимо чаще, чем в группе 2 (Fisher exact two tailed,  $p=0,023$ ).

#### **Заключение:**

У больных с АГ и ИММЛЖ более  $180$  г/м<sup>2</sup> чаще встречаются желудочковые аритмии высоких градаций ( $p=0,023$ ), что свидетельствует об ухудшении прогноза для данной категории пациентов.

### **1.11. ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРОМБОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ**

Персидских Ю.А., Мрочек А.Г., Корнелюк И.В., Гончарик Д.Б., Часнойт А.Р., Алексеевская И.Н., Суджаева О.А., Голенища В.Ф.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Белгородский ГУ, г. Белгород

#### **Введение(цели/задачи):**

Оценить предикторную ценность показателей чрезпищеводной (ЧПЭХОКГ) и трансторакальной эхокардиографии (ЭХОКГ) у больных с персистирующей мерцательной аритмией (ПМА) и тромбозом ушка левого предсердия (УЛП).

#### **Материал и методы:**

63 пациента ( $53,2\pm 7,9$  лет) с ПМА неревматической этиологии (средний срок персистенции МА -  $123,3\pm 12,4$  дня), из них 28 человек с тромбозом УЛП по данным ЧПЭХОКГ. Оценивались данные ЭХОКГ и ЧПЭХОКГ: размеры левого предсердия (ЛП), конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический (КСР) размеры левого желудочка, фракция выброса (ФВ), площадь ушка левого предсердия (ПУЛП), пиковая скорость кровотока (ПСК) в УЛП. Оценивались также уровни фибриногена (Ф), Д-димера (ДД). Анализ данных производился при помощи пакета Statistica 6.0. Взаимосвязь параметров с тромбозом оценивалась с использованием логистического регрессионного анализа.

#### **Результаты:**

Достоверно связаны с наличием тромба в УЛП были следующие показатели: размер ЛП - (ОШ=0,77, 95% ДИ от 42,47 до 44,73,  $p=0,006$ ); КСР - (ОШ=0,91, 95% ДИ от 38,2 до 42,2,  $p=0,06$ ); ФВ (ОШ=1,09, 95% ДИ от 52,1 до 57,2,  $p=0,017$ ); ПСК (ОШ= 258,5, 95% ДИ от 4,13 до 5,22,  $p=0,016$ ). Анализ остальных показателей достоверно значимых зависимостей не выявил: КДР - (ОШ=1,01, 95% ДИ от 56,16 до 56,61,  $p=0,76$ ); ДД - (ОШ=0,01, 95% ДИ от 0,021 до 0,099,  $p=0,65$ ); Ф - (ОШ=0,74, 95% ДИ от 3,21 до 3,72,  $p=0,5$ ); ПУЛП - (ОШ=0,68, 95% ДИ от 4,73 до 5,66,  $p=0,084$ ).

#### **Заключение:**

Показатель ПСК является сильным независимым предиктором тромбоза. При наличии показаний к восстановлению синусового ритма у данной категории пациентов (в отсутствие тромбоза УЛП) выбор должен быть сделан в пользу ускоренной антикоагулянтной подготовки с целью сокращения сроков персистенции и тем самым снижения вероятности формирования тромбов. Снижение ФВ, увеличение КСР левого желудочка и размеров ЛП, также играют роль в формировании тромбов ЛП, однако их предикторная ценность значительно слабее.

**1.12. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВТОРНЫХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТРАЛЬНОЙ И СЕГМЕНТАРНОЙ СТРАТЕГИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Баимбетов А. К., Ревитшвили А.Ш., Рзаев Ф.Г.

НЦССХ имени А.Н. БАКУЛЕВА

**Введение(цели/задачи):**

Оценка непосредственных результатов интервенционного метода лечения фибрилляции предсердий (ФП), оценка эффективности антральной и сегментарной методик радиочастотной абляции устьев легочных вен (ЛВ) при повторных процедурах радиочастотной абляции (РЧА) ФП.

**Материал и методы:**

В исследование были вовлечены 158 пациентов (121 мужчина, 37 женщин) в возрасте  $49,8 \pm 8,6$  (от 15 до 68) лет с длительностью анамнеза  $7,5 \pm 5,2$  лет (макс.22 года), с различными формами ФП. У всех больных была неэффективна антиаритмическая терапия препаратами IA, IC, III групп в 95% случаях. Всем пациентам проводилась повторная процедура абляции в течение  $23 \pm 12$  дней (мин. - 3 дня, макс. - 6 мес.) Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стратегии РЧА. В 1 группу вошли пациенты (n=92), которым проводилась антральная абляция ЛВ - что циркулярные воздействия производились в левом предсердии отступая на 1 см проксимальнее от устьев верхних и нижних ЛВ. А вторую группу составили пациенты (n=66), которым были проведены выборочная сегментарная абляция устьев ЛВ. У всех пациентов во время первичной процедуры абляции добивались полной абляции устьев ЛВ, подтвержденной отсутствием потенциалов ЛВ на картирующем электроде Lasso. Повторные процедуры выполнялись в сроки от 3 дней до 6 месяцев после первичной операции и предусматривали картирование и РЧА зон прорыва возбуждения по линии абляции устьев легочных вен, и воздействие на внелегочные фокусы, инициирующие ФП. В первой группе у 58 пациентов (63%) имело место атипичное левопредсердное трепетание, что потребовало дополнительных воздействий в антральных отделах ЛВ и на зоны медленных проводящих путей в септальном и/или латеральном истмусах левого предсердия. Во второй группе наиболее часто рецидив аритмии были обусловлены только возвратом потенциалов в устьях ЛВ.

**Результаты:**

В целом эффективность после повторных процедур было выше в группе пациентов, где проведена антральная РЧА (93%), чем в группе с сегментарной абляцией устьев ЛВ (85%). Средняя величина времени процедуры была короче в первой группе по сравнению со второй, и число РЧ-воздействий было меньше. Общее время РЧА в первой группе составило в среднем  $32,8 \pm 13,5$  мин, во время первой процедуры, при второй –  $38,6 \pm 13,5$  мин, общее время флюороскопии в среднем  $37,8 \pm 12,4$  мин, в первой, и  $39,6 \pm 17,5$  мин, во второй группе соответственно.

**Заключение:**

Антральная абляция ЛВ является предпочтительной методикой непароксизмальных форм ФП, особенно с сопутствующей левопредсердной тахикардией. Антральная методика способствует охвату и устранению триггеров вне устьев ЛВ, вероятно частично разрушает вегетативные ганглии, таким образом лучше воздействует на аритмогенные субстраты ФП. Сегментарная абляция ЛВ эффективна при фокусной ФП,

инициируемых триггерами внутри ЛВ. Выбор методик зависит от формы, продолжительности фибрилляции предсердий и рецидивов аритмии, а также наличия сопутствующей левопредсердной тахикардией.

**1.13. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ ПРОЦЕДУР РАДИОЧАСТОТНЫХ АБЛАЦИЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ**

Баимбетов А.К., Ревитшвили А.Ш., Рзаев Ф.Г.

НЦССХ имени А.Н. БАКУЛЕВА

**Введение(цели/задачи):**

Анализ ранних и поздних рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) и предсердной тахикардии (ПТ) после первичных процедур радиочастотной абляции (РЧА) ФП и влияние ранней реабилитации на отдаленные клинические результаты, определить оптимальные сроки проведения повторных процедур абляции фибрилляции предсердий.

**Материал и методы:**

Были изучены 126 пациентов (97 мужчин, 29 женщин) в возрасте  $49,8 \pm 8,6$  (от 15 до 68) лет с длительностью анамнеза  $7,5 \pm 5,2$  лет (макс.22 года), с различными формами ФП. У всех больных была неэффективна антиаритмическая терапия препаратами IA, IC, III групп в 95% случаях. Возврат аритмии был определен как зарегистрированный эпизод ФП, предсердной тахикардии, и/или частой предсердной экстрасистолии. Из 126 пациентов, у 74 пациентов была реабилитация в течение 3-7 дней после первой абляции (ранняя реабилитация). У 52 пациентов была выполнена повторная процедура позже 1 месяца, у которых рецидив аритмии зарегистрирован в более поздние сроки. Пациенты находились под клиническим наблюдением после проведения процедур РЧА и всем проводилось Холтеровское мониторирование на 3-4 сутки после операции.

**Результаты:**

Пациенты обеих групп по клиническим характеристикам, включая эхокардиографические параметры и формы ФП в группах, значимо не отличались. В первую группу вошли пациенты, которым повторная РЧА была проведена по методике двухэтапного подхода во время одной госпитализации, в сроки от 3 до 7(в среднем 5) дней после первой процедуры. В этой группе ранний рецидив (на госпитальном этапе) ФП наблюдался у 24 (32%) больных, остальным было планово проведено контрольное ЭФИ, с последующей РЧА остаточных и возвратных потенциалов легочных вен (ЛВ), и триггерных очагов аритмии. Вторую группу составили больные, имевшие рецидив ФП после выписки из стационара и госпитализированные и прооперированные повторно в сроки от 1 до 6 месяцев(в среднем 97 дней). В течение этого периода в 69,3% случаев сохранялся синусовый ритм. У всех больных во время второй процедуры проводилась ревизия изолированных ЛВ, и в 90% случаев был отмечен возврат потенциалов ЛВ, потребовавший повторных РЧ-воздействий в зоне прорыва возбуждения. Возврат потенциалов отмечен больше в верхних ЛВ ( в правой верхней ЛВ- 81%, в левой верхней ЛВ- 69%), и в коллекторе левых ЛВ 100% случаев. В нижних ЛВ возврат потенциалов зарегистрированы в меньшем количестве ( в правой нижней ЛВ- 63%, в левой нижней ЛВ- 54%). Эффективность первичных процедур составила 67%, после второй процедуры РЧА эффективность интервенционного лечения увеличилась до 92%.

**Заключение:**

У подавляющего большинства пациентов с возвратами аритмии в течение первого года после аблации отмечаются поздние рецидивы. Повторная процедура РЧА уменьшает частоту развития поздних рецидивов, и увеличивает эффективность интервенционного лечения ФП. Пациентам с персистентной и хронической формой ФП рекомендуется провести контрольное ЭФИ после аблации, с последующей РЧА остаточных триггерных очагов аритмии. Оптимальный выбор времени для второй процедуры зависит от формы, продолжительности фибрилляции предсердий и рецидивов аритмии.

### 1.14. ОЦЕНКА РИСКА ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т.Г., Комиссарова С.М.,  
Коптюх Т.М., Гуль Л.М.

РБ, г. Минск, РНПЦ «Кардиология»

**Введение(цели/задачи):**

Целью работы явился поиск прогностических предикторов жизнеугрожающих желудочковых аритмий (ЖЖА) у больных с обструктивной ГКМП при ХМ-ЭКГ.

**Материал и методы:**

Обследовано 39 больных обструктивной формой ГКМП. Наряду с общепринятыми электрокардиографическими риск-предикторами ЖЖА: сниженная вариабельность сердечного ритма (BCP), изменения сегмента ST-T, дисперсия и удлинение скорректированного интервала QTc и QTcd, нами анализировались параметры турбулентности ритма сердца (TRC) при ХМ-ЭКГ.

**Результаты:**

У 13 (33,3%) пациентов с обструктивной формой ГКМП при ХМ-ЭКГ были выявлены жизнеугрожающие желудочковые нарушения сердечного ритма: пароксизмы устойчивой и неустойчивой желудочковой тахикардии. У 26 (66,7%) больных ГКМП при ХМ-ЭКГ исследовании регистрировалась желудочковая экстрасистолия в непатологическом количестве. При анализе полученных данных нами выявлены достоверные различия показателей турбулентности ритма сердца и дисперсии скорректированного интервала QT dc в двух группах больных ГКМП. Патологические показатели турбулентности ритма: HRT0 >0% выявлены у 12 (92,3%) обследованных и HRT5 < 2,5 ms/R-R у 5 (38,5%) пациентов из 13 больных обструктивной формой ГКМП, имеющих ЖЖА, и у 4 (15,4%) больных второй группы. Дисперсия интервала QT dc в группе с ЖЖА составила 131±24,7 мс (p<0,001 по сравнению со второй группой – 36,2±7,61 мс). При анализе среднесуточных показателей BCP достоверных изменений параметров SDNN в двух группах больных выявлено не было. Но при оценке пятиминутной BCP в первой группе больных перед эпизодами желудочковой тахикардии, нами было выявлено достоверное снижение показателя SDNN перед пароксизмом в среднем на 78,5% (с 123±35,0 мс до 26,5±3,12 мс).

**Заключение:**

Полученные нами результаты оценки функции автономной системы сердца у больных с обструктивной формой ГКМП с помощью новых информативных критериев турбулентности сердечного ритма и патологической дисперсии QTcd подтвердили возможность прогноза риска ЖЖА при суточном мониторинге ЭКГ.

### 1.15. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МАГНЕ-В6 У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Курбанов А.Ч., Юлдашев О.

ЦРБ г. Турсунзаде, Таджикистан

**Введение(цели/задачи):**

Оценить клиническую и антиаритмическую эффективность (ААЭ) препарата Магне В6 (комбинация лактата магния и пиридоксина для приёма внутрь, производства компании «Санofi-Авентис» Франция) у больных нарушениями ритма сердца (НРС).

**Материал и методы:**

Обследовано 29 больных с НРС, средний возраст 27,4±0,5 года (от 20 до 41 лет, 10 мужчин и 19 женщин). Детальное изучение ААЭ Магне В6 проведено больным с частыми желудочковыми экстрасистолами (ЖЭ), из которых у 9 была установлена эндокринная кардиопатия, у 7-постмиокардитический кардиосклероз, у 13 нейроциркуляторная дистония. Всем пациентам осуществлено клиническое обследование (включая консультации эндокринолога и невропатолога), запись ЭКГ в покое, ЭКГ-мониторинг и контроль содержания электролитов плазмы крови (калий, магний).

**Результаты:**

Оценка ААЭ препарата Магне-В6 проводилась до и через 4 недели лечения на фоне приёма препарата и считали положительным при подавлении общего количества экстрасистол на 70% по сравнению с исходным состоянием, и считали полным-при 100% устранении экстрасистол. Анализ клинической эффективности проводился по принципу общей оценки состояния и наиболее ярко выраженных проявлений дефицита магния (содержание магния в крови менее 0,7 ммоль/л). В контрольном периоде наиболее частыми симптомами дефицита магния явились постоянная утомляемость (75%), учащенное сердцебиение и ощущение перебоев в работе сердца (62,5%), чувство нехватки воздуха и одышка (50%), судороги скелетных мышц 20,6%, головокружение отмечали 48,2%, парестезии 17,2%, кардиалгии 24,1%. Магне-В6 назначался внутрь после еды по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 недель. На фоне приема Магне-В6 сердцебиение и чувство перебоев перестало беспокоить 10 больных, а у 7 из этой группы значительно уменьшились. Таким образом, суммарная клинически оцененная эффективность (СЭ) составила 94,4%, одышка исчезла у 11 больных, а 2 отмечали её значительное уменьшение (СЭ-89,6%). Головокружение перестали ощущать 11 больных. Утомляемость, парестезии и судороги скелетных мышц были купированы во всех случаях. Анализ ЭКГ в контрольном периоде показал следующее: у 19 (65,5%) регистрировались желудочковые НРС, у 3 (10,3%) наджелудочковые НРС, у остальных 7 (24,1%) – синусовая тахикардия. Оценку ААЭ препарата проводили у 12 больных с частой ЖЭ. На фоне приема Магне-В6, в 6 случаях (50%) отмечен положительный ААЭ, в том числе полный у остальных. Согласно измерением АД в исходном состоянии гипертензия у обследованных больных не было выявлена. Четырехнедельное лечение Магне-В6 существенно не повлияло на эти показатели (средней уровень систолического и диастолического АД составил 102,2±2,5 и 70,4±3,3 мм рт. ст. соответственно).

**Заключение:**

Таким образом, применение препарата Магне-В6 у больных с НРС позволяет улучшить клиническую симптоматику и способствует подавлению желудочковой эктопической активности. Использованный режим дозирования препарата не оказывает существенных побочных эффектов.

# 2. РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

## 2.1. КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭЛЕКТРОЛИТНО-ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

ПЕТРОВСКАЯ М.Е.

ГУ РНПЦ «Кардиология» Республика Беларусь, г. Минск

### Введение(цели/задачи):

Определить новые подходы к лечению больных малыми аномалиями сердца (МАС) с симптомами вегетативной дисфункции (ВД) на основе изучения взаимосвязей между электролитными и вегетативными нарушениями.

### Материал и методы:

53 пациента (21 мужчин, 32 женщины) с МАС (пролапс митрального клапана, аномально расположенные хорды, аневризма межпредсердной перегородки). Средний возраст 27,3 года. Контроль - 20 здоровых мужчин и женщин, сопоставимых по возрасту. Выделяли клинически I, II, III (легкую, среднюю и тяжелую) степени ВД. Вегетативное состояние определяли по вариабельности ритма сердца (ВРС) на приборе «Каскад М» (по Р.М. Баевскому). Концентрацию натрия (Na<sup>+</sup>) и калия (K<sup>+</sup>) в плазме и эритроцитах определяли методом плазменной фотометрии, магния (Mg<sup>++</sup>) - спектрометрически по цветной реакции с магоном, используя диагностические наборы фирмы «Сормеу». ЭКГ и ЭхоКГ проводились по общепринятым методикам.

### Результаты:

Уровень Na<sup>+</sup> достоверно не отличался от здоровых. Выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь внутриклеточного калия со степенью вегетативной дисфункции ( $r=-0,54$ ,  $p<0,05$ ), с индексом вегетативного равновесия (ИВР) ( $r=-0,44$ ,  $p<0,05$ ). Установлена отрицательная корреляционная связь уровня внутриклеточного магния с индексом функционального состояния (ИФС) ( $r=-0,42$ ,  $p<0,05$ ) и с уровнем среднего давления в легочной артерии по результатам ЭхоКГ ( $r=-0,37$ ,  $p<0,05$ ).

### Заключение:

Динамика клинического, вегетативного состояния и электролитов крови в результате проведенного нами лечения позволяет рекомендовать больным сниженного уровня калия с увеличением QT по ЭКГ, гиперсимпатикотонией и преобладанием центральных влияний на ритм сердца курсовое лечение препаратами калия+магния (аспаркам, панангин) в сочетании с малыми дозами  $\beta$ -блокаторов, препаратов магния (МагнеВ6) пациентам с МАС, имеющим клинические признаки вегетативной дисфункции на фоне нормо- и ваготонии.

## 2.2. КОРРЕКЦИЯ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

МАЦКЕВИЧ С.А., МАНАК Н.А., КАРПОВА И. С.,

СОЛОВЕЙ С.П., БАРБУК О.А.

РНПЦ «Кардиология» Республика Беларусь, г. Минск

### Введение(цели/задачи):

оценка состояния вазомоторной функции эндотелия у пожилых больных стабильной стенокардией после курса гипоксических тренировок.

### Материал и методы:

Обследовано 26 больных стенокардией напряжения ФК II-III в возрасте от 65 до 71 года (средний возраст  $68,3\pm 0,54$  года). Медикаментозное лечение включало стандартную антиангинальную терапию. Все больные прошли курс нормобарической гипокситерапии с пониженным содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе (13,5%) в условиях нормального давления на установке «Био-Нова-204» в течение трех недель. Всем пациентам исходно и после курса гипокситерапии проводилось исследование вазомоторной функции эндотелия с использованием ультразвука высокого разрешения с датчиком 7,5 МГц по методу D.Celermajer (1992): определяли диаметр плечевой артерии при реактивной гиперемии и показатель чувствительности (К) к вазодилатации (Иванова О.В., 1997).

### Результаты:

Исходно у 92% больных выявлена дисфункция эндотелия. Через 3 недели лечения у 92% пациентов на фоне гипоксических тренировок отмечалось значимое улучшение вазомоторной функции эндотелия, что проявлялось приростом диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию с  $5,45\pm 1,26\%$  до  $19,4\pm 1,11\%$  ( $p<0,001$ ) и нормализацией коэффициента чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига (с  $0,27\pm 0,08$  исходно до  $0,57\pm 0,08$  ( $p<0,01$ ) в динамике), К в норме составляет  $0,56\pm 0,098$ . При исходном исследовании парадоксальная вазоконстрикция и отсутствие вазодилатации в ответ на реактивную гиперемию определялись у 27% больных, через 3 недели лечения у всех обследованных пациентов отмечено восстановление чувствительности артерий к вазодилатации. Турбулентность потока выявлена исходно у 19% больных, после курса лечения ее не наблюдалось.

### Заключение:

Применение курса нормобарической гипокситерапии у пожилых больных стабильной стенокардией приводит к улучшению вазомоторной функции эндотелия, что позволяет повысить эффективность медикаментозной терапии.

## 2.3. ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

МУЛЛАБАЕВА Г.У., КУРБАНОВ Р.Д., АККИЕВ Б.Т.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ РУЗ

### Введение(цели/задачи):

Изучение взаимосвязи вариабельности сердечного ритма (ВРС) с систолической дисфункцией в различные сроки инфаркта миокарда (ИМ).

### Материал и методы:

В исследование включено 72 больных мужского пола с Q-волновым ИМ. Пациенты по наличию признаков сердечной недостаточности (СН) и уровню фракции выброса (ФВ) были разделены на три группы. В первую (1) группу вошли пациен-

ты с ФВ < 50%, СН – II – IV ФК (n=24); во вторую (2) – с ФВ < 50%, СН 0-I ФК (латентная СН) (n=28), в третью (3) группу - с ФВ > 50% (n=20), без симптомов СН. Всем больным на 1-, 14-е сутки и 1 год от начала заболевания проводились ХМЭКГ и ЭхоКГ. Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6.0.

#### Результаты:

По результатам ХМЭКГ на 1-е сутки ОИМ у больных со сниженной ФВ отмечалось повышение активности симпатической нервной системы (СНС), что выражалось в снижении SDNN и повышении доли LF компонента в общей мощности спектра (с одновременным снижением парасимпатического компонента регуляции у больных с клиникой СН). В то же время, на 14-е сутки определяется более четкая связь низкой ВРС с клиническими признаками СН. При повторном обследовании к концу 1-го года у пациентов с симптомами СН выявлялись достоверно более низкие значения показателей, свидетельствующих о преобладании симпатических влияний на сердечный ритм. Наиболее благоприятная характеристика ВРС отмечена у пациентов без признаков СН. Несмотря на то, что в группе больных с латентной СН начиная с 14-х суток ИМ отмечена тенденция к нормализации показателей вегетативного статуса, на протяжении года наблюдения показатели ВРС у них значительно «хуже» соответствующих показателей больных без СН. Пациенты с наличием СН и низкой ФВ имели наименьшие значения SDNN, которые не превышают 90 мс на всех этапах заболевания, что свидетельствует о выраженной симпатикотонии, сохраняющейся на протяжении года наблюдения.

#### Заключение:

комплексное использование показателей ФВ и ВРС уже на 14-е сутки ОИМ позволяет более точно провести риск-стратификацию больных на отдаленные сроки.

#### 2.4. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ОТСУТСТВИИ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Курникова Е.А., Рябова Т.Н., Кучинский А.П., Ковалев Ю.Р.

ГОУ ВПО СПб ГПМА, КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ, СПб ГУЗ ГБ №46, СПб ГУЗ ГМПБ №2

#### Введение(цели/задачи):

Оценить сосудодвигательную функцию эндотелия (СФЭ) у женщин, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) при отсутствии ангиографических признаков стеноза коронарных артерий (КА)

#### Материал и методы:

Обследованы 38 женщин в возрасте от 34 до 80 лет со стабильной стенокардией напряжения I–III ф. кл. У всех пациенток инструментально подтверждена ишемия миокарда (по результатам холтеровского мониторирования ЭКГ, велоэргометрии). СФЭ оценивали при проведении пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином по методике D. S. Celermajer. Признаком эндотелиальной дисфункции (ЭД) считали расширение плечевой артерии менее 10%, либо наличие вазоконстрикции (ВР) (эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) ≤ 0). За толерантность к нитратам принимались величины эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНЗВД) менее 50%.

#### Результаты:

у 68,4% больных выявлена ЭД, при этом у 26,3% пациенток отмечалась ВР. Частота ЭД у пациенток с наличием АГ, дислипидемии (ДЛП), курения, избытка массы тела (ИЗМТ), наследственной отягощенности по ИБС (НИБС) и АГ (НАГ) составила 84%, 70,6%, 60%, 73,4%, 85,6% и 46,2% соответственно. ЭД достоверно чаще встречалась у курящих женщин – 60% (p=0,014), при наличии АГ – 84% (p=0,002) и НИБС – 85,6% (p=0,042). ЭЗВД<0% отмечалась у 32% женщин с АГ, 50% курящих, 41,2% больных с ДЛП, 6,7% с ИЗМТ, 42,8% при НИБС, 30,8% НАГ. ЭЗВД=0–10% выявлена у 52% женщин с АГ, 10% курящих, 29,4% больных с ДЛП, 66,7% с ИЗМТ, 42,8% НИБС, 15,4% с НАГ. ЭЗВД>10% встречалась у 16% женщин с АГ, 40% курящих, 29,4% больных с ДЛП, 26,6% с ИЗМТ, 14,3% при НИБС, 43,8% с НАГ. Выявлена положительная корреляция между степенью АГ (rs=0,37; p<0,05), курением (rs=0,51; p<0,05) и степенью ЭД. У пациенток, перенёсших (1 группа, n=14) и не переносивших (2 группа, n=24) ИМ, ЭД отмечалась в 100% и 50% случаев соответственно. Во 2 группе достоверно чаще выявлялась ВР (у 42,7%, p=0,036). Нарушений ЭНЗВД в изучаемой группе не выявлено.

#### Заключение:

выявлена высокая распространенность ЭД среди пациенток, страдающих ИБС при неизмененных КА. Наиболее выраженные нарушения СФЭ отмечаются при наличии курения, ДЛП и АГ, а также среди переносивших ИМ женщин. Чувствительность к нитратам у всех пациенток не нарушена.

#### 2.5. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ

Зуфаров М.М., Салахитдинов Ш.Н., Ходжибекова М.М., Саатова К.Р.

РСЦХ им. АКАД. В. Вахидова

#### Введение(цели/задачи):

Анализ результатов перфузионной сцинтиграфии миокарда (ПСМ) у больных со стенозом устья аорты (СУА) до и после транслюминальной баллонной вальвулопластики (ТЛБВП

#### Материал и методы:

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. В.Вахидова (директор, проф. Назыров Ф.Г.) ). Материал и методы: У 22 больных проведена ПСМ до и в различные сроки ТЛБВП СУА. Мужчин было 14 (63,6%), женщин – 8 (36,4%). Больные были в возрасте от 5 до 25 лет, в среднем 15,9±5,8 лет. Томограммы ПСМ разбивали на 20 сегментов. Каждый поперечный срез был разделен на 6 сегментов: передний, нижний, 2 перегородочных и 2 боковых сегмента. Также, на вертикальном срезе, на уровне средней трети левого желудочка (ЛЖ), рассматривались 2 среза: передневерхушечный и нижне - верхушечный. Степень накопления РФП для каждого из 20 сегментов была последовательно оценена, используя 4 бальную систему: 0-нормальное накопление, 1-незначительно сниженное, 2-умеренно сниженное, 3-выраженное снижение накопления РФП.

#### Результаты:

У всех больных после ТЛБВП отмечены положительные сдвиги со стороны внутрисердечной гемодинамики. При этом систолическое давление (СД) в ЛЖ снизилось в 22,2 мм рт.ст. (p±46,7 до 152,4±среднем от 229,9<0,05); ГСД на 20,32 мм рт.ст.(p±40,5 до 37,4±аортальном клапане - со 125,1<0,05). При ПСМ динамика изменения перфузии миокарда до и

после операции была отмечена у 21 (95,5%) из 22 больных; у одной больной, в возрасте 5 лет с ГСД на уровне аортального клапана 170 мм рт.ст., исходно нарушений накопления РФП в миокарде ЛЖ не выявлено. У 1 больной в возрасте 8 лет с незначительным нарушением перфузии миокарда (ПМ) (1 бал), после ТЛБВП отмечена полная нормализация ПМ. У всех 6 больных с умеренным нарушением ПМ, на первые сутки после ТЛБВП при ПСМ у всех больных отмечена положительная динамика, полное восстановление накопления РФП определялось у 4 больных (0 балл). У 2 пациентов накопление РФП было в норме по ниже-боковому сегменту средней трети и верхушки ЛЖ, а по остальным сегментам улучшилось от 2 баллов до 1 балла. У 14 больных с выраженными НП, после ТЛБВП отмечено значительное улучшение накопления РФП, у 10 из них отмечено полное восстановление, у 4 пациентов также отмечена положительная динамика накопления РФП было от 3 баллов до 1 балла.

**Заключение:**

1. ПСМ является высокоинформативный метод диагностики нарушений ПМ у больных со СУА. 2. Успешная проведенная ТЛБВП СУА, приводит к полному восстановлению ПМ.

**2.6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ТРОМБОЗОМ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ**

Персидских Ю.А., Мрочек А.Г., Корнелюк И.В., Гончарик Д.Б., Часнойт А.Р., Алексеевская И.Н., Суджаева О.А., Голенища В.Ф.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Белгородский ГУ, г. Белгород

**Введение(цели/задачи):**

Изучить эхокардиографические (ЭХОКГ) показатели пациентов с персистирующей мерцательной аритмией (ПМА) в зависимости от наличия тромба в ушке левого предсердия (УЛП).

**Материал и методы:**

63 пациента (53,2±7,9 лет) с ПМА неревматической этиологии, из них 28 с тромбом УЛП по данным чрезпищеводной ЭХОКГ и 35 пациентов без тромбоза. Оценивались показатели ЭХОКГ: размеры левого предсердия (ЛП), конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический (КСР) размеры левого желудочка, фракция выброса (ФВ). При ЧПЭХОКГ учитывалось наличие феномена спонтанного контрастирования (ФСК), площадь ушка левого предсердия (ПУЛП) и пиковая скорость кровотока (ПСК) в УЛП.

**Результаты:**

В группе с тромбом УЛП отмечен достоверно больший размер ЛП – 45,5±2,4мм в сравнении с 42,8±3,9мм (p=0,005), тенденция к увеличению КСР – 42,5±5,9мм против 39,0±6,9мм (p=0,054). По другим ЭХОКГ показателям без различий: КДР – 57,4±4,7мм против 58,0±6,6мм (p=0,7); ФВ – 56,9±8,5% против 57,4±8,6% (p=0,06). По данным ЧПЭХОКГ в группе с тромбом была выше ПУЛП – 5,9±0,97см<sup>2</sup> против 5,06±1,69 см<sup>2</sup> (p=0,039). Тромбоз УЛП значительно чаще встречался у пациентов с наличием ФСК – 81,5% против 22,8% (p=0,000008). В нашем исследовании в группе с тромбом пороговое значение ПСК составило 0,31±0,11м/с, что выше чем в исследовании SPAF, где ПСК менее 0,2м/с ассоциировалась с повышенной частотой тромбоза УЛП, и достоверно ниже, чем у пациентов

без тромбоза – 0,52±0,16м/с (p=0,000001). При корреляционном анализе выявлена положительная связь между тромбозом УЛП и размером ЛП (r=0,35, p=0,008), КСР ЛЖ (r=0,31, p=0,02), наличием ФСК (r=0,57, p=0,000003), ПУЛП (r=0,3, p=0,028). Между тромбозом и ПСК УЛП получена достоверная отрицательная корреляция (r=-0,66, p=0,028).

**Заключение:**

Наибольшая вероятность формирования тромба в УЛП существует при обнаружении ФСК и снижении ПСК в УЛП. Полученные данные могут использоваться с прогностической целью и играть важную роль в выборе антикоагулянтной подготовки к кардиоверсии у пациентов с ПМА.

**2.7. ЗНАЧЕНИЕ ГЕОМЕТРИИ ПОЛОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ПРОБЕ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

Марипов А.М., Хан Т.В., Юсупов С.А., Сарыбаев А.Ш.

Национальный центр кардиологии и терапии им. ак. Миррахимова

**Введение(цели/задачи):**

Изучить особенности реакции и изменения геометрии правого желудочка (ПЖ) сердца у лиц с гипоксической легочной гипертензией (ЛГ) в ответ на острый гипоксический тест (ГТ) – вдыхание через маску гипоксической газовой смеси (FiO<sub>2</sub>=10%) в течение 15 минут.

**Материал и методы:**

Обследованы 37 больных с ЛГ вследствие ХОБЛ в период ремиссии основного заболевания. В контрольную группу были включены 16 здоровых мужчин сопоставимых по возрасту. Легочная гемодинамика, систолическая и диастолическая функции ПЖ, изменения его геометрии оценивались с помощью доплерэхокардиографии. Фракция выброса ПЖ определялась по Gibson (1985г.).

**Результаты:**

В зависимости от реакции и визуального изменения геометрии полости правого желудочка в ответ на ГТ были выделены 2 группы пациентов: 1-я группа (n - 19) – больные ХОБЛ осложненной ЛГ, которые реагировали на ГТ полулунообразным изменением полости ПЖ; 2-я группа (n - 18) – больные ХОБЛ с ЛГ, реагировавшие на ГТ шарообразным изменением полости ПЖ. В фоновых условиях уровень среднего легочного артериального давления (ЛАД) у больных 1-й группы был существенно ниже по сравнению со 2-й группой (29,5±3,2 мм рт.ст. и 37,4±0,9 мм.рт.ст. соответственно, P<0,05). В ответ на острый гипоксический тест прирост ЛАД и снижение сатурации артериальной крови было примерно одинаковым в обеих группах (в 1-й группе уровень ЛАД повысился с 29,5±3,2 мм рт.ст. до 38,5±3,7 мм.рт.ст. (p<0,05), а во 2-й – с 37,4±0,9 мм.рт.ст. до 44,9±1,9 мм рт.ст. (p<0,05)). Однако в 1-й группе, где сохранялась полулунообразная форма полости ПЖ при проведении ГТ ФВПЖ не претерпевала существенных изменений (с 56 % до 57%), в то время как во 2-й группе с шарообразным реагированием полости ПЖ на ГТ наблюдалось ее достоверное снижение (36% против исходных 50,9%, p<0,01).

**Заключение:**

Таким образом, шарообразное изменение геометрии полости правого желудочка сердца в ответ на ГТ (в отличие от полулунообразного типа, сохраняющегося в ответ на ГТ) наблю-



дается у лиц с более выраженной легочной гипертензией в сочетании с более высокой реактивностью легочного сосудистого ложа на гипоксию. Такое изменение геометрии полости правого желудочка сердца в сочетании со снижением фракции выброса в ответ на ГТ можно рассматривать как признак скрытой правожелудочковой сердечной недостаточности.

## **2.8. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА 6-ТИ МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Шайхина М.Д., Муқанов К.Т., Смаилова Г.Т., Жусупова Г.К.

Республиканский диагностический центр,  
г. Астана, АО МУА, г. Астана

### **Введение(цели/задачи):**

Несмотря на более чем 25-ти летний опыт применения теста 6-ти минутной ходьбы в диагностике функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН), данный метод остается одним из наиболее распространенных и информативных методов.

### **Материал и методы:**

В Республиканском диагностическом центре, в коридоре отделения функциональной диагностики длиной 50 метров проведен тест 6-ти минутной ходьбы 125 больным с явными и минимальными признаками ХСН, среди них пациенты с ИБС - 41, артериальной гипертензией -54, сахарным диабетом 2 типа - 10, заболеваниями щитовидной железы - 3, хроническое легочное сердце -17. Всем больным регистрировались исходные АД, ЧСС, ЭКГ, затем в течение 6-ти минут больные ходили по коридору, после измеряли пройденную дистанцию в метрах. Расстояние, пройденное пациентом за 6 минут хорошо соответствует ФК ХСН по NYHA.

### **Результаты:**

При анализе результатов исследования, выявлены различные ФК ХСН по NYHA: 0 кл. - 1 больного, 1 кл. - 23, II кл. - 71, III кл. -28, IV кл. -2. При этом наибольшее количество случаев составили больные с клинически скрытыми или минимальными симптомами ХСН (I-II ФК), что еще раз доказывает актуальность применения этого исследования всем больным с сердечно-сосудистой патологией уже на ранних этапах болезни.

### **Заключение:**

Для определения ФК ХСН у больных с клинически скрытыми или минимальными симптомами ХСН применение теста 6-ти минутной ходьбы в условиях поликлиники любого города или района реально, в силу своей «малозатратности» и хорошей информативности.

## **2.9. ФЕНОМЕН «РАЗМИНКИ» И ДИНАМИКА МИКРОВОЛЬТОВОГО АЛЬТЕРНАНСА ЗУБЦА Т У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ**

Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А., Нохрина О.Ю., Лыкасова Е.А., Пак Ю.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН  
«Тюменский кардиологический центр»

### **Введение(цели/задачи):**

Оценить влияние феномена «разминки» (ФР) на величину микровольтового альтернанса зубца Т электрокардиограммы (МАЗТ), как одного из неинвазивных маркеров повышенного риска опасных для жизни желудочковых аритмий, при проведении парных нагрузочных проб у больных со стабильной стенокардией напряжения (СН).

### **Материал и методы:**

В исследование было включено 11 мужчин (средний возраст 52,6±6,2 года) со СН II-III функционального класса. Парные велоэргометрические пробы (ВЭМП) проводились по методике непрерывной, ступенеобразно возрастающей нагрузки (25Вт/3мин). Интервал времени между первой и второй ВЭМП составлял 20 мин. Критерием прекращения пробы являлось достижение частоты сердечных сокращений 120 уд/мин. МАЗТ определяли как изменение морфологии зубца Т от одного сердечного цикла к другому. Значения МАЗТ выражались в микровольтах (мкВ) и рассчитывались автоматически по максимальной разнице амплитуды зубцов Т четных и нечетных сердечных сокращений, по алгоритму временного метода с фильтрацией высокочастотных шумов и колебаний изолинии (программа «GE Healthcare»).

### **Результаты:**

На высоте второй ВЭМП максимальный уровень депрессии сегмента ST был меньшим, по сравнению с таковым при первой пробе (995,5±599,3 и 768,2±755,7 мкВ, p=0,037), что характерно для проявления ФР у больных со СН. Отмечено значимое увеличение показателя МАЗТ на высоте нагрузки, по сравнению с исходным (в состоянии покоя), как при первой (с 1,9±2,0 мкВ до 11,1±6,7 мкВ, p=0,003), так и при второй (с 0,9±0,9 до 5,1±2,6 мкВ, p<0,001) ВЭМП. В то же время, на высоте второй ВЭМП показатель МАЗТ был значимо меньшим (на 54,1%, p=0,018). Исходный показатель МАЗТ имел тенденцию к уменьшению (на 52,7%, p=0,06) а величина его прироста была статистически значимо меньшей (9,2±5,6 против 4,2±2,2 мкВ, p=0,011) при второй ВЭМП.

### **Заключение:**

Таким образом, нами выявлено положительное влияние ФР на динамику величины МАЗТ при проведении парных ВЭМП. Это может косвенно подтверждать защитный антиаритмический эффект ФР у больных со СН.

## **2.10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА ПРИ ДЕФЕКТАХ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БЕРЕМЕННЫХ**

СЕРМАНИЗОВА Г.К.

АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

### **Введение(цели/задачи):**

Определить частоту микроаномалий сердца (МАС) при дефектах межпредсердной перегородки (ДМПП) и провести анализ вклада данных факторов в клиническую картину порока, характер его течения и наличие осложнений.

### **Материал и методы:**

У 61 беременных с ДМПП вторичного типа в возрасте от 17 до 42 лет при тщательном эхокардиодоплерографическом (ЭхоКГ) исследовании были выявлены малые аномалии развития сердца. Беременные были распределены на 2 группы. В 1-ю - отнесены 42 (68,3%) беременные после хирургической коррекции порока, во 2-ю - 19 беременных (31,7%) с некоррегированным пороком, у которых обнаруживались клинико-гемодинамические признаки лёгочной гипертензии (ЛГ).

**Результаты:**

Диагностика МАС в обеих группах косвенно указывало на общность их происхождения - мультифакториальный генез. При этом выявление пролапса митрального клапана (ПМК) у всех обследованных расценивалось как основное проявление соединительнотканной дисплазии клапанных структур сердца. В основе пролабирования створок лежала преимущественно аномалия клапанного аппарата и подклапанного пространства: диспропорция МК и размера левого желудочка, расширение кольца, увеличение площади створок, удлинение хордальных нитей, отклонение в структуре папиллярных мышц. Диагностированная у 38 (62,3%) беременных дисплазия створок трикуспидального клапана при ДМПП являлась составным компонентом нарушенного эмбриогенеза перегородки и АВ клапанов. У 2-группы беременных выявленные МАС также сопровождалась следующими клинико-гемодинамическими изменениями. Например, у 14 (73,6%) пациентов с вторичным ДМПП 1,5 см и больше в сочетании с пролапсом митрального клапана выявлено более высокое давление в легочной артерии (ЛА), даже при наличии легкой митральной регургитации. У 16 (52,6%) беременных выявленная дилатация ствола ЛА свидетельствовала о неполноценности соединительнотканых элементов в стенке сосуда. Умеренная легочная регургитация не коррелировала тяжесть течения порока и не влияла на исход заболевания. У 10 % беременных выявлен функциональный стеноз устья ЛА. Значимыми МАС, предрасполагающими к возникновению ЛГ, нарушениям ритма при ДМПП, являлись микроаномалии правого предсердия, ПМК, минорные аномалии подклапанного аппарата, дилатация ствола ЛА. У всех беременных с некоррегированным пороком присутствовала одышка при физической нагрузке. А при аускультации выслушивался систолический шум средней интенсивности во II межреберье слева, систолический щелчок на верхушке и в V точке. Из всех обследованных жалобы на боли в области сердца предъявляли 32,5%, на сердцебиение – 49,5%. У 68,3% обеих групп аускультативно дополнительно выслушивался «хордальный писк», обусловленной вибрацией хорд. На ЭКГ выявлены неполные блокады правой ножки пучка Гиса, нарушение процессов реполяризации на фоне синусовой тахикардии, экстрасистолии, а у беременных 2-й группы дополнительно – отклонение электрической оси вправо, перегрузка правых отделов сердца. Следует отметить, 78% беременных с неоткоррегированным пороком были подвержены риску преждевременных родов, а также к возникновению потенциально неблагоприятных осложнений.

**Заключение:**

МАС при ДМПП оказывают существенное влияние в клинический полиморфизм. При тщательном ЭхоКГ исследовании выявленные МАС при вторичном ДМПП у беременных свидетельствует о дизэмбриогенезе уже образовавшихся отдельных элементов сердечной трубки. Не диагностированные МАС при скрининговом ультразвуковом исследовании беременных с ДМПП вторичного типа, а также почти одинаковая частота их выявляемости позволяет говорить о необходимости широкого проведения в скрининговом режиме эхокардиографического исследования у беременных.

**2.11. ИМПЕДАНСМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ И НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА**

Полонецкий О.Л., Шанцило Э.Ч.,  
Полонецкий Л.З., Терехов В.И.

Республиканский научно – практический  
центр «Кардиология», 4 ГKB, г. Минск

**Введение(цели/задачи):**

Разработка и верификация способа оценки вазомоторной функции эндотелия плечевой артерии и неинвазивной диагностики коронарного атеросклероза по данным компьютерной реовазографии.

**Материал и методы:**

Под наблюдением находилось 177 больных ИБС, в том числе 53 пациента с субклиническим коронарным атеросклерозом, 124 больных стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и 55 практически здоровых добровольцев. Предметом исследования были результаты реовазографии плеча с реактивной гиперемией (РГ), оценки вазомоторной функции (ВФ) эндотелия плечевой артерии (ПА) ультразвуком (УЗ) высокого разрешения, коронарографии с ацетилхолиновой пробой и сцинтиграфии миокарда с Tc – 99m.

**Результаты:**

Импедансметрия плеча во всех случаях сопровождалась оценкой ВФ эндотелия с использованием УЗ, при этом показатели ВФ эндотелия при импедансметрии формировались в значительно большем диапазоне величин, в том числе отрицательных. В качестве основного информативного параметра при импедансметрии было выбрано относительное изменение максимальной скорости кровотока  $\Delta (dz/dt)_{max}$ . Рассчитанные значения чувствительности 0,79 для импедансметрии, 0,72 для УЗ и специфичности (83% и 74% соответственно) указывают на сопоставимость методов и высокий процент выявления начальных стадий атеросклероза. «Парадоксальные» реакции эндотелия ПА регистрировались при импедансметрии у 78% больных со стенозирующим коронарным атеросклерозом против 7,6% при использовании УЗ. При внутрикоронарном введении ацетилхолина выявлена высокодостоверная корреляция ( $r = 0,84$  при  $p < 0,05$ ) реакции эндотелия коронарных артерий с оценкой ВФ эндотелия ПА методом импедансметрии. Результаты импедансного исследования ВФ эндотелия ПА и сцинтиграфии с Tc 99-m также выявили высокий ( $r = 0,79$ ) и достоверный ( $p < 0,02$ ) уровень корреляции между показателем дисфункции эндотелия ПА и площадью дефекта перфузии миокарда.

**Заключение:**

Разработана и верифицирована неинвазивная импедансная технология оценки ВФ эндотелия ПА. Использование высокоинформативной и доступной импедансной технологии оценки ВФ эндотелия ПА для диагностики начальных стадий атеросклероза открывает возможность проведения ранней профилактики и своевременной адекватной терапии. Значительная частота выявления «парадоксальных» реакций эндотелия у больных стенозирующим атеросклерозом может служить неинвазивным импедансным маркером стенозирования и одним из критериев отбора больных для коронарографии.

## 2.12. СЕГМЕНТАРНАЯ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С БЛОКАДАМИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС-ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Плюснин А.В., Кривочкин Д.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН  
«ТЮМЕНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

### Введение(цели/задачи):

Целью настоящей работы было оценить с помощью импульсно-волновой тканевой доплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ) показатели, характеризующие региональную систолическую и диастолическую функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС и без ИБС в сочетании с блокадами левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) при проведении стресс-доплер-эхокардиографии (стресс-ДЭхоКГ) с добутином.

### Материал и методы:

Всего был обследован 51 пациент с полной и неполной БЛНПГ (33 мужчины и 18 женщин, средний возраст  $53 \pm 1,04$  года), из них - 21 больной с ИБС и 30 пациентов без ИБС. С помощью ТДЭхоКГ в базальных сегментах миокарда ЛЖ (используя 16 сегментарную схему деления миокарда ЛЖ) оценивали - пиковую систолическую скорость движения миокарда ЛЖ - s, раннюю диастолическую скорость движения миокарда ЛЖ - e, позднюю диастолическую скорость - а, пик диастолической скорости при монофазном движении миокарда ЛЖ (М) на высоких частотах (120 и 140 уд.мин) и показатель, характеризующий региональную функцию расслабления миокарда ЛЖ, - отношение пиков e/a. Оценку показателей проводили в покое и во время добутиновой стресс-ДЭхоКГ при частоте 80, 100, 120 и 140 ударов в минуту. Всего было 306 сегментов, из них оцененных - 260; в группе с ИБС количество сегментов составило 106, а в группе без ИБС - 154 сегмента.

### Результаты:

Исходно, в группе пациентов без ИБС в сочетании с БЛНПГ были выявлены достоверно более высокие показатели s, e и e/a, в отличие от пациентов с ИБС на фоне БЛНПГ (s  $-7,01 \pm 0,13$  см/сек и  $6,52 \pm 0,10$  см/сек,  $p < 0,01$ ; e -  $7,82 \pm 0,16$  см/сек и  $6,75 \pm 0,18$  см/сек,  $p < 0,001$ ; e/a  $0,97 \pm 0,03$  и  $0,87 \pm 0,03$ ,  $p < 0,01$ , соответственно). При частоте 80 и 100 ударов в минуту (малые дозы добутимина) выявлены также более высокие скорости пиков s и e, показатель e/a у пациентов без ИБС в сочетании с БЛНПГ (на 80 уд/мин: s -  $9,34 \pm 0,24$  см/сек и  $8,57 \pm 0,20$  см/сек,  $p < 0,01$ ; e -  $9,09 \pm 0,22$  см/сек и  $7,91 \pm 0,22$  см/сек,  $p < 0,001$ ; e/a  $0,97 \pm 0,03$  и  $0,86 \pm 0,03$ ,  $p < 0,05$ ; на ЧСС 100 уд/мин: s -  $11,07 \pm 0,21$  см/сек и  $10,00 \pm 0,27$  см/сек,  $p = 0,002$ ; e -  $9,39 \pm 0,21$  см/сек и  $8,02 \pm 0,23$  см/сек,  $p < 0,001$ ; e/a  $0,88 \pm 0,03$  и  $0,81 \pm 0,03$ ,  $p = 0,06$ , соответственно). На частоте 120 уд/мин. (большие дозы добутимина) у пациентов первой группы отмечалось достоверно более высокие скорости пика s и пика М в сравнении с группой пациентов с ИБС (s -  $12,75 \pm 0,27$  см/сек и  $11,70 \pm 0,29$  см/сек,  $p = 0,01$ ; М -  $13,90 \pm 0,24$  см/сек и  $13,09 \pm 0,25$  см/сек,  $p = 0,02$ , соответственно). На частоте 140 ударов в мин. у пациентов как первой, так и второй группы достоверных различий выявлено не было.

### Заключение:

Таким образом, при проведении добутиновой стресс-ДЭхоКГ реакция сегментарной систолической и диастолической функции ЛЖ у больных с ИБС и без ИБС в сочетании с БЛНПГ была различной, причем достоверные изменения выявлены преимущественно на малых дозах добутимина. Пола-

гаем, что проведение добутиновой стресс-ДЭхоКГ с оценкой доплеровского анализа миокардиальных скоростей ЛЖ с помощью ТДЭхоКГ может быть полезным для диагностики ИБС у больных с БЛНПГ.

## 2.13. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Гусейнова Н.И.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. БАКУ

### Введение(цели/задачи):

Проанализировать частоту выявления сердечной недостаточности среди лиц женского пола трудоспособного возраста.

### Материал и методы:

Для обследования было отобрано 2000 человек женского пола трудоспособного возраста от 20-59 лет по 500 в каждой из возрастных групп. В начальной стадии исследования заполнялся опросник, рекомендованный Государственным Научно-исследовательским Центром профилактической медицины РФ. Один из разделов был посвящен выявлению симптома одышки. Степень одышки определялось условиями в которых оно возникло.

Далее с целью верификации дисфункции на 25%-ой репрезентативной выборки было проведено эхокардиографическое исследование. На аппарате «AVICUS» в двухмерном режиме у тех лиц, кто положительно ответил на все четыре вопроса анкеты; то есть тех, у кого симптом одышки и общая слабость регистрировались при обычной процедуре одевания или умывания.

### Результаты:

Регистрируемая в соответствии с Нью-Йоркской классификации хроническая сердечная недостаточность в целом по группе демонстрировала значительное преобладание III функционального класса (ФК) (18,45%). Частота регистрации II ФК была в 1,5 раза меньше (10,35%), почти в три раза меньше I ФК (6,25%), а IV ФК регистрировался иной у минимального количества обследованных и его распространенность составила всего 1,3%.

Структурный анализ, проведенный по отдельным возрастным группам, свидетельствовал о том, что в группе лиц 20-29 лет регистрировался исключительно I ФК. Среди лиц 30-39 лет I ФК (10,8%); II ФК (6,1%); III ФК (1,7 %). IV ФК не регистрировался.

В возрастном диапазоне 40-49 лет преобладала III ФК (26,6%) и почти в 1,5 раза реже II ФК (15,4%), минимальный показатель: I ФК (3,2%) и полная отсутствию признака наличия IV ФК.

Среди обследованных преобладала частота регистрации III ФК (45,6%), II ФК (5,5%) и IV ФК (4,2%).

### Заключение:

Результаты свидетельствуют о том, что хроническую сердечную недостаточность имели 36,35% лиц с симптомом одышки. С увеличением возраста отмечался рост функционального класса сердечной недостаточности.

**2.14. ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ**

АБИКЕЕВА Л.С., ПЯ Ю.В., АЛИМБАЕВ С.А.,  
МЕНДЫКУЛОВ С.Е., АЧКАСОВ В.Б.

РГП «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ЦЕНТР» МЗ РК, г. АСТАНА

**Введение(цели/задачи):**

Оценить возможности чреспищеводной эхокардиографии на формирование окончательного диагноза, уточнения плана операции и оценки её результатов при реконструктивных операциях на митральном клапане у больных инфекционным эндокардитом.

**Материал и методы:**

Проведено 22 исследования у 22 больных на аппаратах «GE Vivid 7 Pro» и «Philips En Visor C» за период с 2004-2009. Чреспищеводная эхокардиография выполнялась до подключения аппарата искусственного кровообращения, в условиях искусственного кровообращения и после окончания последнего. Оценивались: степень поражения фиброзного кольца и окружающих тканей, наличие вегетаций, абсцессов, степень регургитации, градиент давления левый желудочек/левое предсердие, скорость кровотока (пики E и A), размеры и объёмы левых камер сердца.

**Результаты:**

До начала искусственного кровообращения по данным чреспищеводной эхокардиографии оценивалась причина дисфункции митрального клапана, выраженность морфологических изменений с указанием сегментов створок клапана, возможность выполнения клапаносохраняющей коррекции порока, а так же разрабатывался хирургический план. У 6 больных выявлен отрыв хорд передней створки митрального клапана в различных сегментах; в 4 случаях - отрыв хорд задней створки; в 3 случаях - отрыв хорд передней створки с вегетациями; в 5 случаях - вегетации; в 1 - перфорация передней створки; перфорация задней створки с разрывом передней створки в сегменте A2 - 1; отрыв хорд обоих створок - 1; отрыв хорд задней створки с перфорацией - 1. Все данные эхокардиографии нашли подтверждение во время операции, что позволило разработать хирургический план. Интраоперационная чреспищеводная эхокардиография позволила проанализировать изменения в клапанном аппарате сразу после проведенной оперативной коррекции, оценить замыкательную функцию митрального клапана, оценить эффективность всех компонентов выполненной пластики, исследовать гемодинамическую эффективность до отключения аппарата искусственного кровообращения и сделать вывод об адекватности выполненной операции. В среднем градиент давления на митральном клапане до отключения искусственного кровообращения составил 5-6 мм.рт.ст., митральная регургитация минимальная.

**Заключение:**

Интраоперационная чреспищеводная эхокардиография позволяет уточнить причину дисфункции митрального клапана, выраженность поражения клапана, возможность выполнения реконструктивной операции, оценить адекватность пластической коррекции недостаточности митрального клапана у больных инфекционным эндокардитом.

**2.15. ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА С МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

АБДУЛЛАЕВ Т.А., МАРДАНОВ Б.У., МИРЗАРАХИМОВА С.Т.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

**Введение(цели/задачи):**

Изучение взаимосвязи между характером желудочковых аритмий и клинико-функциональными изменениями у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

**Материал и методы:**

В исследование включено 103 больных ДКМП (85 мужчин и 18 женщин) средним возрастом 43,5±15,4 года. Помимо общеклинического обследования, проводились: 6-минутный прогулочный тест, оценка состояния по ШОКС, стандартная ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭхоКГ, ренгенкардиометрия с определением кардиоторакального индекса, III степень увеличения которого выявлена у 63 (61,1%) больного. Длительность болезни составила 12,4±1,5 года к моменту первичного осмотра.

**Результаты:**

Анализ характера нарушений ритма сердца выявил у 32 (31,4%) больных суправентрикулярную аритмию, при этом в 18% случаев регистрировалась фибрилляция предсердий постоянной формы, и у 3 больных – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Желудочковая экстрасистолия зарегистрирована у 71 (68,6%) больного, при этом в 5 случаях выявлена политопная, в 19 – парная и в 22 – групповая ЖЭ. С целью оценки частоты и сложности ЖЭ больные были разделены на: I (с ЖЭ I-II градаций по Lawn-Wolf, n=30) и II (с ЖЭ III, IV градаций, n=41) группы. Анализ клинического статуса показал, что во II группе количество больных с тяжелой СН (III-IVФК) в 2,6 раз превышало таковое сравниваемой группы ( $\chi^2=6,84$ ,  $p=0,009$ ), сопровождаясь более высокой средней суммой баллов по ШОКС (9,36±3,4 и 11,2±2,7 баллов соответственно у больных I и II групп,  $p<0,05$ ). Наличие ЖЭ высоких градаций также сопровождалась более частой встречаемостью синдрома сердечной кахексии (у 21 больного против 6,  $\chi^2=5,91$ ,  $p=0,015$ ). Сравнительный анализ структурно-гемодинамических показателей миокарда выявил, что среднегрупповые значения ЛП и ПП у больных II группы превышали аналогичные размеры сравниваемой группы на 14,4% и 20,9% соответственно ( $p<0,05$ ). Аналогичные изменения претерпели КДО и КСО ЛЖ, на 17,3% и 25% превышая соответствующие значения I группы (оба  $p<0,05$ ). Различия приведенных параметров сопровождалась сравнительно (на 5,7%,  $p<0,05$ ) низкими значениями ФВ ЛЖ у больных с ЖЭ высоких градаций.

**Заключение:**

Желудочковая экстрасистолия высоких градаций у больных ДКМП ассоциируется с повышением ФК СН, синдромом сердечной кахексии, а также значимым увеличением объемных показателей ЛЖ и низкой сократительной способностью миокарда, свидетельствующих о выраженности патологического ремоделирования.

## 2.16. ВЛИЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Аллаберганов О.Х., Марданов Б.У.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

### Введение(цели/задачи):

Изучение толерантности к физической нагрузке (ТФН) в зависимости состояния показателей диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

### Материал и методы:

В исследование включено 22 больных с ГКМП, из них 18 мужчин (81,8%) и 4 (18,9%) женщин в возрасте от 21 до 52 лет (34,5±5,2 лет). Комплекс обследований включал в себя проведение ЭКГ, ЭхоКС (Sonoline Versa Pro, США) с доплерографией в импульсно-волновом и постоянном волновом режимах, с определением показателей E (м/с) – скорость раннего диастолического наполнения, A (м/с) – скорость позднего диастолического наполнения и Dt-время замедления пика раннего диастолического наполнения, и тест с дозированной ФН на велоэргометре (ВЭМ, «Kettler»). Применялась ступенчатая, непрерывно возрастающая нагрузка с начальной мощностью 25Вт и увеличением на 25Вт каждые 3 минуты при частоте педалирования 60 оборотов в минуту.

### Результаты:

По результатам ВЭМ все больные были разделены на 2 группы. В I группу (n=10, 33,4±4,1года) вошли больные с низкой (пороговая мощность 25-50Вт), и во вторую (n=12, 34,7±3,9 лет) – со средней ТФН (мощность 75-100Вт). При сравнении этих групп достоверных различий по возрасту, длительности заболевания и значениям АД не выявлено. Однако, выявлено превалирование исходной ЧСС у больных I группы на 9,8% (p<0,05). Анализ критериев прекращения пробы выявил, что у больных I группы чаще регистрировались ангинозные боли (в 4 и 2 случаях соответственно у больных I и II групп,  $\chi^2=0,5$ , p=0,45), сопровождающиеся реверсией негативных зубцов Т, одышка (в 3 случаях против 1,  $\chi^2=0,57$ , p=0,45) и головокружение (у 2 больных I группы,  $\chi^2=0,7$ , p=0,37). По результатам ЭхоКС, достоверных различий в степени гипертрофии миокарда не выявлено: толщина МЖП соответственно составила 19,4±0,31 и 20,6±0,24мм (p>0,05). Однако, статистически значимого характера различия выявлены при оценке диастолической функции ЛЖ. Так, ЭхоКС-признаки нарушения ДФ ЛЖ выявлены у 80% и 50% обследованных больных I и II групп (  $\chi^2=1,02$ , p=0,3). При этом, значения E и A у больных обеих групп составили соответственно 1,15±0,04 и 0,85±0,04 м/сек, против 0,68±0,05 и 0,78±0,03 м/сек (оба p<0,05). Согласно этому, значения отношения E/A у больных II группы составили 0,89±0,06, что говорит о сохранной диастолической функции ЛЖ. У больных I группы данный показатель составил 1,4±0,07, характеризую наличие гипертрофического типа диастолической дисфункции ЛЖ (p<0,05). Параметры Dt, также отражающие состояние ДФ составили 322,5±7,8 и 266,6±11,4мсек соответственно (p<0,05).

### Заключение:

Таким образом, снижение ТФН у больных ГКМП ассоциируется ухудшением показателей диастолической функции левого желудочка.

## 2.17. ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Альмухамбетова Э.Ф.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

### Введение(цели/задачи):

В последние годы отмечается увеличение распространенности хронических бронхо-легочных заболеваний среди взрослого населения, истоки формирования которых находятся в детском возрасте. Загрязнение окружающей среды не может не сказаться на состоянии бронхолегочной системы детей, так как дыхательная система наиболее тесно связана с внешней средой, без всякого отбора поглощает любые вещества, находящиеся в воздухе. Учитывая, что бронхопульмональная система непосредственно контактирует с загрязненной атмосферой, особо остро эта проблема стоит в экологически неблагоприятных регионах Казахстана. Дыхательная и сердечно-сосудистая системы, в связи с их анатомическим и функциональным единством, первыми реагируют на изменение факторов окружающей среды, и изменение функций этих систем приводит к нарушению кислородного обеспечения всего организма в целом. Целью исследования явилось изучение нарушений функции внешнего дыхания и электрокардиографических показателей у детей мегаполиса.

### Материал и методы:

Для выполнения работы применен комплекс общеклинических и специальных методов исследования у 60 детей в возрасте от 7 до 14 лет, с рождения проживающих в городе Алматы, из них в возрасте от 7 до 11 лет – 24,4%, 12-14 лет – 75,6%, девочек 46,7%, мальчиков 53,3%. Исследование функции внешнего дыхания проводилось с помощью автоматического компьютерного спирометра «Spirosift SP- 5000» (Япония). Всем детям проводили регистрацию электрокардиограммы одноканальным электрокардиографом ЭКТ1-03 М2 в 12 стандартных отведениях.

### Результаты:

В группе обследуемых детей нарушения функции внешнего дыхания выявлены у большинства детей (86,7%), из них в виде рестриктивных проявлений – 74,4% и смешанных – 25,6% (таблица 1). На электрокардиограммах обследованных дыхательная аритмия отмечалась в 56,4% наблюдений. Частота сердечных сокращений в 2,5; в возрастной группе 12-±возрастной группе 7-11 лет составила 89,3 9,4 в 1 мин (крайние значения этого показателя 55 –110 в 1±14 лет 72,4 минуту). Величина систолического показателя у обследуемых детей 4,06%. В группе обследованных детей при рестриктивном и±составила 44,69 смешанном типах нарушения функции внешнего дыхания отмечается преимущественное преобладание вертикального положения электрической оси сердца у 43,6% детей, нарушения внутрижелудочковой проводимости у 12,8%, признаки миокардиодистрофии у 10,3%.

### Заключение:

Как показало электрокардиографическое исследование, у обследованных детей, постоянно проживающих в мегаполисе при рестриктивном и смешанном типах нарушения функции внешнего дыхания отмечается преобладание вертикальной электрической оси сердца, нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка, признаки миокардиодистрофии, что свидетельствует о наличии обменных нарушений в миокарде.

### 2.18. СОВОКУПНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Байгошкарлова Р.У.

МЦ УПДП РК, г. Астана

#### Введение(цели/задачи):

Определить частоту факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (холестерин, триглицериды, глюкоза) среди госслужащих и членов их семей.

#### Материал и методы:

Обследовано 6369 государственных служащих, из которых имеют один и более ФР ССЗ 3456 человек -54,3%. Частота ФР была существенно выше у государственных служащих (54,3 на 100 человек) по сравнению с членами их семей (43,7) ( $P<0,05$ ).

#### Результаты:

Наиболее часто наблюдалось сочетание повышенного уровня холестерина и триглицеридов (сочетание 2) - (2,8 на 100 человек), всех трех ФР - холестерина, триглицеридов, глюкозы (сочетание 1)- (2,5). Реже отмечалось сочетание повышенного уровня холестерина и глюкозы (сочетание 4) - (1,6), а также триглицеридов и глюкозы (сочетание 3) -(1,4). При этом выявлена статистическая значимость частоты сочетаний 1-3 у госслужащих над соответствующей частотой у членов их семей ( $P<0,05$ ) и, напротив, существенное преобладание сочетания 4 (повышенного уровня холестерина и глюкозы) у членов семей в сравнении с госслужащими. Сравнение параметров по полу показало статистическую значимость их различий в виде преобладания частоты ФР ССЗ среди мужчин ( $P<0,05$ ). Общее число совокупных ФР у мужчин оказалось в 2,6 раза больше, чем у женщин.

#### Заключение:

В процессе исследования выявлено значительное преобладание частоты ФР ССЗ у государственных служащих по сравнению с членами их семей. Также отмечено существенное превышение общего количества совокупных ФР у мужчин.

### 2.19. ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Байгошкарлова Р. У.

МЦ УПДП РК, г. Астана

#### Введение(цели/задачи):

В литературе имеются многочисленные сведения о факторах риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди населения. Однако, информация о роли основных медико-социальных факторов развития у лиц, занятых управленческой деятельностью, в частности государственных служащих, ограничена. Цель работы: определить роль лабораторных маркеров факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у государственных служащих.

#### Материал и методы:

Обследовано 6369 человек, в том числе государственных служащих - 4572 (71,8%) и членов их семей - 1797 (28,2%). Женщин в общей совокупности было 3184, что составило 50,0%. Представлена информация по данным лабораторных исследований (общий холестерин, триглицериды, глюкоза), компьютерной и статистической выборке в разрезе глав и членов

семей государственных служащих, по полу; определено процентное соотношение лиц с повышенным уровнем указанных лабораторных параметров. Целевой уровень лабораторных показателей определен в соответствии с установленными ВОЗ данными

#### Результаты:

Из общего числа обследованных государственные служащие составляют 77,7%, более половины которых - мужчины (60,5%). Отмечено преобладание повышенного уровня холестерина и триглицеридов у госслужащих по сравнению с членами их семей, однако разница статистически незначима ( $P>0,05$ ). В то же время выявлена более высокая частота повышенного уровня глюкозы у членов семей в сравнении с госслужащими ( $P<0,05$ ).

#### Заключение:

При сравнении показателей по полу выявлено, что повышенный уровень всех трех ФР выше у мужчин, чем у женщин, однако статистически значимые различия обнаружены только в отношении триглицеридов и глюкозы ( $P<0,01$ ). Преобладание повышенного уровня глюкозы наблюдается у членов семей, как мужчин, так и женщин.

### 2.20. ГИПОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Байда А.В., Пристром М.С., Семенов И.И.,  
Воробьева Е.П., Семенова А.Н., Лаппо О.Г.

БелМАПО, КАФЕДРА ТЕРАПИИ, г. Минск,  
клинич. больница № 5

#### Введение(цели/задачи):

В комплексе мер по лечению и реабилитации больных ишемической болезнью сердца [ИБС] и артериальной гипертонией [АГ] значительное место отводится применению немедикаментозных методов, основанных на повышении способности систем организма приспосабливаться к условиям патологического процесса. Одним из воздействий, значительно повышающих устойчивость организма к ишемии, является адаптация к высокогорной гипоксии. Терапевтический и профилактический эффект такой адаптации, состоит в том, что при этом закономерно возникает активация биосинтеза белков и нуклеиновых кислот, которая приводит к формированию в органах и системах комплекса структурных изменений, так называемого "структурного системного следа" [Меерсон Ф.З., 1990]. Оптимальным способом моделирования высокогорной гипоксии является использование барокамеры. В барокамере организм адаптируется не только к самой гипоксии, но и к умеренной реоксигенации, которая возникает при каждом "спуске с высоты", что предупреждает развитие синдрома деадаптации. В связи с этим целью нашей работы явилась разработка комплексного метода лечения и реабилитации больных ИБС и АГ с использованием адаптации к периодической гипобарической гипоксии, позволяющего сократить объем медикаментозной терапии.

#### Материал и методы:

Всего обследовано 64 больных АГ в сочетании с атеросклеротическим кардиосклерозом без клинических признаков стенокардии в возрасте 50 – 70 лет (средний 4,5 года). 19 из них получали обычное медикаментозное±возраст 59 лечение и 45 – комплексную терапию, включающую курс адаптации

к периодической барокамерной гипоксии. Баротерапия осуществлялась в следующем режиме: высота подъема – 3000 метров, длительность – 1 час, после 3-х сеансов щадящего режима адаптации к данным условиям (постепенный “подъем” на данную высоту), продолжительность курса – 12 сеансов. В целях объективного контроля за состоянием сердечно-сосудистой системы у обследуемых пациентов проводили определение вариабельности ритма сердца (BPC) и состояния микроциркуляции. Для исследования BPC осуществляли регистрацию коротких (5 мин) фрагментов ЭКГ с последующим их анализом до и после курса баротерапии. Рассчитывались следующие показатели временных и спектральных характеристик BPC: стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых интервалов R-R (SDNN), среднюю разность между очередными интервалами R-R (r-MSSD), мощность (In  $\text{m}^2$ ) спектра дисперсии ритма сердца в основных частотных диапазонах (VLF – 0,003-0,04 Гц; LF – 0,04-0,15 Гц; HF – 0,15-0,4 Гц). Исследование микроциркуляции проводили методом конъюнктивальной биомикроскопии с использованием соответствующей системы баллов для расчета парциальных (сосудистого и внутрисосудистого) и общего конъюнктивального индексов.

#### Результаты:

Полученные данные свидетельствуют, что адаптация к гипоксии сопровождается более выраженной нормализацией регуляции ритма сердца, увеличением BPC, на что указывает изменение отношений мощностей LF/HF и мощности в диапазоне LF. Отмечаемое также при этом улучшение микроциркуляции после курса баротерапии подтверждается изменениями соответствующих конъюнктивальных индексов.

#### Заключение:

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности использования гипобарической гипоксии в комплексном лечении и реабилитации больных АГ и ИБС.

### 2.21. ГИПЕРТРОФИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Байкелова М.Р., Абдиев Б.А., Будайчиева А.Б., Рахматуллаева Н.Т.

НЦКиТ им. акад. М.М. Миррахимова, ОТДЕЛЕНИЕ НЕФРОЛОГИИ «ИСКУССТВЕННАЯ ПОЧКА»

#### Введение(цели/задачи):

Сердечно-сосудистые осложнения являются основными причинами смерти у больных, находящихся на программном гемодиализе (ГД). Цель исследования – изучение частоты гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и изменений геометрии сердца в зависимости от уровня артериального давления (АД) у диализных больных.

#### Материал и методы:

40 диализных больных были разделены на 3 группы в зависимости от уровня АД: гипотоники (АД=100/60мм.рт.ст. и ниже), нормотоники (АД = до 139/89мм.рт.ст.) и гипертоники (АД=140/90мм.рт.ст. и выше). Перебором жидкости в междуализный период считали рост на 1 кг/сутки и более или 3 % от «сухой» массы тела. Критериями анемии тяжелой степени принимали уровень гемоглобина (Hb) до 80 г/л и ниже, эритроцитов (Эр) –  $2,6 \times 10^{12}/л$ , а гематокрита (Ht) – 25%. Всем больным выполнялось ультразвуковое исследование сердца аппаратом («Accusson» США) по стандартной методике. Тип

ремоделирования ЛЖ оценивали с помощью «кубической» регрессионной формулы B.R. Devereux. Массу миокарда ЛЖ рассчитывали по формуле:  $\text{ММЛЖ} = 1,04 \times [(\text{конечно диастолический размер ЛЖ (КДРЛЖ)} + \text{межжелудочковая перегородка} + \text{задняя стенка ЛЖ}) \times 3 - \text{КДРЛЖ} \times 3] - 13,6$ . Определяли индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ 134 г/м<sup>2</sup> и более у мужчин и 110 г/м<sup>2</sup> и более у женщин. Относительную толщину стенки рассчитывали по формуле:  $\text{ОТС} = (2 \times \text{ЗСЛЖ} / \text{КДР}) \times 100$ . Нормальной геометрией ЛЖ считали  $\text{ОТС} < 0,45$  при нормальном ИММЛЖ; концентрическое ремоделирование при  $\text{ОТС} > 0,45$  и нормальном ИММЛЖ; за концентрическую ГЛЖ принимали  $\text{ОТС} > 0,45$  и увеличенный ИММЛЖ; а эксцентрическую ГЛЖ – при  $\text{ОТС} < 0,45$  и увеличенный ИММЛЖ [8]. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали в режиме импульсной доплерографии по величине пиковых скоростей диастолического наполнения ЛЖ – быстрое и медленное (Е и А)– и их соотношения.

#### Результаты:

По данным ЭхоКГ ГЛЖ диагностирована у 55 % больных. Наблюдалось преобладание эксцентрического типа ГЛЖ – 50%. Концентрический тип ГЛЖ выявлен у 5%, у остальных 45% больных – нормальная геометрия ЛЖ. У гипертоников и нормотоников в основном наблюдалась эксцентрическая ГЛЖ. У гипотоников оба типа ГЛЖ определялись с одинаковой частотой. Выявлена положительная корреляционная связь между наличием анемии тяжелой степени, увеличением ИММЛЖ ( $R=0,68$ ) и объемом жидкости в междуализный период ( $R=0,56$ ), а также отрицательная зависимость между анемией, систолическим и диастолическим АД ( $R=-0,53$ ) и ОТС ЛЖ ( $R=-0,63$ ) ( $p < 0,05$ ). Показатель диастолической дисфункции ЛЖ (Е/А) находился в обратной связи от объема жидкости в междуализный период ( $R=-0,55$ ) и ИММЛЖ ( $R=-0,56$ ) ( $p < 0,05$ )

#### Заключение:

Таким образом, среди диализных больных чаще наблюдается эксцентрический тип ГЛЖ. Анемия тяжелой степени преимущественно у гипертоников достоверно увеличивает ИММЛЖ. Набор большого объема жидкости в междуализный период, особенно у гипотоников, приводит к объемной перегрузке левого желудочка.

### 2.22. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Барбук О.А., Манак Н.А., Карпова И.С., Мацкевич С.А., Соловей С.П.

РНПЦ «Кардиология», Республика Беларусь, г. Минск

#### Введение(цели/задачи):

Изучить особенности нарушения эндотелиальной функции у женщин со стабильной стенокардией в разные фазы климакса.

#### Материал и методы:

Обследовано 99 женщин (средний возраст  $53,7 \pm 2,73$  года) со стенокардией напряжения II функционального класса в период менопаузы. В зависимости от фаз климакса сформированы 3 группы: 39 женщин в перименопаузе – I группа, 30 - в ранней постменопаузе – II группа и 30 - в поздней постменопаузе – III группа. Наступление менопаузы верифицировалось уровнем женских половых гормонов в сыворотке крови (эстрадиол, фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны) иммуноферментным методом. В качестве контроля



обследованы 23 женщины с сохраненной функцией яичников (средний возраст  $47,9 \pm 1,24$  года). Всем пациенткам проводилось исследование эндотелиальной функции с использованием ультразвука высокого разрешения 7,5 МГц. Оценивали диаметр плечевой артерии при реактивной гиперемии (РГ) по D. Celermaier (1992г.) и рассчитывали коэффициент чувствительности плечевой артерии к вазодилатации.

**Результаты:**

Вазомоторная дисфункция наблюдалась у 90% женщин со стабильной стенокардией в период менопаузы, а снижение чувствительности к вазодилатации отмечалось в 65% случаев. Причём, вазодилатация плечевой артерии в ответ на РГ была снижена чаще у женщин в перименопаузе (58,9% по сравнению с 36,6% во II группе и 46,6% в III группе), полное отсутствие ответа на РГ в большинстве случаев наблюдалось в ранней постменопаузе (30% случаев), а патологическая вазоконстрикция - в поздней (10% по сравнению с 5,1% - I группа и 6,6% - II группа,  $p < 0,05$ ). Во всех исследуемых группах был снижен коэффициент чувствительности артерий к напряжению сдвига, но более значимо у пациенток в I и III группах ( $0,33 \pm 0,077$  и  $0,31 \pm 0,071$ ,  $p < 0,05$  соответственно), по сравнению с нормой ( $0,56 \pm 0,098$ ).

**Заключение:**

Выявленные нарушения эндотелиальной функции у данной категории больных свидетельствуют о тесной взаимосвязи изменений гормонального статуса в организме женщин и вазомоторной функции эндотелия, что требует дальнейшего изучения и дифференцированного подхода к лечению.

---

**2.23. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

БЕКМЕТОВА Ф.М.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

**Введение(цели/задачи):**

Изучить зависимость уровня клинико-биохимических факторов и структурных изменений сонных артерий у больных с нестабильной стенокардией (НС).

**Материал и методы:**

В исследование включены 220 больных с нестабильной (прогрессирующей) стенокардией, в том числе мужчин - 184 (84%) и женщин - 36 (16%). Средний возраст больных - 57,2 лет. Больные рандомизированы по следующим клиническим признакам: по возрасту на 3 группы: I группа- 40-49 лет ( $n=43$ ), II группа- 50-59 лет ( $n=108$ ), III группа- 60-69 лет ( $n=61$ ) (не включены лица моложе 40 и старше 69 лет); по наличию в анамнезе перенесённого инфаркта на 2 группы (постинфарктный кардиосклероз - ПИКС): 1 группа - с ПИКС ( $n=152$ ); 2 группа- без ПИКС ( $n=68$ ); по величине СРБ на 3 группы: 1 группа- СРБ  $< 2$  мг/л ( $n=50$ ), 2 группа - СРБ от 2 до 10 мг/л ( $n=122$ ), 3 группа СРБ  $> 10$  мг/л ( $n=42$ ) (здесь и далее не включены больные, у которых данный показатель не определялся); по соотношению апо-В/апо-А на 3 группы: 1 группа-апо-В/апо-А не больше 1,1 ( $n=178$ ); 2 группа - от 1,2-1,6 ( $n=33$ ); 3 группа - 1,7 и выше ( $n=8$ ); а также по величине липопротеидов высокой и низкой плотности, соответственно, на группы: 1 группа - ЛПВП  $< 40$  мг/дл и 2 группа - ЛПВП  $> 40$  мг/дл; 1 группа - ЛПНП меньше 100 мг/дл; 2 группа - 100-129 мг/дл; 3 группа - 130-159 мг/дл; 4 группа - 160-189 мг/дл; 5 группа - 190 мг/дл и выше.

**Результаты:**

При анализе показателей в изучаемых группах выявлены факторы, достоверно влияющие на толщину КИМ: наличие ОИМ в анамнезе; уровень СРБ  $> 10$  мг/л, по сравнению с СРБ  $< 2$  мг/л; величина коэффициента апо-В/апо-А  $> 1,7$ , относительно группы, где апо-В/апо-А  $< 1,1$ ; уровень ХС ЛПНП  $> 190$  мг/дл, относительно ХС ЛПНП  $< 100$  мг/дл и уровень ХС ЛПВП  $< 40$  мг/дл, относительно группы с нормальным содержанием.

**Заключение:**

Влияние множественных факторов на прогрессирование атеросклероза сонных артерий необходимо учитывать в комплексной вторичной профилактике дестабилизации стенокардии у больных ИБС.

---

**2.24. ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ЭЛЕМЕНТОВ ЭКГ ПРИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Сейткулиева Г.А.

ГОРОДСКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ТУРКМЕНИСТАН

Метод ЭКГ - имеет важное значение в диагностике гепатобилиарной патологии. ЭКГ-характеристики помогающие диагностировать хронические холециститы и болезни печени, по данным литературы, постоянно дополняются и обновляются. Несмотря на наличие определенных классических ЭКГ-изменений при указанных состояниях четкие, общепринятые ЭКГ- критерии при этих заболеваниях еще не выработаны.

**Введение(цели/задачи):**

Изучение и оценка информативности элементов ЭКГ - кривой при хронической гепатобилиарной патологии.

**Материал и методы:**

ЭКГ регистрировалась у данной группы больных в 12 общепринятых отведениях одноканальным электрокардиографом ЭК1Т «Аксион». Изучались продолжительность интервалов R-R, P-Q, Q-T, зубца R, комплекса QRS, амплитуды зубцов, оценивалась конечная часть желудочного комплекса, нарушение ритма и проводимости. Скорость записи - 50 мм/с. Кривые оценивали согласно критериям Миннесотского кода, математическая обработка полученных результатов состояла в оценке различия средних по критерию Стьюдента и проведения корреляционного анализа. В основу работы положены результаты обследования 452 больных хроническими холециститами в период обострения. Из них 388 женщин, 64 мужчин в возрасте от 18 до 85 лет.

**Результаты:**

Наряду с характерными клинико - инструментальными данными у 55% больных имели на ЭКГ разнообразные изменения зубца Т. У 50% отмечалась сглаженность зубца по боковой стенке левого желудочка V5 - 6, у 10% - сглаженность по передне-перегородочной стенке левого желудочка V1 - 4, у 17,2% - по задней стенке левого желудочка в II, III стандартных и AVF - усиленном отведениях, а у 23% больных сглаженность зубца Т отмечалась во всех отведениях. Сравнительное изучение ЭКГ показателей в период ремиссии болезни у данных больных показало, что нарушение процессов реполяризации менее выражены. Кроме того установлено, что у 87% больных имело место изменение атриовентрикулярной проводимости в виде его замедления. Среди них у 25% больных при ЧСС 95-100 ударов в минуту интервал P-Q равнялся 0,16-0,17 сек; у 30% при ЧСС - 80-89 ударов в минуту P-Q был равен 0,17-0,18 сек. Также выявлено снижение вольтажа комплекса QRS 19%; слабо (-) Т ( $< 1$  мм) и снижение

зубца Т в V1 - 6 - 5% человек, депрессию сегмента ST - 3,4%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса 15%, Синусовая тахикардия-15%, синусовая брадикардия 8,3%, дистрофические изменения 28% и т.д. У 13,2% больных при ЧСС менее 70 ударов в минуту наблюдались удлинение интервала P-Q до 0,19 - 0,20 сек.

#### **Заключение:**

Таким образом, проведенные исследования по оценке информативности элементов ЭКГ показали, что они могут быть ценной диагностической информацией при обследовании больных с гепатобилиарной патологией.

### **2.25. РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА ЭКГ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ**

Шоджонов М.М., Урунбаева Д.С., Гаибова З.В.

Республиканский клинический центр кардиологии, Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе, Таджикистан

#### **Введение(цели/задачи):**

Оценить роль суточного мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) при подборе рациональной фармакотерапии мерцательной аритмии (МА).

#### **Материал и методы:**

Нами было обследовано 69 больных, из них 38 мужчин (55,1%) и 31 женщина (44,9%) с постоянной формой мерцательной аритмии на фоне ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, ревматического поражения клапанного аппарата сердца. Суточное мониторирование ЭКГ осуществлялось аппаратом комплекс Холтер-монитор ЭКГ ЗАО «МЕДИТЕК АСТРОКАРД». Все пациенты на момент мониторирования, кроме патогенетической терапии, получали лечение дигоксином, верапамилем или  $\beta$ -адреноблокаторами. Нормосистолическая форма мерцательной аритмии наблюдалась у 28 (40,6%) обследованных, тахи- и брадисистолическая форма у 34 (49,3%) и 7 (10,1%) больных соответственно. Оценивали динамику частоты сердечных сокращений (ЧСС) днем, а также и в ночное время, оценивалось присутствие и характер желудочковой эктопии, наличие медленных замещающих ритмов и их продолжительность.

#### **Результаты:**

у 67 больных (97,1%) были обнаружены значительные качественные и количественные колебания ритма в течение суток, а различия между ЧСС в дневное и ночное время составляли более 15 уд/мин. У 64 больных (92,8%) с нормосистолической и у всех больных с тахисистолической формой МА был обнаружен значительный прирост темпа сердечных сокращений при физической нагрузке, в среднем до уровня 200 ударов в минуту. Это явление служило основанием для назначения дополнительной фармакотерапии, причем в 18 случаях (26,1%) исходно больные получали дигоксин, к которому после суточного мониторирования ЭКГ добавлялись антагонисты кальция группы верапамила или  $\beta$ -адреноблокаторы. При первом суточном мониторировании ЭКГ, на фоне дигоксина, ЧСС колебалась днем от 67 до 117 в минуту, ночью от 55 до 95 желудочковых сокращений в мин., а также была зарегистрирована желудочковая экстрасистолия в 9 случаях (13,0%). Максимальный интервал R-R днем и ночью составлял 2 сек. При повторном мониторировании, на фоне пересмотренной

фармакотерапии с применением комбинации атолола и дигоксина, днем ЧСС варьировала от 37 до 70 ударов в минуту, ночью - от 32 до 69 ударов в минуту, максимальный интервал R-R днем - 2,1 сек., ночью - 2,26 сек.

#### **Заключение:**

представленные данные позволяют заключить, что для своевременного выявления проаритмогенного эффекта назначенных препаратов и оценки эффективности лечения сочетанных нарушений ритма сердца на фоне имеющейся мерцательной аритмии целесообразным является также применение суточного холтеровского мониторирования ЭКГ, что позволяет своевременно подобрать эффективную и безопасную фармакотерапию.

### **2.26. ТЕСТЫ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕПАРИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ**

Морозов Ю.А., Дементьева И.И., Чарная М.А., Гладышева В.Г.

Российский Научный Центр Хирургии Имени Академика Б.В. Петровского, РАМН

ГИТ - потенциально опасный для жизни эффект лечения гепарином. ГИТ встречается у 4-7% пациентов, получающих нефракционированный гепарин (НФГ) и реже при применении низкомолекулярных гепаринов и гепариноидов.

#### **Введение(цели/задачи):**

Оценить возможность использования тестов агрегации тромбоцитов для выявления больных группы риска развития гепарининдуцированной тромбоцитопении

#### **Материал и методы:**

До проведения хирургического вмешательства обследовано 158 пациентов с различной патологией сердца и аорты. Ранее не получали гепаринотерапию 57 (группа 1), лечились НФГ - 101 (группа 2) человек. На агрегометре «Solar-2110» изучали количество (тыс/мкл) и степень агрегации (%) тромбоцитов. Исследовали АДФ-индуцированную (аАДФ, %), гепарининдуцированную (аГ, %), плазма-гепарин-индуцированную (аПГ, %) и спонтанную (аС, %) агрегацию тромбоцитов. В качестве контроля использовали лиофилизированные, фиксированные формальдегидом тромбоциты человека. В качестве индуктора аглютинации к донорским тромбоцитам добавляли гепаринизированную плазму пациента. Определение активности тромбоцитарных факторов 3 и 4 проводили на коагулометре «Coachrome IV» общепринятыми методами.

#### **Результаты:**

У пациентов группы 2 отмечалось значительно меньшее количество тромбоцитов. На этом фоне выявлено усиление аС ( $p < 0,05$ ) и аПГ ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой 1. Обращала на себя внимание достоверно большая активность ТФ4 в группе 2 ( $97,4 \pm 6,0$  и  $103,0 \pm 5,7\%$  соответственно для групп 1 и 2;  $p < 0,05$ ). Для изучения возможности выделения пациентов группы риска развития ГИТ группы 1 и 2 были дополнительно разделены на подгруппы: А - с аГ более 10% и аПГ менее 10%, Б - аГ менее 10%, аПГ более 10%, В - аГ и аПГ более 10%, Г - аГ и аПГ менее 10%. В подгруппах Б и Г количество тромбоцитов было максимальным. В подгруппах А и В отмечалась наибольшая аАДФ. аС увеличивалась с увеличением показателя аПГ, а в случае сочетания аГ и аПГ свыше 10% (подгруппа В) регистрировались пиковые значения аС. Отме-

чена тенденция нарастания активности ТФ4 в зависимости от величин аГ и аПГ (подгруппа А < подгруппа Б < подгруппа В < подгруппа Г). У больных группы 2 количество тромбоцитов также зависело от аГ, и эта зависимость была аналогичной группе 1. Однако аАДФ была значимо выше при аГ больше 10% и/или аПГ более 10% (подгруппы А-В) по сравнению с подгруппой Г. аС нарастала в зависимости от аГ и аПГ и была максимальной при их значениях свыше 10% (подгруппа В). Следует обратить внимание, что при аГ свыше 10% аС в подгруппах 1А и 2А была примерно одинаковой, тогда как при аПГ более 10% и особенно при сочетании повышенных значений аГ и аПГ (подгруппы В) регистрировались достоверно более высокие значения аС в группе 2. Активность ТФ4 в группе 2 была противоположной таковой в группе 1 (подгруппа Г < подгруппа А < подгруппа Б < подгруппа В). Больные дополнительно разделены на группу 3 – аС менее 5% (среднее значение  $2,8 \pm 0,1\%$ ) и группу 4 – аС свыше 5% (среднее значение  $8,6 \pm 0,7\%$ ). При аС свыше 5% (группа 4) отмечались достоверные снижение количества тромбоцитов, нарастание аАДФ, аГ и аПГ. В группе 3 ранее лечилось НФГ 54,4% больных, тогда как в группе 4 – 71,2% ( $p < 0,05$ ). При этом в группе 3 отмечалась повышенная аГ и/или аПГ у 33,3% пациентов, 63% из которых ранее получали гепарин. В группе 4 число больных с увеличенной аГ и/или аПГ составило 71,2%, причем у 100% этих больных в прошлом проводилась гепаринотерапия. В группе 3 количество пациентов с высоким риском развития ГИТ II (аПГ свыше 10%) было 47,4%, а в группе 4 таких больных было 87,0% ( $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа выявлены умеренные достоверные прямые взаимосвязи аС с аАДФ ( $r=0,37$ ), аГ ( $r=0,49$ ), аПГ ( $r=0,39$ ) и обратная – количеством тромбоцитов ( $r= -0,32$ ). У тех больных (9,5%), гепаринизированная плазма которых вызывала гиперагглютинацию ( $13,2 \pm 1,3\%$ ) лиофилизированных, отмытых, донорских тромбоцитов, наряду с гиперагрегацией на гепарин ( $18,4 \pm 6,5\%$ ) и плазму с гепарином ( $36,9 \pm 7,5\%$ ), отмечались наибольшие значения аС ( $21,8 \pm 9,5\%$ ) и аАДФ ( $76,7 \pm 10,8\%$ ). Этих пациентов можно выделить в группу наиболее высокого риска развития ГИТ.

**Заключение:**

аГ свыше 10% может служить предиктором развития ГИТ I, а аПГ более 10% – ГИТ II, сочетание этих двух показателей еще более повышает риск развития этого осложнения. Косвенным подтверждением этого является увеличение аС. При аС более 5% отчается достоверные снижение количества тромбоцитов, нарастание аАДФ, аГ и аПГ. аС можно использовать в качестве простого теста скрининга для первичного отбора пациентов группы высокого риска развития ГИТ, особенно ГИТ II.

**2.27. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС**

Абсеитова С.Р., Байдаuletova З.С.,  
Тойева Г.Е., Дусебекова Л.А.,  
Ахметова Г.А., Ормаханова З.И., Гаврикова Е.В.  
РК, ЮКО, г. Шымкент, Областной кардиоцентр

**Введение(цели/задачи):**

Оценка эффективности экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭКУВТ) в лечении пациентов с различными форма-

ми ИБС, позволяющей неинвазивно воздействовать на ангиогенез в зоне ишемии.

**Материал и методы:**

Нами пролечено 84 пациента с различными формами ИБС. Из них мужчин 74 (88,0%), женщин — 10 (12,0%). Средний возраст пациентов составил 55,3 года. Критериями включения являлись: стабильная стенокардия III ФК, рефрактерная к медикаментозной терапии; очевидность обратимых ишемических миокардиальных сегментов в передней или септальной стенке; распространенное поражение дистальных ветвей коронарных артерий; возвратная стенокардия после эндоваскулярных вмешательств и коронарного шунтирования; отказ пациента от коронарного шунтирования. С возвратной стенокардией после АКШ – 17 пациентов, возвратная стенокардия после стентирования – 13 пациентов, стабильная стенокардия III ФК — 41 пациент, множественные дистальные поражения коронарных артерий у 5, отказ от АКШ – 8 пациентов. Лечение проводилось на аппарате Modulith SLC “Storz Medical”, (Швейцария), по следующей методике (200 ударов/место при  $0,09 \text{ мДж/мм}^2$  на 3 зоны в течении 1 процедуры, 3 раза в неделю/серия, всего 9 процедур: по 3 в неделю терапии с однодневным перерывом и трехнедельным перерывом между неделями лечения). Импульсная волна наводилась на зону гипокинезии под контролем эхокардиографии и синхронизировалась с R-зубцом ЭКГ. В данное время 26 пациентов продолжают получать лечение. У 1 пациентки в связи появлением постоянной формы фибрилляции предсердий лечение прекращено. ЭКУВТ проводилось на фоне антиишемической, антитромбоцитарной, гиполипидемической терапии. Наблюдение за пациентами согласно протоколу через 1, 3, 6 и 12 месяцев после завершения курса терапии для оценки его эффективности.

**Результаты:**

Отмечено, что у пациентов в результате проведенной экстракорпоральной кардиологической ударно-волновой терапии улучшились следующие показатели: при оценке дневника самонаблюдения отмечалось снижение количества приступов стенокардии, уменьшение количества принимаемых в неделю нитратов, через 1 год после окончания лечения отмечалось снижение среднего ФК стенокардии с III ФК СС (ССС) до I-II и рост толерантности к физическим нагрузкам. По результатам ЭхоКГ отмечалось повышение ФВ ЛЖ, уменьшение количества ишемизированных сегментов. В процессе лечения основные витальные параметры (ЧДД, ЧСС, АД) и ЭКГ не менялись. Не повышались тропонин Т, мозговой натрийуретический пептид NT-pro BNP.

**Заключение:**

Наши клинические наблюдения показывают что ЭКУВТ является эффективно применимой в медицинских целях и безопасной неинвазивной методикой у пациентов с различными формами ИБС.

# 3. НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

## 3.1. АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ БЛЯШКА – БОГАТЫЙ ИСТОЧНИК ЭНЕРГИИ

ОШАКБАЕВ К.П.

НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

### Введение(цели/задачи):

Энергетическая способность жиров более чем в два раза превышает таковую углеводов и белков. Но есть ли различие в теплотворной способности самих липидов? Цель. Изучить теплотворную способность разных липидов организма.

### Материал и методы:

В качестве материала исследования взят 36 аутопсинный материал – 19 мужского пола и 17 женского пола, умерших от травм в возрасте 36–60 лет. Объект исследования: висцеральный жир (ВЖ) – жир из сальника и околопочечный жир; подкожный жир (ПЖ) из области ягодиц, из области живота (пупочная область) и из области плеча; атеросклеротические бляшки (АБ) из нисходящей аорты – гомогенная (гладкая, плотная) и гетерогенная (рыхлая). Метод исследования: дифференциальная сканирующая калориметрия («Mettler Toledo», USA) (приращение температуры 10,37оС в минуту). Теплотворная способность липидов определялась по данным теплоёмкости липидов. Чем больше разница температуры между образцом (sample) и эталоном (reference), тем больше выделяет тепла то или иное вещество, т.е. тем больше теплотворная способность.

### Результаты:

Проведенное исследование показало, что теплотворная способность изучаемых липидов 0,16°С), АБ (рыхлая)±снижается в ряду: АБ (плотная) (-3,97 0,44оС),±0,23°С), ПЖ (живот) (-2,87±0,15°С), ВЖ (сальник) (-3,35±(-3,44 0,19°С) и ВЖ±0,23°С), ПЖ (ягодицы) (-1,81±ПЖ (плечо) (-1,97 0,21°С). Наибольшей теплотворностью обладают АБ,±(околопочечный) (-1,25 причем, среди них АБ (плотная) достоверно больше обладает 0,05), чем АБ (рыхлая). Самой низкой теплотворностью±теплотворностью (р обладает околопочечный ВЖ.

### Заключение:

Таким образом, жиры являются источниками энергии, АБ (плотная) обладают самой высокой теплотворной способностью среди изученных липидов. Все липиды обладают способностью аккумулировать тепло, однако, липиды различной локализации обладают различными способностями аккумулировать тепло. Теплотворность липидов, по правилам химии веществ, зависит от содержания насыщенных и разветвленных углеводородных цепочек, поэтому следующей задачей является изучение химической структуры липидов различной локализации. Источник: работа проведена в рамках гранта Общественного фонда «Фонд Первого Президента Республики Казахстан» для молодых ученых, №28п от 06.05.2009 года.

## 3.2. ВЛИЯНИЕ БИОМАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ШЕК А.Б., ХАШИМОВ Ш.У., МАВЛЯНОВА М.Б.,  
БЕКМЕТОВА Ф.М.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ МЗ РУЗ

### Введение(цели/задачи):

### Материал и методы:

Обследовано 73 больных с нестабильной (прогрессирующей) стенокардией напряжения IIА-IIВ класс (E. Braunwald et al., 1989), с гиперхолестеринемией (ХС ЛПНП >100 мг/дл), в течение года получавших гиполипидемическую терапию статинами (симвастатин 20–80 мг/сут). Дозу симвастатина титровали до максимально переносимой, ориентируясь на уровень АЛТ, АСТ (не выше 3 верхних норм), КФК (не выше 5 верхних норм). Конечными точками были: повторная дестабилизация, хирургическая реваскуляризация, инфаркт миокарда, смерть. Исследование показателей липидного обмена, уровня С-реактивного белка, фибриногена, аполипопротеинов AI и В, липопротеина-α и других параметров проводили на автоанализаторе «Daytona» («RANDOX», Ирландия). Через 1–3 месяца после начала терапии целевого уровня (ХС ЛПНП<70–100 мг/дл) удалось достичь у 34 (46,6%) обследованных (I группа), а у 39 (53,4%), целевой уровень не был достигнут (II группа). При этом, средняя доза симвастатина в I группе была выше 33,5 ± 7,8 мг/сут, чем во II 30,9±9,2 мг, однако, различие носило недостоверный характер. В группе больных (n=34), достигших целевого уровня ХС ЛПНП, остаточный (резидуальный) риск (конечные точки), наряду с ЭКГ-параметрами (ST-депрессия), наиболее тесно коррелировал с исходным высоким уровнем липопротеина-α (4 квартиль распределения > 26,1 мг/дл, P<0,005), и, в меньшей степени, с исходным низким ХС ЛПВП (1 квартиль < 30,0 мг/дл, P<0,05).

### Результаты:

Анализ генетического полиморфизма среди 73 обследованных показал, что аллель ε3 преобладал среди обследованных – у 50 (68,5%), ε4 наблюдался у 16 (21,9%) и ε2 – лишь у 7 (9,6%) обследованных. При этом все 7 пациентов с ε2 аллелями достигли целевого уровня ХС ЛПНП и вошли в I группу. Также в I группу вошли 24 (70,6%) пациентов с аллелем ε3 и лишь 3 (8,8%) с ε4. Во II группе 26 (66,7%) обследованных имели аллель ε3, и 13 (33,3%) – ε4. Следовательно, в группе достигших целевого уровня было достоверно больше пациентов с аллелем ε2, тогда как во II группе – с ε4 (P=0,025).

### Заключение:

Таким образом, достижение целевого уровня ХС ЛПНП у больных с нестабильной стенокардией зависело от генетического полиморфизма Апо-Е. У пациентов, достигших целевого уровня ХС ЛПНП, сохранялся остаточный резидуальный риск, который наряду с ЭКГ-параметрами (ST-депрессия), наиболее тесно коррелировал с исходным высоким уровнем липопротеина-α и, в меньшей степени, с исходным низким ХС ЛПВП.

#### 3.3. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ И ОБИЛЬНЫМ ПРИЕМОМ ПИЩИ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

ОШАКБАЕВ К.П., ХОЖАНИЯЗОВ А.Т., ДУКЕНБАЕВА Б.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Городская больница №4, г. Алматы, КазНМУ им С.Д. Асфендиярова

##### Введение(цели/задачи):

Актуальность. Такие терминальные жизнеугрожающие состояния (ТЖС), как инфаркт миокарда (ИМ), инсульты и травмы занимают ведущие места в ряду основных причин инвалидизации и смертности населения во всех странах мира. Цель. Изучить взаимосвязь между указанными ТЖС с фактом обильного приема пищи (ОПП) на фоне наличия избыточной массы тела (ИзбМТ).

##### Материал и методы:

В качестве ТЖС были взяты: ИМ, инсульты и травмы (падение, переломы, дорожно-транспортные происшествия). Всего 107 исследуемых в возрасте 35-63 лет после перенесения ИМ: – 48, инсульта – 32, различного рода травм – 27. ИзбМТ диагностировалась измерением индекса массы тела (ВОЗ, 1995). Анамнез изучался в течение 24 часов до возникновения ТЖС. Фактом ОПП считалось употребление высокобелковой и высококалорийной пищи в количестве более 1500 ккал за 1 час. Использована мультиномиальная логистическая регрессия с моделью ОШ с ДИ 0,05. SPSS для Windows v.10.0.<и достоверностью р.

##### Результаты:

ИзбМТ была выявлена у всех исследуемых. До случая возникновения ТЖС такой фактор, как ОПП присутствовал у 101 пациента (94,4%). После ОПП в течение 2 часов происходило сравнительное улучшение самочувствия пациентов, повышение настроения, внимания. Однако после 2-3 часов происходило относительное ухудшение состояния: сонливость, тошнота (без рвоты), тревожность, беспокойство, боли и перебои в области сердца, относительное снижение внимания, остроты зрения и слуха. ТЖС случались 0,5 часа после ОПП. Расчет взаимосвязь между ОПП и ТЖС: ОШ 1,83±на 8,2 (95%, ДИ 1,32-2,16; р=0,001). Ранние постпрандиальные эффекты могут объясняться специфическим динамическим действием пищи. Поздние постпрандиальные эффекты могут быть связаны с мобилизацией крови в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) для обеспечения пищеварительного процесса и иммунологического надзора. Прием высокобелковой и высококалорийной пищи приводит к обильному оттоку крови в ЖКТ для переваривания пищи.

##### Заключение:

ОПП на фоне ИзбМТ является отрицательно воздействующим на выживаемость человека фактором с достоверно частым возникновением ТЖС. Фактор переедания на фоне ИзбМТ относится к факторам риска, которые могут быть жизнеугрожающими состояниями в течение 24 часов.

#### 3.4. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

ОРЛОВА Н.В., ЧУКАЕВА И.И., КЛЕПИКОВА М.В., КОМАРОВА И.В.

ГОУ ВПО РГМУ РосЗдрава

##### Введение(цели/задачи):

В настоящее время значительно увеличилось число больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, доходя до масштаба пандемии, которая не обходит стороной и молодое население. Основными причинами столь высокой заболеваемости является раннее возникновение метаболических нарушений, объединённых ещё в 1988 г. в термин «метаболический синдром», и приводящих к развитию атеросклеротических изменений сосудистой стенки и сахарному диабету II типа. Основанием для выделения признаков метаболических нарушений в отдельный симптомокомплекс послужили множественные исследования, ведущиеся и в настоящее время, и доказавшие наличие патогенетической связи абдоминального ожирения, артериальной гипертензии, инсулинорезистентности и нарушений липидного обмена с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью. Изучение основополагающих факторов, лежащих в основе патогенеза метаболического синдрома продолжает оставаться актуальной проблемой кардиологии. Задача проводимого исследования: изучить взаимосвязь различных видов нарушений липидного обмена с уровнем воспалительных показателей у больных с метаболическим синдромом.

##### Материал и методы:

В исследование были включены 34 пациента, 35-60 лет, женского пола, с артериальной гипертонией 1-2 степени и признаками центрального ожирения. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены больные с диагностированными нарушениями липидного обмена в виде смешанной дислипидемии. Во вторую группу вошли пациенты с изолированной гиперхолестеринемией. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, по весу и объему талии. Определение аполипопротеинов А1 (АПО А1), аполипопротеинов В (АПОВ), С реактивного белка (СРБ) проводилось методом иммунологической турбидиметрии (реактивы фирмы «Rosh») на биохимическом анализаторе-автомате Hitachi 912.

##### Результаты:

В первой группе больных было выявлено достоверное повышение АПО В -  $1,2 \pm 0,24$  ммоль/л, в сравнение со второй группой -  $0,94 \pm 0,16$  ммоль/л (  $p < 0,001$ ). Уровень СРБ в первой группе был также выше и составил  $5 \pm 2,47$  мг/л, во второй группе -  $2,3 \pm 1,53$  мг/л ( $p < 0,01$ ), что может быть расценено как признак более выраженного воспаления в группе больных со смешанной дислипидемией.

##### Заключение:

Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что смешанная дислипидемия у больных с метаболическим синдромом более выражено влияет на активность воспаления, чем изолированная гиперхолестеринемия.

### 3.5. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФИБРАТОВ НА ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Орлова Н.В., Чукаева И.И., Клепикова М.В.

ГОУ ВПО РГМУ РосЗДРАВА

#### Введение(цели/задачи):

Определить влияние фибратов на показатели липидного обмена и воспаления у больных артериальной гипертензией и ожирением.

#### Материал и методы:

В исследование были включены 25 пациентов, 35 - 60 лет, женского пола, с артериальной гипертензией 1-2 степени и признаками центрального ожирения. Отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям среди обследуемых пациентов составила 10%, курили – 53 %. Все пациенты были с диагностированными нарушениями липидного обмена в виде смешанной дислипидемии. Определение аполипопротеинов А1 (АПО А1), аполипопротеинов В (АПО В), С реактивного белка (СРБ) проводилось методом иммунологической турбидиметрии (реактивы фирмы «Rosh») на биохимическом анализаторе-автомате Hitachi 912. Всем пациентам была проведена терапия фибратами в течение 3 месяцев и была рекомендована диетотерапия.

#### Результаты:

В ходе проведенных исследований у всех пациентов были выявлены нарушения липидного обмена, представленные гипертриглицеридемией (44%), снижением ХС ЛПВП (5,5%), повышением общего холестерина (90%), повышением ХС ЛПНП (55,5%), повышением ЛПОНП (33%), снижением АПО А1 (5,5%), повышением АПО В (50%). При анализе влияния 3 месячной терапии фибратами было выявлено достоверное повышение уровня АПО А1 (АПО А1 до лечения -  $1,36 \pm 0,22$  ммоль/л, АПО А1 после лечения -  $1,49 \pm 0,23$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ). На фоне проводимого лечения фибратами отмечалось снижение уровня АПО В (до лечения АПО В -  $1,2 \pm 0,24$  ммоль/л, после лечения -  $1,01 \pm 0,18$  ммоль/л,  $p < 0,001$ ). Курс терапии фибратами также приводил к снижению СРБ (до лечения СРБ -  $5 \pm 2,47$ , мг/л после лечения -  $3,9 \pm 1,87$ , мг/л  $p < 0,01$ ), что свидетельствует о снижении активности воспаления.

#### Заключение:

Таким образом, применение фибратов у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением приводит к снижению выраженности дислипидемии и активности воспаления и может быть рекомендовано для предупреждения прогрессирования атеросклеротических процессов на ранней стадии заболевания у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

### 3.6. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕСТОРА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Канапина А.Ж., Бекбосынова М.С., Данильчик И.А., Оразгалиева Г.Р., Уразниязова С.Б.

Кардиологический центр, г. Астана

#### Введение(цели/задачи):

Применение гиполипидемических средств в настоящее время является одним из обязательных компонентов лечения и профилактики атеросклеротических заболеваний сосудов.

Розувастатин – один из новых статинов, зарегистрированных в Казахстане.

#### Материал и методы:

С целью оценки эффективности розувастатина нами обследовано 30 больных ИБС, разделенных на 2 группы: 1) основная – 15 пациентов (8 – перенесшие инфаркт миокарда, 2 – после АКШ, 5 – со стабильной стенокардией); 2) группа сравнения – 15 пациентов, сопоставимая с 1 – группой по возрасту, полу, структуре нозологий. На фоне стандартизированной терапии (бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты) пациенты 1 группы принимали Крестор (розувастатин, AstraZeneca, Великобритания) в дозе 10-20 мг/сут, пациенты 2 группы – симвастатины в аналогичной дозе. Контрольное исследование крови на содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой (ХСЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ), глюкозы и печеночных проб проводилось через 14 и 30 дней от начала приема крестора.

#### Результаты:

Исходно у всех пациентов отмечалось повышение атерогенных фракций липидов. На 14 день исследования в 1-ой группе наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение ОХС (с  $6,5 \pm 0,4$  до  $5,8 \pm 0,3$  ммоль/л), ХСЛПНП (с  $3,0 \pm 0,15$  до  $2,5 \pm 0,2$  ммоль/л) и ТГ (с  $4,1 \pm 0,3$  до  $3,8 \pm 0,5$  ммоль/л), повышение ХС ЛПВП (с  $0,9 \pm 0,04$  до  $1,15 \pm 0,06$  ммоль/л). В группе сравнения значительных изменений атерогенных фракций липидов мы не наблюдали. В обеих группах сдвигов печеночных проб и гликемического профиля не отмечено. На 30 день исследования в основной группе у 11 пациентов содержание ОХС, ХСЛПНП и ТГ нормализовалось, печеночные пробы и гликемический профиль – без изменений. В то же время в группе сравнения нормализацию уровня атерогенных фракций липидов мы наблюдали лишь у 5 пациентов, умеренное повышение уровня трансаминаз крови в 3 случаях.

#### Заключение:

Таким образом, крестор более эффективно нормализует липидный спектр крови. Дальнейшее наблюдение за пациентами продолжается.

### 3.7. АНТИАРИТМОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Гайнутдинов Р.Г., Бекбосынова М.С., Шажанбаева С.Е., Масалимова А.М., Барысханкызы А., Бейсембаева А.Ж.

ГККП «Кардиологический центр», г.Астана

#### Введение(цели/задачи):

По данным исследования GISSI-Prevenzione, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) напрямую влияют на один из механизмов внезапной сердечной смерти (ВСС) – электрическую нестабильность миокарда. Имеются подтверждения гипотезы о том, что омега-3 ПНЖК обладают антиаритмогенным действием. При добавлении к стандартной терапии омега-3 ПНЖК снижают общую смертность на 20%, сердечно-сосудистую смертность на 30% и риск ВСС на 45%. Величина снижения абсолютного риска в исследовании GISSI-Prevenzione была сопоставимой с эффектами, наблюдавшимися в других крупных клинических исследованиях с применением статинов и ингибиторов АПФ. Также имеются данные, что у пациентов с желудочковыми нарушениями

ритма выявляемыми при нагрузке, смертность в течение 1 года наблюдения в 3 раза выше по сравнению с теми, у кого аритмия возникает только в покое. У больных, получающих антиаритмическую терапию, выявление устойчивой ЖЭС при нагрузочном тесте связывают с высоким риском ВСС.

#### **Материал и методы:**

в исследование были включены 14 пациентов с достоверной коронарной болезнью сердца, стенокардией напряжения ФК 1-3. Возраст от 44 до 73 лет. Исследование проводилось с использованием тредмил-теста. Методика проведения – непрерывно возрастающая ступенчатая нагрузка по протоколу Bruce. Все пациенты принимали Омакор в дозе 1 г в сутки в течение 1 месяца. Нагрузочные пробы проводились дважды: до начала приема Омакора, на фоне базисной терапии и по истечении 4 недель после добавления к терапии Омакора. Количество стресс-индуцированных желудочковых НРС рассчитывалось в течение 1 минуты до достижения субмаксимальной ЧСС и двух минут восстановительного периода. К стресс-индуцированным НРС были отнесены частые левожелудочковые экстрасистолы, бигеминия, парные желудочковые экстрасистолы, короткие пробежки желудочковой тахикардии.

#### **Результаты:**

после добавления к базисной терапии препарата Омакор количество желудочковых НРС, возникающих во время нагрузки снизилось более, чем на 50% у 7 пациентов, более чем на 30% у 3-х пациентов, увеличение на 50% наблюдалось у 2-ух пациентов. В случаях благоприятного влияния Омакора на желудочковые НРС снижение НРС происходило у 86% исследованных пациентов.

#### **Заключение:**

благоприятный антиаритмический эффект в отношении желудочковых НРС и практическое отсутствие риска применения препарата Омакор несомненно свидетельствует о пользе включения данного препарата в терапию больных с коронарной болезнью сердца с целью снижения риска внезапной смерти.

### **3.8. СРАВНЕНИЕ БЫСТРОГО ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ**

Габриелян А.Б., Габриелян Р.С., Давтян А.В.

НИИ кардиологии Республики Армения, г. Ереван

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучение сравнительной эффективности аторвастатина (использовалась максимальная доза 80 мг/сут) и розувастатина (крестор, «Astra Zeneca», Великобритания) на липидный спектр, факторы воспаления при раннем краткосрочном применении у больных с нестабильной стенокардией (НС).

#### **Материал и методы:**

Обследованы 42 больных с НС (средний возраст 57,9±1,1). Изучены показатели ЭКГ, суточного холтеровского мониторирования, ЭхоКГ параметры и маркеры воспаления и развитие конечных точек. Пациенты обследовались в день поступления, а также в динамике через 72 часа, на 7-, 21-, и 60-й дни лечения. Больные были рандомизированы на 2 группы (основную —21 и контрольную —21 больных). Больные 1-й основной группы получали розувастатин 20 мг/сут; больные 2-й - аторвастатин 80 мг/сут. Лечение проводилось на фоне

общепринятой медикаментозной терапии. Первую дозу препарата больные получали утром, в первые 24 ч с момента приступа ангинозной боли, послужившего причиной госпитализации. Дальнейший прием лекарства осуществлялся ежедневно вечером, после ужина. Длительность приема статинов составила 60 дней.

#### **Результаты:**

Через 72 часа в группе больных, получающих розувастатин 20 мг/сут, было достигнуто достоверное снижение уровня общего ХС, ТГ и ХС ЛНП на 16%, 3%, 16%, соответственно. Аналогичная динамика в группе больных, получавших аторвастатин 80 мг/сут, выявлена на 7-е сутки заболевания. Целевого значения (ниже 100 мг/дл или 2,6 ммоль/л) на 60-й день лечения достигли 97% больных в группе розувастатина и 77% больных в группе аторвастатина. Существенное различие между группами отмечено в степени и сроках снижения С-РБ и ИЛ-6. В группе больных, получающих розувастатин, достоверное снижение концентрации ИЛ-6 выявлено в течение 72 часов, а уровня С-РБ на 7-14-е сутки заболевания. В группе больных, леченных аторвастатином 80 мг/сут, динамика отмечена со стороны ИЛ-6 на 7-ые сутки, а С-РБ также на 14-21-й день.

#### **Заключение:**

Ведущая роль воспалительного дистресса в дестабилизации атеросклеротической бляшки, характеризующаяся высоким риском кардио-сосудистых осложнений, требует немедленной иммуномодулирующей коррекции статинами, обладающими потенциальным преимуществом достаточного и быстрого снижения концентрации маркеров воспаления.

### **3.9. ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛИПИДОВ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА**

ОШАКБАЕВ К.П.

НИИ кардиологии и внутренних болезней

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить качественный и количественный химический состав липидов организма в зависимости от различной их локализации.

#### **Материал и методы:**

В качестве материала исследования взят аутопсинный материал в количестве 36. Объекты исследования: висцеральный жир (ВЖ) – жир из сальника и околопочечный жир; подкожный жир (ПЖ) из области ягодиц, из области живота (пупочная область) и из области плеча; атеросклеротические бляшки (АБ) из нисходящей аорты – гомогенная (гладкая, плотная) и гетерогенная (рыхлая). Метод исследования: Инфракрасная спектроскопия «Termo Nicolet 5700» (USA). Предмет исследования: химические элементы и химические связи.

#### **Результаты:**

Самый большой уровень насыщенных -С-С- и почти всех анализируемых химических групп и соединений содержится в АБ (плотная), где больше -СН<sub>3</sub>, -СО<sub>2</sub>-, -ОН, насыщенной -С-С-группы, кетоновой, фенольной, N-, S- и Cl-содержащих продуктов обмена веществ. В подкожном жире: -С-С-группа, -СН<sub>3</sub>, -ОН, -S-, -PO<sub>4</sub>, кетон/альдегиды содержатся больше в ПЖ области живота, затем в ПЖ области ягодиц и в ПЖ плечевой области. Центральная часть тела, являющаяся относительно неподвижной и менее травмируемой, возможно, является благоприятным местом для накопления органических шлаков в ПЖ. В ВЖ больше содержится -СН, -PO<sub>4</sub>, Cl-содержащая, -ОН группы. В ВЖ (околопочечный) больше



-ОН, N-, Cl-содержащих веществ. В ВЖ (сальник) больше кетон/альдегидов и -PO4.

**Заключение:**

По содержанию химических радикалов и соединений различные липиды дискретны, и существенно различаются между собой, причем с определенной закономерностью. Более высокий уровень насыщенных жиров и анализируемых химических веществ выявляются в АБ (плотная). Возможно, что липиды крови в определенных условиях начинают депонироваться прямо в просвете сосуда в виде АБ, которые являются «доступным» местом для откладывания в них конечных продуктов метаболизма. АБ – это не раз и навсегда возникшее образование на стенке сосуда, а постоянно находящийся в динамике процесс, являющийся источником доступных липидов в кровеносном русле. Научная работа требует дальнейших углубленных исследований в этом направлении. Источник: работа проведена в рамках гранта ОФ «Фонд Первого Президента Республики Казахстан» для молодых ученых №28п от 06.05.2009 года.

**3.10. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАЙКОРА В КОМБИНАЦИИ С АТОРВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Габриелян А.Б., Габриелян Р.С., Давтян А.В.

НИИ кардиологии Республики Армения, г. Ереван

**Введение(цели/задачи):**

Изучение эффективности применения фенофибрата (трайкора) в комбинации с аторвастатином у больных с нестабильной прогрессирующей стенокардией напряжения (НС) со смешанной формой гиперлипидемии, с оценкой динамики липидного спектра, маркеров воспаления, а также клинико-функциональных параметров сердца.

**Материал и методы:**

Обследовано 26 больных с НС, средний возраст (58,8±0,7) со смешанной формой гиперлипидемии. Определялись маркеры воспаления—С-реакт.белок (С-РБ), интерлейкин-6(ИЛ-6), фибриноген. Всем больным проводилась ЭхоКГ

(КСО,ИЛС,ФВ,Е/А).Оценивался клинический статус больных, развитие конечных точек (необходимость реваскуляризации, инфаркт миокарда, внезапная смерть). Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 13 больных, получающих аторвастатин в дозе 40 мг/сутки, во-2-ю-13 больных, принимающих комбинацию трайкора 145/сут с аторвастатином 40 мг/сут. Исследования проводились при поступлении, а также на 7-й, 30-ый и 60-й дни заболевания. Лечение проводилось на фоне общепринятой медикаментозной терапии.

**Результаты:**

Терапия в 1-ой группе с7-го по 30-ый дни заболевания привела к достоверному снижению содержания общего ХС на 22%, ХС ЛПНП на 30%, уровня ТГ на 11%(p<0,05).Повышение уровня ХС ЛПВП, хотя и было статистически достоверным, составило лишь 8% (p<0,05). Во 2-ой группе в те же сроки лечения наблюдалось снижение уровня общего ХС на 32%, ХС ЛПНП на 38%, ТГ на 46% и повышение ХС ЛПВП на 19% (p<0,01). С 7-го по 30-й дни в 1-ой группе зарегистрировано снижение С-РБ и ИЛ-6 на 30±2,6%; и 34,1±3,1% (p=0,01); а во 2-ой - отмечалось более выраженное снижение значений С-РБ и ИЛ-6 на 32,8±4,2%; и 38,1± 4,1% (p=0,01), без статистической достоверности между группами. Во 2-ой группе отмечено также достоверное уменьшение уровня фибриногена лишь к 60 дню лечения на 13,8±4,2% (p=0,01). В той же группе по сравнению с 1-ой на 60-й день наблюдения отмечено более ощутимое повышение ФВ на 8%, Е/А на 30%, понижению КСО на 20 %, ИЛС на15 % (p<0,01). При делении больных по исходному уровню ХС ЛВП, выраженное превосходство в результатах лечения отмечено в подгруппе с низким уровнем ХС ЛВП(<0,9ммоль/л) в сравнении с подгруппой, с ХС ЛВП>0,9ммоль/л(p<0,01). В вышеуказанных подгруппах снижение относительного риска развития конечных точек составило соответственно 41% и 35% (p=0,02). В изучаемых основных группах достоверного различия в уменьшении развития конечных точек не выявлено.

**Заключение:**

Примененная комбинация препаратов приводила к оптимальной коррекции маркеров воспаления, липидных показателей и снижению развития конечных точек.

# 4. ПРОГРЕСС В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС

## 4.1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шоназаров Б.А., Абдолава Р.Н., Гаибова З.В.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, Республиканский клинический центр кардиологии, г. Душанбе, Таджикистан

Вопрос применения кардиоцитопротекторных препаратов, а также оценка их эффективности и безопасности является актуальным в аспекте лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

### Введение(цели/задачи):

Определение клинической эффективности кардиоцитопротективной терапии с использованием препарат милдроната АО «Гриндекс» у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

### Материал и методы:

В исследование были отобраны 40 больных ИБС, осложненной ХСН (24 мужчин и 16 женщин), поступивших на стационарное лечение в связи с прогрессированием ИБС и ХСН. Средний возраст пациентов составил  $62,6 \pm 7,34$  года. Наиболее частым клиническим проявлением ИБС являлась стенокардия напряжения III-IV функционального класса (15 пациентов), у 5 больных – нестабильная стенокардия. Инфаркт миокарда в анамнезе встречался у 8 человек. У всех пациентов была выявлена артериальная гипертензия. Степень выраженности ХСН у 11 больных соответствовал II функциональному классу (ФК) по NYHA, а у 9-ти диагностирован – III ФК. Помимо оценки динамики основных клинических симптомов всем больным проводились основные лабораторные и дополнительные методы исследования.

Для наблюдения были сформированы две группы по 20 больных. Все больные получали стандартную терапию, включавшую  $\beta$ -адреноблокаторы (90,3%), аспирин (87,6%), диуретики (77,8%), ингибиторы АПФ (55,6%), пролонгированные нитраты (55,6%), статины (21,7%), верапамил (9,56%). Больным группы вмешательства, помимо стандартной терапии, назначали милдронат в дозе 1,0 г/сутки внутривенно в течение 10 дней с последующим переходом на прием внутрь 1,0 г/сутки. Общий курс лечения составил 6 недель.

### Результаты:

Динамика снижения среднесуточного количества приступов стенокардии и потребления таблеток нитроглицерина или его ингаляций в процессе лечения была более выражена в группе больных, получивших милдронат. Достоверных отличий в степени снижения АД в контрольной группе и группе вмешательства не зафиксировано. Частота сердечных сокращений в процессе наблюдения в обеих группах значимо не отличалась. В то же время среди пациентов, принимающих милдронат, 2 больных отмечали сердцебиение, не послужившее, однако, причиной отмены препарата. Других побочных

эффектов зафиксировано не было. Функциональный класс ХСН достоверно снизился в обеих группах, но степень его уменьшения была более выражена в группе вмешательства. В динамике также наблюдалось увеличение фракции выброса в группе больных, дополнительно получивших милдронат ( $52,54 \pm 8,73$  до  $55,6 \pm 7,38$ ). Показатель  $\Delta S$  % в опытной группе имел небольшую динамику с  $27,07 \pm 1,17$  до  $28,84 \pm 1,25$  тогда как в контрольной группе динамика этого показателя была скромнее: с  $26,76 \pm 2,09$  до  $26,99 \pm 1,67$ %.

### Заключение:

Препарат милдронат в добавлении к базисной терапии у больных с ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью оказывает благоприятное действие на основные показатели функции миокарда, что по нашему мнению обусловлено его кардиоцитопротективным эффектом.

## 4.2. МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И «НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПЕРИОД 2007-2015 ГГ.»

Рахимова М.Г., Юлдашева М.Р.

ТИППМК, Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии, г. Душанбе, Таджикистан

### Введение (цели/задачи):

Целью исследования явилось изучение динамики качества лечения больных ишемической болезнью сердца (ее острых и подострых форм) в системе госпитальной службы до и в стартовом периоде внедрения «Национальной программы профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007 – 2015 гг.» (НП).

### Материал и методы:

Всего было проанализировано 1114 карт стационарных больных. Из них 512 историй болезни за 2007-й год (до внедрения национальной программы) и 602 истории болезни за 2008 год (после годовщины старта национальной программы и реализации первого ее образовательного компонента). Был проведен анализ по следующим индикаторам контроля: среднее число назначений сердечно-сосудистых лекарственных средств (ЛС) на одного больного; процент лекарств, выписываемых под Международным Непатентованным Наименованием (МНН); общее число необоснованных и неприемлемых для больного назначений; процент лекарств, прописываемых из национального списка основных ЛС (СОЛСа РТ) 2007 года; наличие/отсутствие протоколов лечения различных вариантов ИБС (нестабильной стенокардии, острого коронарного синдрома, острого инфаркта миокарда) в изучаемых врачебных коллективах; степень приверженности врачей госпитальной службы к использованию современных протоколов лечения ИБС.

**Результаты:**

Среднее число прописываемых сердечно-сосудистых ЛС в 2008 году стало меньше на 6,7% по сравнению с 2007 годом, за счет введения в протокол лечения высокоэффективных пролонгированных препаратов из группы антагонистов кальция (Амлодипин на +26,7%),  $\beta$ -адреноблокаторов (Бисопролол на +14,2%), что привело к «экономии» других препаратов. Так, заметно реже стали использоваться препараты из группы нитратов (на -2,7%), дигидропиридины короткого и средней продолжительности действия, обезболивающие ЛС (на -18,0%). Однако существенно чаще стали использоваться антитромбоцитарные ЛС: кишечнорастворимые, а также специально защищенные формы ацетилсалициловой кислоты (Кардиоаспирин, Кардиомагнил, Тромбо АСС на +30,4%), препараты из группы тиенопиридинов (Клопидогрель на +12%). Это явление, несомненно, связано с реализацией образовательной программы и более широким использованием современных протоколов лечения ИБС, что подтверждается еще и тем, что частота использования современных протоколов лечения увеличилась на 15,1%. Важным является также то, что число ЛС, выписываемых под МНН существенно выросло (на 13,0%), а процент использования СОЛСа РТ 2007 года в прописях врачей госпитальной службы также выросло (на более чем 10%).

**Заключение:**

Качество врачебных назначений при осуществлении фармакотерапии острых и подострых форм ИБС до внедрения НП явно было недостаточным. В первый же стартовый год внедрения НП в результате активизации ее образовательного компонента качество врачебных назначений повысилось за счёт снижения уровня полипрагмазии, более эффективного использования СОЛСа РТ 2007 года и существенным ростом приверженности врачебных коллективов к использованию современных протоколов лечения острых и подострых форм ИБС.

### 4.3. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ МИЛДРОНАТ И МЕЛЛИНОЛ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ДЖУРАЕВ Ш.М., ЮЛДАШЕВА М.Р.

Республиканский клинический центр  
кардиологии г. Душанбе, Таджикистан

Одним из важных направлений современной терапии воспалительных и невоспалительных поражений миокарда следует считать цитопротекцию, направленную на повышение устойчивости миокардиальной клетки к действию повреждающих факторов. С этой целью в настоящее время используется ряд препаратов подобного класса и выбор наиболее оптимального из них имеет важное значение.

**Введение(цели/задачи):**

Провести сравнительную оценку эффективности и безопасности применения препаратов Милдронат (производства АО «Гриндекс», Латвия) и Меллинол (производства «Биотика», Словакия) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), нестабильной стенокардией и транзиторной элевацией сегмента ST.

**Материал и методы:**

Для исследования были сформированы 2 группы больных по

15 человек с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, ОКС. В обеих группах больные получали стандартную терапию, которая включала антиагреганты, нитраты, статины, по необходимости бета-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ. В первой группе было 10 мужчин и 5 женщин, средний возраст больных был 66±5,7 лет. Во второй группе было 11 мужчин и 4 женщины, средний возраст которых составил 61±4,2 года. Признаки ХСН I – II ФК по NYHA имели более 90 % больных в обеих группах. В первой группе к основному лечению был добавлен Милдронат в дозе 1 гр. в/в медленно 10 дней, затем по 1 гр внутрь в два приема в течение 20 дней. Больным второй группы назначался Меллинол в дозе 3 мг в/м через день в течение 20 дней. Для оценки эффективности безопасности лечения в начале и через месяц после назначенной фармакотерапии всем больным проводились общеклинические исследования, оценка гемодинамики, ЭКГ, Эхо-КГ и лабораторное тестирование.

**Результаты:**

В первой группе все больные получили необходимую терапию полностью, было отмечено уменьшение частоты применения нитратов сублингвально для купирования приступов стенокардии. Во второй группе двое больных отказались от дальнейшего исследования вследствие ухудшения общего состояния, появления отеков, одышки. Через месяц наблюдения в первой группе наблюдалось улучшение фракции выброса левого желудочка (с 50,76±1,64% до 56,23±2,89%) по сравнению со второй (с 49,63±2,65% до 51,54±1,98%), показателей  $\Delta S\%$  – с 27,07±1,17% до 28,84±1,25% в первой группе, с 26,76±2,09% до 26,99±1,67% во второй. Цифры артериального давления и частоты сердечных сокращений на фоне проводимой терапии практически не изменились. В группе больных, получавших препарат Меллинол отмечены также побочные эффекты, как чувство жара и выраженная жажда в 7 наблюдениях (46,6%), что однако не привело к отмене препарата.

**Заключение:**

Применение препарата Милдронат в качестве кардиоцитопро-тективной терапии оказалось более эффективным и безопасным у больных с острым коронарным синдромом, чем терапия Меллинолом. Оба препарата, при условии их правильного использования, являются достаточно безопасными в составе комплексной фармакотерапии. Препарат Меллинол в сравнении с Милдронатом уступает ему по критериям приемлемости, безопасности и стоимости.

### 4.4. АБДОМИНАЛЬНАЯ ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА

ОВЕЗОВА Г., НАЗАРОВА Д.

ТГМИ, г. Туркменистан

Абдоминальная форма инфаркта миокарда проявляется симптомами поражения различных органов брюшной полости. Частота случаев абдоминального инфаркта миокарда, по разным литературным источникам колеблется от 5,4% до 10,8% и выше. В настоящее время, абдоминальный тип начала инфаркта миокарда представляется весьма значительным и разнообразным. Основными формами проявления абдоминальной формы инфаркта миокарда - это картина перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, желудочного кровотечения, желчнокаменной болезни, острого панкреатита, болезней пищевода и т.п. Боль в верхних отделах живота, ее возникновение при инфаркте миокарда иногда совпадает с погрешностями в диете или с обострением

заболеваний желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и желчного пузыря. Сильная боль в верхней части живота с одновременным появлением тошноты и рвоты – это начало абдоминального варианта. При абдоминальной форме инфаркта миокарда со стороны органов брюшной полости может наблюдаться парез желудка и метеоризм, редко – нарушение стула. Стоит отметить, что боль появляется очень быстро и внезапно. Она сразу становится очень сильной, а рвота не приносит облегчения. При динамическом наблюдении – нет нарастания перечисленных симптомов. Объективно, при пальпации живота отмечаются напряжение брюшной стенки и ее болезненность. Локализация боли (особенно при заднем инфаркте миокарда левого желудочка) – подложечная область. Эрозии, язвы, пищеводные – желудочные кровотечения развиваются чаще всего в первые дни инфаркта миокарда. Боль при этом может носить упорный характер и сопровождаться перфорацией язв. Абдоминальный вариант заболевания чаще наблюдается при диафрагмальном инфаркте. Решающим в постановке правильного диагноза являются ЭКГ, клинико-биохимические исследования крови.

**Заключение:**

Таким образом, от своевременной, догоспитальной диагностики абдоминального начала инфаркта миокарда зависит тактика ведения, профилактика осложнений и благоприятный прогноз данного заболевания.

---

**4.5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИКА, АНИТИАГРЕГАНТА И БЕТАБЛОКАТОРА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST**

Бейшенкулов М.Т., Баитова Г.М.

Национальный Центр кардиологии и терапии,  
Кыргызстан, г. Бишкек, отд. УК

**Введение (цели/задачи):**

Изучить эффективность догоспитального сочетанного применения тромболитика (ТЛТ), аспирина и бетаблокатора (ББ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) с исходной элевацией сегмента ST.

**Материал и методы:**

Обследовано 76 больных передне-перегородочным ИМ без признаков сердечной недостаточности (СН). Все больные на догоспитальном этапе получали аспирин (250мг) и стрептокиназу 1,5млн ЕД. В 1-й гр. (n=39) обзидан (0,1мг/кг в/в) вводился на догоспитальном этапе, во 2-й (n=37) – на госпитальном. Проводились ЭКГ, ЭХОКГ, доплерЭХОКГ.

**Результаты:**

Исходно размер некроза по ЭКГ между группами не различался, к 30 суткам заболевания у больных 1 гр. достоверно уменьшились на ЭКГ количество отведений с патологическим Q и их площадь sQ (p30с-3с<0,05). В динамике у больных 1 гр. достоверно уменьшились объемные показатели ЛЖ, увеличилась ФВ ЛЖ, так КДО ЛЖ составил в 1 гр. 139,6±4,7мл3, во 2 гр. - 146,12±3,12мл3, КСО ЛЖ - 67,43±4,4 мл3, 87,23±3,7 мл3, ФВ ЛЖ - 53,4±3,2% и 43,6±2,31%, соответственно (p1-2<0,05). В дебюте заболевания у всех больных выявлена диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ: Е/А ЛЖ в 1 гр. - 0,84±0,11, во 2 гр. - 0,82±0,08. К 30 суткам диастолическая функция (ДФ) ЛЖ нормализовалась у 38,5% больных 1 гр. и 21,6% 2 гр., псевдонормальный (ПНТ) и рестриктивный (РТ) типы ДД ЛЖ вы-

явлены у 5,4% случаев у больных 2 гр. В динамике у больных 2 гр. наблюдалось дальнейшее прогрессирование ДД ЛЖ, к концу года в данной группе у 51,3% пациентов развились ПНТ и РТ ДД ЛЖ, тогда как у больных 1 гр. ДФ ЛЖ нормализовалась у 2/3 больных (64,1%). У больных с поздним началом лечения ББ (2 гр.) прогрессировала сферификация ЛЖ, так 0,03,±0,01 увеличился до 0,57±систолический индекс сферичности с 0,47 0,01 (p1-2±0,01 до 0,70±диастолический - с 0,61<0,05), то есть форма ЛЖ стала более шарообразной. К 12 месяцу заболевания различий в частоте летальных исходов и повторных случаев ОКС между группами не зарегистрировано, однако у больных 1 гр. СН развилась в 10,3% случаев, тогда как во 2 гр. в 29,7%.

**Заключение:**

Таким образом, у больных ИМ с догоспитальным комбинированным применением стрептокиназы, аспирина и обзидана происходит уменьшение зоны некроза, улучшаются СФ, ДФ и геометрия ЛЖ, снижается риск развития застойной СН.

---

**4.6. ТИОТРИАЗОЛИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Альмухамбетова Р.К., Настычук Г.В.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, КАФЕДРА  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3, НИИКиВБ

**Введение (цели/задачи):**

В последние годы вновь возрос интерес к так называемой метаболической терапии ишемической болезни сердца (ИБС), направленной на оптимизацию обменных процессов в кардиомиоцитах, функционирующих в условиях хронической ишемии. Целью нашего исследования явилось изучение результатов применения тиотриазолина у больных ИБС.

**Материал и методы:**

Под нашим наблюдением находились 30 больных ИБС, поступивших в экстренном порядке в ГКЦ в возрасте от 48 до 72 лет. Все больные получали комплексную терапию, включавшую гипополипидемические, дезагреганты, при необходимости диуретики. Тиотриазолин вводили по 2 мл 1% раствора 2 раза в сутки внутримышечно в течение 5 дней, в последующем назначали в дозе по 100 мг 3 раза в сутки в течение 25 дней. Для оценки антиишемического эффекта тиотриазолина изучалась частота приступов стенокардии и потребность в нитроглицерине, до и после лечения проводился ЭКГ контроль, измерение АД и ЧСС. При снижении числа приступов на 5- и более процентов результат считали хорошим, менее 50% - удовлетворительным, при отсутствии снижения или увеличении числа приступов - неудовлетворительным. Также высчитывалась толерантность к физической нагрузке по тесту с 6-ти минутной ходьбой до и после лечения.

**Результаты:**

Применение тиотриазолина в качестве монотерапии оказалось эффективным в 68% случаев (20 больных); из них в 34% (10 больных) результат расценен как хороший, в 34% (10 больных) - как удовлетворительный. При отсутствии эффекта в течение 5 дней у 10 из 30 больных (34%) возникла необходимость назначения антиангинальных препаратов: БАБ - у 2-х и нитратов - у 8-х больных. После курсовой терапии тиотриазолином исчезли признаки ишемии на ЭКГ.

**Заключение:**

В процессе лечения наряду со снижением частоты присту-

пов стенокардии и потребности в нитроглицерине отмечено повышение толерантности к физическим нагрузкам. При динамическом наблюдении установлено, что исходно измененные в сторону гиперкоагуляции сдвиги в коагулограмме имели тенденцию к снижению к концу курсового лечения. Выраженного побочного действия титотриазолина нами не отмечено.

#### **4.7. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ**

Альмухамбетов М.К., Альмухамбетова Э.Ф.

НИИ Кардиологии и внутренних болезней,  
Казахский Национальный мед. университет

##### **Введение (цели/задачи):**

Целью исследования явилось изучение эффективности терапии инфаркта миокарда без зубца Q при применении низкомолекулярного гепарина эноксапарин (Клексан).

##### **Материал и методы:**

Все больные были разделены в две рандомизированные группы. Основную группу составили 92 больных инфарктом миокарда без зубца Q (ИМБЗQ), которым антикоагулянтную терапию проводили низкомолекулярным гепарином (НМГ) эноксапарином в дозе 1 мг/кг через 12 ч п/к. В контрольную группу вошли 65 больных инфарктом миокарда без зубца Q, получавших антикоагулянтное лечение нефракционированным гепарином (НФГ) (первую дозу 10 000 ЕД вводили в/в болюсом, в дальнейшем - по 5 000 ЕД через 6 часов подкожно), продолжительность антикоагулянтной терапии в зависимости от клинической ситуации колебалась от 5 до 8 суток.

##### **Результаты:**

Сравнительное изучение изменений показателей коагуляционного звена гемостаза у больных ИМБЗQ при использовании НМГ и НФГ показало, что на фоне антикоагулянтной терапии в обеих группах наблюдалась определённая динамика в гемостазе, свидетельствующая о снижении гиперкоагуляционного потенциала, о чём говорит удлинение таких показателей коагуляционного звена гемостаза, как АЧТВ, ТВ, ПТВ, ВРП, ТПГ. Однако в группе эноксапарина улучшение вышеперечисленных показателей гемостаза было достоверным, умеренным и контролируемым, вполне обеспечивающим нормальный уровень гипокоагуляции. Таким образом, при комплексном антитромботическом лечении эноксапарином меньшая вероятность тромбоцитопении, геморрагических и тромботических осложнений, чем при лечении НФГ.

##### **Заключение:**

В результате проведённого исследования доказано, что в группе обследованных больных ИМБЗQ, в комплексное лечение которых входил эноксапарин важнейшие показатели эффективности лечения по всем конечным точкам - развитие рецидивирующего ИМ, повторного ИМ, летальность, частота повторной госпитализации, были достоверно лучше, чем в группе больных, леченных НФГ.

#### **4.8. СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Абсеитова С.Р., Ахметова Г.А.

ОКЦ

##### **Введение (цели/задачи):**

Исследования является определение тактики ведения больных с различными формами ИБС после коронароангиографических исследований.

##### **Материал и методы:**

Проведено 1346 коронароангиографических исследований больным с различными формами ИБС, для чего проведены необходимые лабораторные исследования (коагулограмма, липидограмма, гликемия, креатинин, электролиты, СРБ, маркеры вирусного гепатита В и С, группа крови и резус фактор, АТ к ВИЧ, кровь на РВ) и инструментальные методы исследования: (ЭКГ, ЭхоКГ, по показаниям суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру., рентгенография грудной клетки, ЭФГДС, стресс-тесты: ВЭМ, тредмил.) Аппараты : ЭХО-КГ «Vivid-3» GE (США), ВЭМ-проба («Ergoline 800» - Германия), Тредмил-тест («Нейрософт» - Россия), суточное мониторирование ЭКГ («Nihon Kohden» - Япония), коронароангиография – на аппарате Apellem, Axiom ARTIS dFC фирмы Siemens (Германия).

##### **Результаты:**

По результатам неинвазивного тестирования больным с высокой и средней толерантностью к нагрузке была продолжена медикаментозная терапия: антикоагулянты, антитромбоцитарные средства, β-адреноблокаторы, ИАПФ, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, статины (АСС/АНА, 2007г). Больным с низкой толерантностью к нагрузке проведены коронарографические исследования, по результатам которых: у 482 пациентов (35,8%) было выявлено многососудистое поражение и рекомендовано коронарное шунтирование, из них 238 пациентам проведено коронарное шунтирование (17,6%); 439 пациентам рекомендовано стентирование (32,6%), из них 367 пациентам проведено стентирование коронарных артерий (27,2%); 449 пациентам рекомендовано консервативное лечение (35,5%), из них 126 пациентам экстракорпоральная кардиологическая ударно-волновая терапия (0,9 %). С целью оказания высокоспециализированной кардиологической помощи больным с ИБС в ЮКО и согласно «Программе развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 гг» с июля 2008 г. в ОКЦ начаты инвазивные методы реваскуляризации. Проведено 250 ЧКВ, из них более половины больных с ОКС и ОИМ. Все вмешательства проводятся согласно рекомендациям АСА/АНА/ESC. В конце мая 2009 года начаты операции АКШ коронарных сосудов, что позволило интервенционным кардиологам проводить ЧКВ больным со сложной анатомией сосудов, с хроническими окклюзиями коронарных артерий. В настоящее время 30-ти больным произведено АКШ. Учитывая рост заболеваемости больных ИБС планируется в 2010 году открытие второй ангиокардиографической лаборатории, и второй операционной, что позволит нам оказывать помощь больным не только с коронарной патологией, но и с врожденными и приобретенными пороками сердца, патологией аорты и периферических сосудов.

##### **Заключение:**

Исходя из нашего опыта проведения КАГ больным с ИБС, мы пришли к выводу, что проведение инвазивных вмешательств и операции АКШ благоприятно сказывается на больных не

только в плане улучшения качества их жизни, улучшения прогноза заболевания, снижения смертности, частоты мозгового инсульта, но и улучшает психосоматического статуса, закрепляет хорошую приверженность к медикаментозной терапии, что в свою очередь сказывается на снижении повторных госпитализаций.

#### **4.9. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

АБСЕИТОВА С.Р., ОРМАХАНОВА З.И.,  
СУЛТАНОВА Р.З., БЕКЕНОВА Д.З., АХМЕТОВА Г.А.  
РК, г. ШЫМКЕНТ, ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЦЕНТР

##### **Введение (цели/задачи):**

Оценить эффективность инвазивного и неинвазивного методов реперфузии миокарда у больных с острым инфарктом миокарда.

##### **Материал и методы:**

Включено 314 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) прошедших стационарное лечение в кардиологическом отделении №2 Областного кардиоцентра (ОКЦ) за 6 месяцев 2009г. Из них 200 мужчин (64%), средний возраст - 57,8 лет, и 114 женщин (36%), средний возраст - 65,7 лет. Количество пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q - составило 135 человек (43%), инфаркт без зубца Q - 67 больных (21%), повторных инфарктов миокарда - 112 (36%)

##### **Результаты:**

Пациентам с ОИМ с подъемом ST проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ) препаратами (Актилизе, Эберкиназа, Стрептокиназа) - 47 больных (15%). Инвазивные вмешательства (коронарография и стентирование коронарных артерий) проводились по показаниям (АСС/АНА 2007г) на аппарате «Siemens Axion» (Германия) в 96 случаях (30,5%). Из них 49 больным (15,7%) выполнено первичная ангиопластика и стентирование, 18 (5,7%) - отсроченное чрескожное вмешательство (ЧКВ), 29 больным (9,2%) на 12-13 сутки инфаркта миокарда - плановые ЧКВ. Анализ показал, что из 135 больных, госпитализированных в стационар с инфарктом миокарда с зубцом Q при поступлении не проведены ТЛТ и ЧКВ в 71 случае (52,5%). Основной причиной явилось позднее поступление (более 24 часов от индексного события) - 30 случаев (42%) и отсутствие показаний (ОИМ без подъема сегмента ST) - 29 случаев (40%). У 7 пациентов (7%) ТЛТ или ЧКВ не проведена в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, такими как язвенная болезнь желудка (3 чел), диабетическая нефропатия (1 чел), ОНМК (2 чел), анемия III степени (1 чел). В 4-х случаях больные отказались от инвазивных вмешательств. В 3-х случаях относительным противопоказанием явились возраст (более 90 лет) и вес больного (менее 60 кг). С началом проведения инвазивных методов реваскуляризации в экстренном и плановом порядке в ОКЦ летальность от Q ИМ снизилась с 11,9% до 9,9%.

##### **Заключение:**

Таким образом, в Кардиоцентре инвазивные и неинвазивные методы реваскуляризации являются методом выбора в лечении больных с ОИМ, которые позволяют снизить смертность, предупредить развитие осложнений и риск обострения коронарной болезни сердца.

#### **4.10. ВОСТАНОВЛЕНИЕ КОРОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ОБЛАСТНОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

АБСЕИТОВА С.Р., АЛИПОВА Г.Ш., КАЛЫБАЕВ А.Т., ЖУНИСОВ Т.Б.,  
АДИЛЬБЕКОВ Е.Б., ЕСКЕНЕЕВ Д.А., ОРМАХАНОВА З.И.

ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

##### **Введение (цели/задачи):**

Анализ восстановления перфузии миокарда при ИМ с подъемом сегмента ST у больных, поступивших в ОРИИТ Кардиоцентра.

##### **Материал и методы:**

556 больных с острым ИМ поступившие в ОРИИТ в первые 12 час. Диагноз ИМ ставился на основании клинических ЭКГ данных и определения МВ-КФК массы или Т - тропонина. Возраст пациентов 30-89 лет, мужчин 356 (64 %). До 1 ч от индексного события поступило 32 (5,6%), до 2-х ч 155 (28%), до 3-х ч 245 (44%) больных. В 82 (15%) случаях проводилась тромболитическая терапия (ТлТ), в 62 (11,1%) - первичное ЧКВ (из них 2 спасительных после неэффективного ТЛТ и 2 - больным с кардиогенным шоком (КШ). Инвазивные вмешательства проводились согласно (АСС/АНА2007г.) на ангиографе AXIOM ARTIS dFC фирмы SIEMMENS .

##### **Результаты:**

ТлТ проводился в первые 3 ч от начала симптомов в 44% сл. Эффективность ТЛТ при анализе динамики сегмента ST на 50 % через 90 минут признана у 26 (31%) пациентов, через 180 мин - у 56 (68%). У 8 (9 %) больных зарегистрированы повторные эпизоды элевации сегмента ST в течении 180 мин, с последующим снижением в первые 24-36 ч. Реперфузионные аритмии зарегистрированы в 40% случаев, в 26% - представлены брадиаритмиями, в 74% - ускоренным идиовентрикулярным ритмом, в 45% - желудочковой экстрасистолой, в 2,3% - желудочковой тахикардией. Повышение активности кардиоспецифических ферментов было в 64 (78%) случаев. С декабря 2008г. в связи началом проведения инвазивных методов реваскуляризации - первичной ангиопластики и стентирования, проведение ТлТ уменьшилось на 38 % (82 против 133 в 2008г.). Время проведения ЧКВ от начала симптомов составило в среднем  $5,5 \pm 4,5$  ч, до наступления реперфузии в ИСА составило  $7,5 \pm 3,5$  ч. Имплантация стента выполнялась в 90,3% случаев, в 6-ти - проведена баллонная ангиопластика без стентирования. Летальность от Q ИМ снизилась с 11,9 % до 9,9 % . В 4-х случаях (4,9 %) при ТЛТ и 2-х (3,2 %) при ЧКВ отмечались летальные исходы. В 3-х случаях ТлТ - ИМ передней локализации, причиной смерти были разрыв и тампонада сердца. В 1 случае позднее внутрочерепное кровоизлияние. При ЧКВ - в 1 случае исходно СН III, в другом СН IV по Killip (КШ и отек легких). 2 летальных исхода несвязанных с ЧКВ, было проведено диагностическая КАГ, в связи с прогрессированием левожелудочковой недостаточности на которой выявлено критическое 3-х сосудистое поражение КА, рекомендовано экстренное КШ, не проведенное в тот период времени из-за отсутствия технических возможностей.

##### **Заключение:**

Способом выбора для проведения экстренной реваскуляризации должна стать экстренное ЧКВ, в тех случаях когда ангиопластика и стентирование технически невозможна, из-за особенностей анатомического субстрата необходимо прибегнуть к операции экстренного АКШ. С мая 2009г. в Кардиоцентре проводятся операции на открытом сердце, что позволит при наличии показаний отдать предпочтение экстренным АКШ.

#### 4.11. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ИБС, ПРОТЕКАЮЩИХ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

АБСЕИТОВА С.Р., СУЛТАНОВА Р.З.

ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ОКЦ

##### Введение (цели/задачи):

Определение эффективности психофармакотерапии (ПФТ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с психическими расстройствами невротического уровня (ПРНУ).

##### Материал и методы:

Обследовано 297 больных ИБС, среди которых острый ОИМ выявлен у 104, НС – у 92, ССН – у 101 больного. Всем больным в исходном состоянии и на последующих этапах (14 день, перед выпиской из клиники, 1, и 3 месяца) наблюдения были проведены клинический осмотр и клинико-инструментальные методы в соответствии с принятыми стандартами. Для выявления и оценки выраженности основных ПРНУ, включающих тревожно-фобические (ТФР), депрессивные (ДР) и тревожно-депрессивные (ТДР) расстройства с больными проводились психологические исследования с использованием стандартных опросников. Для ПФТ выявленных ПРНУ были использованы препараты с минимальным потенциалом поведенческой токсичности, имеющие относительно широкий спектр психотропного действия (наличием анксиолитического, антидепрессивного и вегетостабилизирующего эффектов): тофизопам (50 мг 2-3 раза/сут., в теч. 1 мес.); сульпирид (50 мг 3 раза/сут., в теч.1 мес.), сертралин (50 мг 1 раз/сут., в теч.3 мес). Базовая медикаментозная терапия проводилась всем больным в соответствии с принятыми стандартами терапии.

##### Результаты:

По результатам психологических тестов в исходном состоянии у 252 (84,85%) больных были выявлены ПРНУ, требующие ПФТ. Среди больных ОИМ наиболее часто выявлялись ТДР (37,5%), среди больных с НС - ТФР (45,7%), у больных ССН наиболее высоким оказался удельный вес ТДР (36%) и ДР (21,3%) в этой же группе. Среди лиц без ПРНУ значительно чаще имело место благоприятное течение ИБС (71,1%), что существенно отличалось от такового, наблюдаемого у пациентов с ПРНУ, не получавших ПФТ (32,4%;  $P < 0.001$ ). Аналогичная картина обнаружена при сопоставлении результатов наблюдения лиц с ПРНУ получавших (у 70,2 %) и не получавших ПФТ (29,8%). Это соотношение значительно отличалось от соответствующего показателя больных, имевших ПРНУ, но не получавших ПФТ ( $P < 0.001$ ) и свидетельствовало о том, что ПФТ является принципиальной возможностью потенцирования медикаментозной терапии ИБС с помощью дополнения последних препаратов. У больных с благоприятным течением ИБС отмечался более частый положительный психотропный эффект (исчезновение клинически значимых ПРНУ) применяемых препаратов (82,1%). Напротив, у лиц, не получавших ПФТ, структура ПРНУ изменялась не значимо, что ассоциировалось с низкой частотой благоприятного течения ИБС. Отмечена высокая безопасность и хорошая переносимость использованных препаратов ПФТ в выбранном режиме дозирования. Оценка соотношения соматического статуса и эффективности терапии показала, что положительный психотропный эффект изучаемых препаратов ПФТ и ассоциирующий с ним клинический эффект, как правило реализуется у больных с достоверно меньшим количеством факторов неблагоприятного течения ИБС.

##### Заключение:

Раннее выявление и дифференцированные психофармакологической коррекции ПРНУ, отягощающих течение основных форм ИБС в настоящее время является неотъемлемой частью лечения больных различных форм ИБС.

#### 4.12. ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 2007-2008 ГГ: ДАННЫЕ ОБЛАСТНОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. ШЫМКЕНТ

АБСЕИТОВА С.Р., БАЙДАУЛЕТОВА З.С.

ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЦЕНТР, Г. ШЫМКЕНТ

##### Введение (цели/задачи):

Подтверждение адаптивности и применения практических европейских рекомендаций, результатов клинических исследований в каждодневной практике, внедрение медицины, основанной на доказательствах.

##### Материал и методы:

В Европейском регистре приняли участие 75 медицинских центров из 35 стран мира, с января 2007г. и Областной кардиологический центр (ОКЦ) г. Шымкента.

##### Результаты:

Получены данные 848 пациентов ОКЦ, последовательно госпитализированных впервые в том году с симптомами, предположительно связанными с острой ишемией миокарда, возникшими в предшествующие 24 часа. Количество пациентов ОКЦ с подъемом сегмента ST составило 165 чел (34,3%), в группу пациентов без подъема ST вошли 313 чел (65,07%). Средний возраст составил 62,3 года. 58,7% наших пациентов были мужчинами. На 27,0% больше среди наших пациентов оказалось имеющих два фактора риска. Каждый третий пациент имел предыдущий инфаркт миокарда, стенокардия в анамнезе отмечена у 62,2%, что в два раза чаще, чем среди пациентов других центров мира. В 1,8 раза выше частота предыдущих инсультов, артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией страдали на 22,8% и 33,5% больше пациентов ОКЦ. Число пациентов с диабетом меньше на 10,2%. Частота хронических болезней легких наших пациентов выше на 5,8%. На 42 минуты позже наши пациенты поступают в стационар, время от начала симптомов до ТЛТ составило 3,5 часа. Повышение уровня тропонина отмечено у 94,9% пациентов с подъемом сегмента ST, что сопоставимо с показателями других центров мира. Назначение аспирина и бета-блокаторов в обеих группах превышает 90%. Большой процент назначения ИАПФ, диуретиков и антагонистов альдостерона связан со значительным количеством (семикратно превышающим среднеевропейские) пациентов IV класса (Киллип). Частота использования НФГ и НМГ аналогична среднеевропейским цифрам. Такова же частота применения клопидогреля в группе ОКЦ с подъемом сегмента ST. В исходах процент ИМ с зубцом Q выше на 6%, НС на 22,0%, СН на 40%, летальности на 1-3%. Смертность наших пациентов группы высокого риска была выше на 10,2% и составила 31,71%.

##### Заключение:

Проводимая стратегия медикаментозной терапии сопоставима со среднеевропейской, основанной на медицине доказательств и подтверждает адаптивность применения международных рекомендаций в каждодневной клинической практике. Пациенты нашего региона имеют больше факторов риска и более отягощенный анамнез ССЗ, неблагоприятный прогноз развития фатальных и нефатальных осложнений.



Это свидетельствует о необходимости внедрения не только чрескожных вмешательств, но и широкомасштабной целевой профилактики ишемической болезни сердца.

#### **4.13. РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2**

Азизов В.А., Керимова Э.З., Мирзазаде В.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, VM Центр Эндокринологии, Диабета и Метаболизма, г. Баку

##### **Введение (цели/задачи):**

До настоящего времени в практическом здравоохранении, в ходе лечения и наблюдения больных, не определялся риск инфаркта миокарда у конкретного пациента с целью возможной его коррекции и снижения риска. В связи с этим целью исследования является изучение риска развития инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом (СД) типа 2.

##### **Материал и методы:**

В исследование были включены 340 пациентов (164 женщин и 176 мужчин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст  $53,7 \pm 5,36$  лет) с СД типа 2, находившихся на лечении в АМУ и VM Центре эндокринологии, диабета и метаболизма г. Баку в 2008-2009гг. Всем больным, включенным в исследование, проводились следующие обследования: давность возникновения СД ( $5,0 \pm 5,0$  лет); наследственность в отношении ИМ ( $21,5\% \pm 2,23\%$ ); курение ( $13,2\% \pm 1,84\%$ ); систолическое ( $138,6 \pm 20,79$ ) и диастолическое ( $87,8 \pm 11,45$ ) артериальное давление; биохимический анализ крови (гликемия натощак ( $200,8 \pm 72,10$ ); гликогемоглобин HbA1b ( $9,5 \pm 2,04$ ); холестерин ( $195,7 \pm 52,31$ ); липидный спектр – ЛПВП ( $49,0 \pm 6,70$ ), ЛПНП ( $109,7 \pm 47,48$ ), ЛПОНП ( $38,4 \pm 24,05$ ), триглицериды ( $191,4 \pm 118,27$ )). Риск ИМ у больных СД типа 2 вычислялся на компьютерной программе PROCAM.

##### **Результаты:**

В общей группе больных низкий риск развития ИМ был у  $52,4\% \pm 2,71\%$ , повышенный у  $26,2\% \pm 2,39\%$  и высокий у  $21,5\% \pm 2,23\%$  больных. Повышенный и высокий риск ИМ отмечен у  $47,6\% \pm 2,71\%$  обследованных СД 2. Средний риск составил  $14,77 \pm 14,18\%$ .

Среди мужчин: низкий риск развития ИМ был у  $50,5 \pm 3,78\%$ , повышенный у  $23,3 \pm 3,19\%$  и высокий у  $26,1 \pm 3,32\%$ , больных. Повышенный и высокий риск ИМ отмечен у  $49,4\% \pm 3,78\%$ .

Среди женщин: низкий риск развития ИМ был у  $54,3 \pm 3,90\%$ , повышенный у  $29,3 \pm 3,56\%$  и высокий у  $16,5 \pm 2,90\%$  больных. Повышенный и высокий риск ИМ отмечен у  $45,7\% \pm 3,90\%$ .

##### **Заключение:**

Около половины больных СД имеют повышенный или высокий риск развития ИМ. Вместе с тем различий риска развития ИМ в зависимости от половой принадлежности не отмечается.

#### **4.14. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО КОРОНАРОСПАЗМА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ СПЕКТР СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ**

Азизов В.А., Алекперова А.К., Рагимова А.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

##### **Введение (цели/задачи):**

Изучить влияние длительного коронароспазма на липидный

спектр крови венечных сосудов и энергетического метаболизма сердечной мышцы.

##### **Задачи исследования:**

1. Изучить состояние липидного спектра венечных сосудов в условиях длительного спазма коронарных сосудов и у интактных животных.

2. Изучить состояние энергетического метаболизма сердечной мышцы при длительном спазме коронарных сосудов и в интактном состоянии.

##### **Материал и методы:**

Эксперименты проводились на 20 беспородных собаках обоего пола массой 18-22 кг. Экспериментальные животные были разделены на 2 группы (по 10 в каждой). Все показатели липидного спектра и энергетического метаболизма изучались как в крови, взятой из устья коронарных артерий, так и в крови, взятой из большой вены сердца. Одновременно проводили подсчет артерио-венозной разницы по этим показателям. После завершения экспериментов с помощью гистохимических методов изучались основные показатели энергетического метаболизма сердечной мышцы. Для создания модели длительного спазма в течение трех часов ежедневно вводили внутривенно с помощью вазофикса на каждый килограмм веса собаки 0,5 мл 0,02 % раствора эргометрин малеата. Для регистрации появившегося спазма коронарных сосудов до введения раствора эргометрина малеата экспериментальное животное подключалось к кардиомонитору и в течение трех часов велось наблюдение.

##### **Результаты:**

Изменения, происходящие при длительном спазме коронарных сосудов носят глубокий характер по сравнению с интактной группой. Так, в артериальной крови уровень ОХ-  $163,9 \pm 12,2$  мг/дл, ТГ –  $32,8 \pm 4,9$  мг/дл, ЛПВП-  $94,5 \pm 8,7$  мг/дл, ЛПНП –  $62,8 \pm 8,8$  мг/дл, ЛПОНП-  $6,56 \pm 0,98$  мг/дл. В крови же, взятой из большой вены сердца показатели были следующие: ОХ-  $173,5 \pm 12,3$  мг/дл, ТГ-  $33,5 \pm 6,4$  мг/дл, ЛПВП-  $94,3 \pm 8,7$  мг/дл, ЛПНП-  $72,5 \pm 11,5$  мг/дл, ЛПОНП-  $6,7 \pm 1,27$  мг/дл. Артерио-венозная разница при длительном спазме составляла по ОХ-  $5,5\%$ , ТГ –  $2\%$ , ЛПВП-  $0,21\%$ , ЛПНП-  $13,37\%$ , ЛПОНП-  $2,08\%$ . Длительный спазм коронарных сосудов приводит к изменениям тканевого дыхания кардиомиоцитов. По сравнению с интактным состоянием активность МДГ уменьшилась на  $41,26\%$ , а активность СДГ- на  $34,38\%$ . Это подтверждает ослабление процессов оксигенации в тканях. По сравнению с интактным состоянием при длительном коронароспазме в венозной крови концентрация общего белка была меньше на  $14,35\%$ , а альбумина на  $15,45\%$ , глюкозы на  $23,56\%$ . Это доказывает, что при длительном коронаро-спазме в результате нарушения обменных процессов в кардиомиоцитах энергетический запас больше расходуется и в результате приводит к уменьшению энергетических субстратов.

##### **Заключение:**

1. При длительном спазме коронарных сосудов в сравнении с кратковременным ухудшается состояние липидного спектра венечной крови миокарда в сторону накопления ЛПНП и ЛПОНП, которые ухудшают состояние сосудистой стенки.

2. При длительном спазме коронарных сосудов интенсивность процессов окисления и глико-литических процессов ослабевает и соответственно изменяется артерио-венозная разница.

**4.15. ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА**

РЕБЕКО Е.С.

РНПЦ «Кардиология»

**Введение(цели/задачи):**

Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), является значимым фактором риска не только сердечно-сосудистой смертности, но и внезапной сердечной смерти. Наиболее значимыми в плане риска возникновения внезапной сердечной смерти являются желудочковые аритмии высоких градаций. Цель исследования: изучить частоту желудочковых нарушений ритма сердца у пациентов с АГ при гипертрофии миокарда.

**Материал и методы:**

Обследовано 63 пациента (32 мужчины и 31 женщина) с доказанной АГ и гипертрофией миокарда левого желудочка. Средний возраст пациентов 50,3 ± 11,4 года. Больным проводилась эхокардиография и Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ). Диагноз гипертрофии миокарда устанавливался при значении индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) > 125 г/м<sup>2</sup> для мужчин и > 110 г/м<sup>2</sup> для женщин. В зависимости от величины ИММЛЖ пациенты были распределены на 3 группы: 1-я группа (n=29) - пациенты с ИММЛЖ 110,1 – 139,9 г/м<sup>2</sup>; 2-я группа (n=20) - с ИММЛЖ 140,0 – 179,9 г/м<sup>2</sup>; 3-я группа (n=14) - пациенты с ИММЛЖ ≥ 180 г/м<sup>2</sup>. Желудочковые нарушения ритма сердца анализировались согласно классификации В. Lown, М. Wolf.

**Результаты:**

По данным ХМЭКГ у 22-х (76%) пациентов 1-ой группы были зарегистрированы желудочковые аритмии 0 – 2 класса (низких градаций), желудочковые аритмии 3-5 классов (высоких градаций) – у 7 (24%) больных. Во 2-ой группе у 17 (85%) пациентов обнаружены аритмии низких градаций и у 3-х (15%) пациентов – желудочковые аритмии 3-5 классов. В 3-ей группе - у 6 (43%) аритмии 0 – 2 класса, у 8 (57%) пациентов - желудочковые аритмии высоких градаций. Частота желудочковых аритмий 0 – 2 класса в группах не различалась (Kruskal-Wallis test, p=0,33). Получены межгрупповые различия частоты желудочковых аритмий 3-5 классов (Kruskal-Wallis test, p=0,02). У больных с ИММЛЖ ≥ 180 г/м<sup>2</sup> (группа 3) желудочковые аритмии высоких градаций встречались статистически значимо чаще, чем в группе 2 (Fisher exact two tailed, p=0,023).

**Заключение:**

У больных с АГ и ИММЛЖ более 180 г/м<sup>2</sup> чаще встречаются желудочковые аритмии высоких градаций (p=0,023), что свидетельствует об ухудшении прогноза для данной категории пациентов.

**4.16. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**СОЛОВЕЙ С.П., АТРОЩЕНКО Е.С., МАЦКЕВИЧ С.А.,  
КАРПОВА И.С., КАДОЧКИНА Н.Г.

РНПЦ «Кардиология» «РМиЭЧ»

**Введение(цели/задачи):**

Изучить особенности нарушения эндотелиальной функции у

больных стабильной стенокардией напряжения (СН) и инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД).

**Материал и методы:**

Обследованы 50 больных СН в сочетании с ИНСД среднего возраста 55,4±0,68 лет, 26 – мужчин, 24 – женщины (основная группа) и 27 сопоставимых по полу и возрасту больных СН без нарушения углеводного обмена (контрольная группа). Средняя продолжительность ИНСД составила 5,7±0,57 лет. Исследование функции эндотелия проводили с помощью ультразвука высокого разрешения 7,5 МГц по методу D. Celermajer (1992). Определяли диаметр плечевой артерии при реактивной гиперемии (РГ), рассчитывали коэффициент чувствительности к вазодилатации.

**Результаты:**

В контрольной группе, где находились пациенты без ИНСД, в среднем реакция плечевой артерии на РГ была патологической - процент изменения диаметра составил 5,46±0,912 (в норме - не < 10%). Но при наличии ИНСД происходило еще большее угнетение вазомоторной функции эндотелия - процент уменьшался до 2,83±0,803 (p<0,05). В целом по группам отсутствие прироста диаметра в ответ на РГ встречалось практически в равном числе случаев: 15,4% - в основной и 14,8% - в контрольной группах. Однако вазоконстрикция обнаруживалась с достоверно большей частотой у больных ИНСД: 34,6% против 11,1% случаев, X<sup>2</sup>=4,18, p<0,05. Кроме того, у лиц с ИНСД оказался сниженным по сравнению с нормой и коэффициент чувствительности плечевой артерии к вазодилатации 0,098.- 0,19±0,158 против 0,56

**Заключение:**

Выявленная более глубокая дисфункция эндотелия у пациентов СН и ИНСД по сравнению с лицами без нарушения углеводного обмена является отражением влияния метаболических изменений при сочетанной патологии, что необходимо учитывать в выборе лекарственных препаратов при проведении терапии СН.

**4.17. КОМПЛЕКСНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА С УЧЕТОМ ПОЛОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

СУДЖАЕВА О.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЦЕНТР «Кардиология»**Введение(цели/задачи):**

Разработать программу физической реабилитации (ФР) для женщин, больных инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы:**

64 женщины, больные ИМ, рандомизированы в основную группу (ОГ) - 25 пациенток 50,4±1,9 лет, и контрольную группу (КГ) - 39 женщин 52,7±1,4 года (p>0,05). Крупноочаговый ИМ имели 64% пациенток ОГ и 62% - КГ, артериальную гипертензию (АГ) - 40% ОГ и 64% КГ (p>0,05). Медикаментозное лечение ИМ в ОГ и КГ включало нефракционированный гепарин, метопролол, аспирин, эналаприл, при наличии стенокардии – нитраты. В ОГ в течение 2 месяцев проводилась разработанная программа ФР, включавшая контролируемые велотренировки 3 раза в неделю с максимальной тренирующей мощностью 60% пороговой, дозированной ходьбы, лечебную и дыхательную гимнастику, ФР в КГ была неконтролируемой.

Толерантность к физической нагрузке (ТФН) оценивалась при велоэргометрической пробе (ВЭП) по протоколу Bruce после отмены нитратов и БАБ за 1 сутки до исследования. Пере-носимость психоэмоциональной нагрузки (ПЭН) исследовалась при информационной пробе (ИП) (Сидоренко Г.И., 1985). I тест проводился на 8-15 стуки ИМ в зависимости от класса тяжести после стабилизации состояния по клиническим, лабораторным и ЭКГ данным; II тест – через 2 месяца от момента развития ИМ; III тест – через 1 год после ИМ.

**Результаты:**

При I тесте ТФН в ОГ  $68,0 \pm 4,2$  Вт, в КГ  $58,1 \pm 3,7$  Вт ( $p > 0,05$ ), ишемия миокарда при ВЭП развилась у 72% ОГ пациенток и у 77% КГ ( $p > 0,05$ ). Психогенная ишемия миокарда спровоцирована у 68% женщин ОГ и у 71% - КГ ( $p > 0,05$ ). Переносимость разработанной программы ФР в ОГ была хорошей: лишь у 1 (4%) из 25 женщин курс был прерван из-за развития перикардита. При II тесте ТФН в ОГ составила  $78,6 \pm 3,3$  Вт, т.е. существенно выше, чем при I тесте ( $p < 0,05$ ) и чем в КГ –  $58,7 \pm 4,5$  Вт ( $p < 0,05$ ). Ишемия послужила причиной прекращения ВЭП в ОГ у 52% пациенток, в КГ – у 91% ( $p < 0,05$ ). В КГ при II тесте ТФН в сравнение с исходной существенно не изменилась ( $p > 0,05$ ). При III тесте ТФН в ОГ  $60,9 \pm 3,9$  Вт была по-прежнему выше, чем в КГ –  $80,0 \pm 5,1$  Вт ( $p < 0,05$ ). Ишемия миокарда при ВЭП в ОГ выявлялась реже, чем исходно – у 40% и 72%, ( $p < 0,05$ ), в КГ – чаще, чем исходно – 87% и 77% ( $p > 0,05$ ). В ОГ 47% пациенток (в КГ – ни одной) достигли при ВЭП 85% от мак-симальной для данного возраста частоты сердечных сокращений. При III тесте в ОГ отмечалось также улучшение переносимости ПЭН: ишемия при ИП выявлялась у 31% обследованных, т.е. существенно реже, чем исходно – 68% ( $p < 0,05$ ). В КГ переносимость ПЭН в течение 1 года после ИМ существенно не изменилась.

**Заключение:**

разработанная программа ФР, адаптированная к женскому полу, является безопасной и способствует улучшению функционального состояния системы кровообращения в течение, как минимум, 1 года после ИМ.

---

**4.18. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ИБС И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Тусупбекова М.М., Сейсембеков Т.З., Жаутикова С.Б., Козлова И.Ю.

КАРААНДИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕД. АКАДЕМИЯ

**Материал и методы:**

Морфологический анализ ткани легких проведен у 28 умерших больных сахарным диабетом 2 типа (СД-2), в том числе 11 больных без ишемической болезни сердца (ИБС) и 17 – СД-2 в сочетании с ИБС.

**Результаты:**

Гемодинамические изменения сосудов легких у больных СД-2 без ИБС носили распространенный характер. Встречались мышечные артерии с суженным просветом за счет новообразования интимального мышечного слоя, утолщения и гиперэластоза средней оболочки. Наблюдались выраженное сужение просвета артериол и дистрофические изменения внутренней эластической мембраны с образованием комков и зерен. В мелких и средних артериях эластическая мембрана была утолщена и расщеплена. В мелких венах и венулах отме-

чались гиперэластоз, гипертрофия мышечной ткани, сужение просвета, утолщение интимы, обычно за счет новообразования продольных гладких мышц, иногда вследствие склероза и гиалиноза стенок. В некоторых междольковых венах обнаруживались явления очагового продуктивного эндотелиа с очаговыми утолщениями интимы и скоплением в них лимфоцитов и макрофагов. При изучении крупных ветвей легочной артерии в 17 наблюдениях СД-2 с ИБС выявлены признаки атеросклероза, дистрофические изменения и некроз эндотелия с последующим сращиванием. В артериях среднего, мелкого калибра и в артериолах, наряду с дезорганизацией соединительной ткани, отмечались выраженные склеротические и геморрагические изменения. Плазматическое пропитывание стенки мелких артерий и артериол отмечено в 14 (82,3%) из 17 случаев; коагуляция, уплотнение плазменных белков и гиалиноз в 3 (17,6%), склероз их стенок в 10 (58,8%). Уменьшение диаметра сосудов и увеличение толщины стенки отмечалась у больных с ИБС, индекс Кернога был выше в 1,7 раза по сравнению СД -2 без ИБС, что указывает на увеличение сопротивления кровотоку в малом круге кровообращения.

**Заключение:**

Таким, образом, изучение мелких мышечных артерий в легких показало, что у больных СД2 с ИБС с наличием латентной посткапиллярной артериальной гипертензией обнаруживается перестройка ветвей легочной артерии в сосуды замыкающего типа. По мере нарастания повреждения и фиброза альвеолярной ткани в ней прогрессируют гипоксические процессы, не образуются пневмоциты I типа и нарушается аэрогематический барьер.

---

**4.19. ВЛИЯНИЕ КАПТОПРИЛА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОСОРБИДОМ ДИНИТРАТОМ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Урумбаев Р.К., Ашмрова Г.Р., Джорупбекова К.Ш., Джумагулова А.С.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ИМ. АКАД. М. МИРРАХИМОВА

**Введение(цели/задачи):**

Используя стандартные клинические методы исследования лекарственных препаратов, мы пытались выяснить: 1) антиангинальный и антиишемический эффект каптоприла (Кп); 2) Клиническое взаимодействие Кп с изосорбидом динитратом (ИД) при совместном их применении. Эффективность Кп (25мг) и ИД (10-20мг) оценивали методом парных велоэргометрических (ВЭМ) проб у 15 добровольцев мужчин, в возрасте  $53,1 \pm 2,9$  лет, с диагнозом стабильная стенокардия (Ст Ст) напряжения, без каких-либо серьезных сопутствующих заболеваний.

**Материал и методы:**

Эффективность Кп (25мг) и ИД (10-20мг) оценивали методом парных велоэргометрических (ВЭМ) проб у 15 добровольцев мужчин, в возрасте  $53,1 \pm 2,9$  лет, с диагнозом стабильная стенокардия (Ст Ст) напряжения, без каких-либо серьезных сопутствующих заболеваний.

**Результаты:**

В острых пробах – на приеме Кп достоверный прирост пороговой нагрузки ( $\Delta T \geq 120$  сек) был отмечен только у 2 (13,3%) обследованных. Однако,  $\Delta T \geq 60$  сек наблюдался уже в 8 (53%) случаях. ИД был эффективен у 12 (80%) больных.

Курсовое лечение (КЛ) проводилось в течение 4-х недель. На приеме Кп в суточной дозе 75мг частота приступов стенокардии уменьшилась с  $9,1 \pm 1,1$  до  $1,7 \pm 0,6$ ,  $p < 0,001$ . Но, при этом 4 (26,7%) больным мы вынуждены были прекратить терапию Кп из-за ухудшения состояния (учащения приступов стенокардии и др.). ИД был эффективным весь период наблюдения. Однако, через две недели отмечено учащение приступов стенокардии – в среднем по группе с  $2,1 \pm 0,6$  на 2-й недели до  $4,1 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ) в конце КЛ, подтвержденные результатами ВЭМ проб. У 30% больных наблюдались побочные реакции в виде головных болей и тахикардии. 10 больным КБС мы провели КЛ с Кп + ИД. Достоверного потенцирования эффекта препаратов ни в острой пробе, ни при КЛ (Кп в дозе 12,5мг + ИД в дозе 10мг) мы не наблюдали. Но, у всех отмечено стабильное улучшение состояния при отсутствии побочных реакций.

#### **Заключение:**

Таким образом, для поддержания эффекта и предупреждения побочных реакций нитратов, назначение Кп может быть обоснованным практически у всех больных Ст Ст.

#### **4.20. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

ШИБЕКО Н.А., ГЕЛИС Л.Г., МЕДВЕДЕВА А.А.,  
ОСТРОВСКИЙ Ю.П.

РНПЦ «Кардиология»

#### **Материал и методы:**

Обследовано 183 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС) (85 человек с инфарктом миокарда (ИМ) и 98 человек с нестабильной стенокардией (НС)), которым была выполнена хирургическая реваскуляризация миокарда в ранние (3-14 сутки) сроки заболевания. Всем пациентам выполнялись клинико-инструментальные и лабораторные обследования, коронароангиография.

#### **Результаты:**

Неблагоприятное течение послеоперационного периода наблюдалось у 97 (53%) больных: 8(4,4%) пациентов умерли, у 21(11,5%) пациента развился послеоперационный инфаркт миокарда (ПИМ), у 61 (33,3%) больного – острая сердечная недостаточность (ОСН), 24 (13,1%) пациента имели жизнеопасные нарушения ритма. Установлено, что развитие осложнений обусловлено множеством факторов таких, как ИМ в анамнезе ( $p=0,0005$ ), сахарный диабет ( $p=0,00008$ ), ХПН ( $p=0,0006$ ), аневризма ЛЖ ( $p=0,0009$ ), опасные нарушения ритма ( $p=0,003$ ), а также наличием объемной перегрузки (КСИ, КДИ, МС, ИОТ) левого и правого желудочков, глобальной сократимости миокарда (ФВ ЛЖ, ФВ ПЖ). На развитие ОСН наибольшее влияние оказывают такие исходные показатели как фракция выброса ЛЖ ( $r=-0,41$ ;  $p=0,001$ ), фракция выброса ПЖ ( $r=-0,68$ ;  $p=0,0001$ ), КСИ ( $r=0,72$ ;  $p=0,0001$ ), ИЛСМ ( $r=0,62$ ;  $p=0,012$ ), МС ( $r=0,62$ ;  $p=0,04$ ), наличие аневризмы левого желудочка ( $r=0,52$ ;  $p=0,000024$ ). Развитие ПИМ ассоциируется с исходным уровнем тропонина I ( $r=0,7$ ;  $p=0,0001$ ), С-реактивного белка ( $r=0,67$ ;  $p=0,0002$ ), Д-димеров ( $r=0,59$ ;  $p=0,003$ ), натрийуретического гормона ( $r=0,58$ ;  $p=0,03$ ). На прогноз развития ранней послеоперационной летальности больных существенно влияют исходные уровни тропонина I ( $r=0,72$ ;  $p=0,0001$ ), С-реактивного белка ( $r=0,65$ ;  $p=0,00006$ ),

фибриногена ( $r=0,63$ ;  $p=0,0007$ ), натрийуретического гормона ( $r=0,76$ ;  $p=0,0002$ ), фактора Виллебранда ( $r=0,65$ ;  $p=0,0004$ ).

#### **Заключение:**

Развитие осложнений после КШ с ИК у лиц с ОКС обусловлено множеством факторов. Комплексная оценка которых позволяет в каждом конкретном случае объективизировать тяжесть течения заболевания и целенаправленно проводить предоперационную подготовку и вторичную профилактику послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов ОКС с хирургической реваскуляризацией миокарда.

#### **4.21. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

ШИБЕКО Н.А., ГЕЛИС Л.Г., МЕДВЕДЕВА Е.А.,  
СЕМЕНОВА Н.В.

РНПЦ «Кардиология»

#### **Введение(цели/задачи):**

#### **Материал и методы:**

В исследование включено 52 человека с Q-позитивным инфарктом миокарда (ИМ), которым было выполнено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения по неотложным показаниям. 1-я группа представлена 28 (36,8%) пациентами с Q-позитивным ИМ, которым, в дополнение к базовой терапии, в течение 3 суток до и 3-5 суток после коронарного шунтирования вводится в/в капельно 100 мл 1% раствора корвитина. 2-я группа – это 24 (31,6%) пациента с Q-позитивным инфарктом миокарда с базовой терапией, без кардиопротекции.

#### **Результаты:**

В раннем послеоперационном периоде острая сердечная недостаточность (ОСН) наблюдалась у 2 (7,1%) пациентов в 1 группе и у 7 (29,1%) из 2 группы ( $p=0,03$ ). Послеоперационный инфаркт миокарда развился у 1 (3,6%) человека из 1 группы и 5(20,8%) человек из 2 группы, ( $p < 0,05$ ). Нарушения ритма (мерцательная аритмия, частая желудочковая экстрасистолия) зарегистрированы у 4 (14,3%) больных из 1 группы и 9 лиц (37,5%) из 2 группы ( $p < 0,05$ ). Летальных исходов не было ни в одной из групп. Уровень тропонина (Тп I) в первые сутки после кардиохирургических вмешательств, по сравнению с исходными величинами, увеличился в обеих группах: в 1 группе с  $6,0 \pm 3,8$  нг/мл до  $10,0 \pm 2,2$  нг/мл ( $p < 0,05$ ), во 2 группе с  $6,2 \pm 4,5$  нг/мл до  $14,9 \pm 3,1$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Кардиопротективный эффект препарата также подтверждался более интенсивным снижением Тп I в 1 группе на 3 и 10 сутки после КШ. Наряду с кардиоспецифичными ферментами имелось достоверное снижение уровня СРБ в 1 группе (с  $5,0 \pm 1,0$  г/л до  $4,2 \pm 1,0$  г/л ( $p < 0,05$ )) и уровня фибриногена – от  $5,8 \pm 1,3$  г/л до  $3,88 \pm 0,9$  г/л ( $p < 0,001$ ). Во 2 группе наблюдалась лишь тенденция к снижению показателей фибриногена (с  $5,4 \pm 1,4$  г/л до  $5,1 \pm 1,2$  г/л) и СРБ (от  $5,5 \pm 1,3$  г/л до  $5,0 \pm 1,4$  г/л). Полученные данные свидетельствуют о более выраженном снижении воспалительной активности и стабилизации патологического процесса у больных ОКС с применением корвитина до и после КШ.

#### **Заключение:**

Применение корвитина у лиц с ОКС после КШ способствует снижению воспалительных (СРБ, фибриноген) явлений и

уменьшению массы некротизированного миокарда (тропонин), вследствие чего уменьшается количество ранних послеоперационных осложнений: ОСН ( $p=0.003$ ), нефатальный периперационный инфаркт миокарда ( $p=0.04$ ), нарушения ритма ( $p=0.002$ ).

#### 4.22. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА

ШИБЕКО Н.А., ЛАХАНЬКО Л.Н., ГЕЛИС Л.Г.,  
ОСТРОВСКИЙ Ю.П.

РНПЦ «Кардиология»

##### Введение(цели/задачи):

##### Материал и методы:

В исследовании проанализированы данные 183 пациентов. Информация включала исходные данные клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования и коронарографии. Благоприятное течение послеоперационного периода наблюдалось у 86 (47%) пациентов, неблагоприятное – у 97 (53%) больных. Для решения задачи по выявлению основных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) после прямой реваскуляризации миокарда использован метод основного дискриминантного анализа моделей пакета статистической обработки данных “Statistica”.

##### Результаты:

В результате выполнения процедуры пошаговой дискриминации выявлялись факторы, вносящие весомый вклад в прогнозирование характера послеоперационного течения заболевания. В качестве информативных переменных для группы, исходно имеющей ИМ, выявлены факт наличия в анамнезе ранее перенесенного ИМ ( $x_1$ ), выполнение реконструктивной операции ( $x_2$ ), значения тропонина I ( $x_3$ ), фибриногена ( $x_4$ ), натрийуретического гормона ( $x_5$ ) и С-реактивного белка ( $x_6$ ), подъем сегмента ST на ЭКГ ( $x_7$ ). Для группы пациентов, исходно имеющих ИС, выявлены факт наличия в анамнезе артериальной гипертензии ( $x_1$ ), сахарного диабета ( $x_2$ ), выполнение реконструктивной операции ( $x_3$ ), суммарное поражение коронарных артерий ( $x_4$ ), значения фактора Виллибранда ( $x_5$ ) и натрийуретического гормона ( $x_6$ ), депрессия сегмента ST на ЭКГ ( $x_7$ ). Полученные функции позволяют для каждого пациента вычислить веса классификации  $Y_i$  в каждой группе по формуле:  $Y_i = c_i + w_{i1} * x_1 + w_{i2} * x_2 + \dots + w_{i7} * x_7$ , где  $i$  – номер группы;  $c_i$  – константа для  $i$ -ой совокупности,  $(w_{i1} \div w_{i7})$  – веса переменных  $i$ -ой совокупности;  $(x_1 \div x_7)$  – наблюдаемые значения переменных.

##### Заключение:

Использование классификационных функций для оценки риска развития сердечно-сосудистых осложнений после прямой реваскуляризации миокарда позволит объективизировать состояние больного, дифференцировать медикаментозную терапию и прогнозировать конечные исходы.

#### 4.23. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q КАК ПРЕДИКТОР БЛИЖАЙШЕГО И ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

ШУЛЬМАН В.А., ГОЛОВЕНКИН С.Е., СИМУЛИН В.Н.,  
РАДИОНОВ В.В.

Красноярский Государственный медицинский университет, Городская больница №20

##### Введение(цели/задачи):

В настоящее время подразделение инфаркта миокарда (ИМ) на 2 группы, в зависимости от наличия или отсутствия патологического зубца Q на ЭКГ, является практически общепризнанным в клинической практике. В то же время в последнее десятилетие появились работы, в которых подвергается сомнению целесообразность такого подразделения. Согласно данным этих авторов, прогноз и клиническое течение ИМ с зубцом Q и без него не имеют существенных различий. Разноречивые результаты, полученные различными авторами, возможно объясняются методическими ошибками и в частности тем, что ни в одной из работ не учитывалось время возникновения зубца Q у больных ИМ. Цель исследования: сравнить ближайший и отдаленный прогноз у больных первичным инфарктом миокарда (ИМ) с патологической Q волной (Q-ИМ) и без Q волны (не-Q-ИМ) с учетом времени возникновения патологического зубца Q.

##### Материал и методы:

В исследование было включено 616 больных с первичным ИМ с подъемом сегмента ST (431 больной ИМ с Q-ИМ и 185 больных с не-Q-ИМ). Средний возраст больных составил  $62,1 \pm 11,9$ . Анализ исходов заболевания проводился в госпитальный период и через 24 месяца после возникновения ИМ.

##### Результаты:

Госпитальная летальность, а также суммарная летальность за двухлетний период наблюдения у больных с Q-ИМ была достоверно выше по сравнению с летальностью больных с не-Q-ИМ. Большой интерес представляет изучение связи между временем возникновения зубца Q у больных ИМ и прогнозом. По полученным нами данным прогноз больных ИМ, у которых зубец Q возникал в пределах 6 - 24 часов от начала ангинозного приступа (поздний Q-ИМ) существенно не отличался от прогноза больных с не-Q-ИМ. Соответственно, госпитальная летальность больных с не-Q-ИМ составила 2,2%, с поздним Q-ИМ – 4,2%,  $P > 0,5$ . Летальность в течение 24 месяцев наблюдения в этих 2 подгруппах также достоверно не отличалась, соответственно 10,8% в подгруппе с не-Q-ИМ и 15,8% в подгруппе с поздним Q-ИМ,  $P > 0,2$ . Ближайшая и отдаленная летальность у больных с ранним возникновением зубца Q (первые 6 часов от начала ангинозного приступа) была достоверно выше летальности больных не-Q-ИМ и поздним Q-ИМ.

##### Заключение:

Таким образом, ближайший и отдаленный прогноз больных ИМ с ранним возникновением зубца Q, достоверно хуже прогноза больных с не-Q-ИМ и поздним Q-ИМ.

**4.24. ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ**

Губич Т.С., Суджаева С.Г., Суджаева О.А.,  
КАЗАЕВА Н.А.

РНПЦ «Кардиология» Республика Беларусь, г. Минск

**Введение (цели/задачи):**

Изучить распространенность коронарного атеросклероза у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (ХНМК) и его динамику в течение года при разных способах лечения и реабилитации.

**Материал и методы:**

53 пациента с ХНМК в возрасте  $57,1 \pm 7,6$  лет рандомизированы на три группы. В основную группу (ОГ) вошло 5 пациентов, в контрольную группу 1 (КГ1) – 11, в контрольную группу 2 (КГ2) – 37. Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу, частоте и характеру сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт). Больным ОГ для восстановления мозгового кровотока выполнена операция экстра-интракраниального микрошунтирования (ЭИКМА), до и после операции использовалась разработанная программа медицинской реабилитации, включавшая назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), статинов и индивидуализированные физические тренировки (ФТ). У пациентов КГ1 лечение после ЭИКМА включало цереброангиорегулирующие препараты. В КГ2 у 13 (35,1%) пациентов проводилось только медикаментозное лечение ХНМК, еще у 24 (64,9%) в разные сроки до рандомизации была выполнена хирургическая и/или интервенционная пластика экстракраниальных артерий. В КГ1 и КГ2 активная физическая реабилитация не проводилась. Переносимость психоэмоциональной нагрузки (ПЭН) исследовалась в условиях информационной пробы – ИП (Сидоренко Г.И., 1985). I тест проводился на 1–3 сутки, II тест – через 6 месяцев, III тест – через 12 месяцев после рандомизации.

**Результаты:**

При I тесте психогенная ишемия миокарда при ИП спровоцирована у 60% пациентов ОГ, т.е. несколько чаще, чем у больных КГ1 и КГ2 – 33,3% и 21,4%, соответственно ( $p > 0,05$ ). При II тесте психогенная ишемия миокарда не спровоцирована ни у одного из пациентов ОГ, получавших иАПФ, статины и индивидуализированные ФТ. В КГ1 при II тесте психогенная ишемия миокарда выявлена у 87,5% пациентов, что достоверно чаще, чем при I тесте – 33,3% ( $p < 0,05$ ) и чем у пациентов ОГ. В КГ2, где не проводилась активная коррекция факторов риска, также отмечена тенденция к ухудшению переносимости ПЭН: ишемия спровоцирована у 52% обследованных, что несколько чаще, чем при I тесте – 21,4% ( $p > 0,05$ ). При III тесте наметившаяся тенденция сохранялась: в ОГ, где проводилась наиболее активная вторичная профилактика атеросклероза, психогенная ишемия не выявлена ни у одного из обследованных, в КГ1 – 50%, в КГ2 45,5% обследованных спровоцирована психогенная ишемия миокарда.

**Заключение:**

У больных с ХНМК имеет место высокая распространенность атеросклероза коронарных артерий, который при отсутствии комплексной вторичной профилактики с включением иАПФ, статинов и физических тренировок имеет тенденцию к прогрессированию в течение первого года наблюдения.

**4.25. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Губич Т.С.

РНПЦ «Кардиология» Республика Беларусь, г. Минск

**Введение(цели/задачи):**

Разработать методический подход к лечению больных хронической ИБС

**Материал и методы:**

Обследовано 100 больных стенокардией напряжения I-III функциональных классов (ФК), разделенных на основную (ОГ,  $n=56$ ) и две контрольные группы (КГ1,  $n=25$  и КГ2,  $n=19$ ). Средний возраст  $45,8 \pm 0,8$  года. Группы были сопоставимы по возрасту, ФК стенокардии, сопутствующей патологии. Лечение больных ОГ предусматривало дифференцированное назначение медикаментов, основанное на наличии или отсутствии ангиального синдрома и на выявлении наклонности коронарных артерий к спазму в условиях психоэмоциональной нагрузки (ПЭН), а также использование индивидуализированных физических тренировок (ФТ), дифференцированного физиотерапевтического воздействия и массажа. Лечение пациентов КГ1 осуществлялось согласно общепринятым методикам, а у больных КГ2 применялась только медикаментозная терапия, аналогичная схеме у лиц ОГ. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее велоэрметрию (ВЭП), тест с ПЭН, запись реоэнцефалограммы (РЭГ) и психологическое тестирование. Эффективность лечения оценивалась по данным обследований до лечения, после курсового 3-х недельного лечения, через 6 и 12 месяцев.

**Результаты:**

При исходном обследовании толерантность к физической нагрузке (ФН) составила: в ОГ  $109 \pm 5,4$  Вт, в КГ1 и КГ2 –  $120 \pm 9,3$  и  $113 \pm 14,4$  Вт, соотв. У лиц ОГ после курса лечения, а также через 6 и 12 месяцев выявлен достоверный рост толерантности к ФН ( $146,4 \pm 6,9$ ,  $142,7 \pm 8,0$  и  $151,6 \pm 9,8$  Вт,  $p < 0,05$ , соотв.), а у пациентов КГ1 и КГ2 толерантность к ФН не изменилась по сравнению с исходным. Ишемия миокарда во время ПЭН исходно чаще отмечалась у лиц ОГ (53,6%) по сравнению с КГ1 (28%) ( $p < 0,05$ ) и КГ2 ( $p > 0,05$ ). После курса лечения у больных ОГ выявлено снижение частоты случаев психогенной ишемии с 53,6% до 30,9%, а через 6 и 12 месяцев – до 21,9% и 25,7%,  $p < 0,05$ , соотв. Положительная динамика в переносимости ПЭН наметилась и у больных КГ2. У лиц же КГ1 толерантность к ПЭН не изменилась. У больных ОГ в процессе наблюдения отмечены достоверно более низкие значения показателя, характеризующего тонус мелких мозговых сосудов (по данным РЭГ), а также положительная динамика психологического статуса.

**Заключение:**

Разработанный методический подход лечения больных хронической ИБС позволил значительно повысить эффективность медицинского аспекта реабилитации этой категории больных.

#### 4.26. ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОДХОД К НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И КОЛИЧЕСТВА ПОРАЖЕННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Довгалевский Я.П., Рыбак О.К., Бурлака А.Н., Дурнова Н.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологии

##### Введение(цели/задачи):

Одним из важных показателей структурных изменений ритма сердца (РС) является энтропия (Н) сердечного ритма (ЭСР), предложенная для оценки степени ригидности РС (О.К. Рыбак, 1974). ЭСР вычисляется согласно выражению К. Шеннона (1948): где  $P_i$  – вероятность появления  $i$ -ого интервала RR в полной сумме их вероятностей, равной единице. Целью исследования было сравнить изменения величины Н в зависимости от степени поражения коронарных артерий (КА) (гемодинамически значимое  $\geq 75\%$  хотя бы одной КА – ГДЗП и гемодинамически  $< 75\%$  поражение, стеноз незначимое поражение, стеноз  $< 75\%$  - ГДНП) и количества ГДЗП КА – однососудистое и многососудистое.

##### Материал и методы:

Обследовано 96 больных ИБС, у которых при проведении коронарографии было выявлено ГДЗП в 66,7% и ГДНП в 33,3% случаев. Контрольную группу составили 33 человека в возрасте от 35 до 60 лет, признанные практически здоровыми (ПЗЛ) по данным обследования.

##### Результаты:

Проведенный анализ показал, что средняя величина Н в группах обследованных составила:  $4,99 \pm 0,1$  (ПЗЛ),  $4,62 \pm 0,09$  (ГДНП),  $4,52 \pm 0,13$  (ГДЗП), при достоверном различии по данным дисперсионного анализа ( $p=0,011$ ). Сравнение величины Н в зависимости от количества пораженных КА в группе больных с ГДЗП показало:  $4,99 \pm 0,01$  (однососудистое поражение) и  $4,52 \pm 0,11$  (многососудистое поражение),  $p=0,02$ . Таким образом, изменение структуры сердечного ритма, определяемое величиной Н показало, что ее величина уменьшается в группах с более выраженным стенозом КА и при многососудистом поражении КА.

##### Заключение:

Информационная характеристика (Н) является объективным интегральным показателем “концентрации” ритма сердца, что обусловлено сужением зоны миграции клеточного водителя ритма в плоскости синусного узла, и может играть роль дополнительного неинвазивного индикатора диагностики тяжести поражения коронарного русла у больных ИБС.

#### 4.27. ИЗМЕНЕНИЕ СКОРОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФАЗЫ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дурнова Н.Ю., Довгалевский Я.П., Рыбак О.К., Бурлака А.Н.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

##### Введение(цели/задачи):

Своевременное распознавание ИБС – одна из ключевых задач кардиологии. Одним из наиболее распространенных методов диагностики ИБС является ЭКГ. Однако у больных хронической формой ИБС (ХИБС) при стандартной электрокардиогра-

фии в покое часто отклонения не выявляются. Цель исследования – изучение диагностической информативности метода анализа ЭКГ, основанного на оценке характеристик функции первой производной фазы реполяризации.

##### Материал и методы:

Обследовано 80 больных ХИБС с коронароангиографическим подтверждением диагноза (1 группа) и 88 практически здоровых лиц в возрасте старше 35 лет (53 человека) – 2 группа и 35 человек моложе 35 лет (3 группа). Для построения сглаженного модуля первой производной ЭКГ использовано выражение:  $A_j = \frac{dA}{dt}$ , где  $A_j$  – значения производной сигнала,  $A$  – значения исходного сигнала в точках квантования (250 Гц). Анализ проводился для II стандартного отведения ЭКГ с длительностью записи 5 мин.

##### Результаты:

Зубец Т на вновь построенной кривой имел двухвершинную форму: Т1 – сглаженный модуль первой производной восходящего колена исходного зубца Т и Т2 – нисходящего колена. К временным характеристикам отнесли длительность нисходящего колена зубца Т (результат разницы интервалов  $R_{Te}$  ( $T_e$  – конец зубца Т) и  $R_{Ta}$  ( $T_a$  – вершина зубца Т)). Изучалась динамика величин Т1, Т2 и отношения  $T2/T1$ , и  $T2/R_{Te}-R_{Ta}$ . Для определения достоверности различия средних значений использовался однофакторный дисперсионный анализ, который показал следующее. Величина зубцов Т1 и Т2 соответственно по группам составила:  $25,2 \pm 9,1$ ;  $30,2 \pm 8,6$ ;  $37,3 \pm 15,3$  и  $36,9 \pm 9,1$ ;  $42,7 \pm 13,7$ ;  $61,4 \pm 26,2$  ( $p < 0,0001$ ).

##### Заключение:

Анализ первой производной ЭКГ позволяет более полно оценить процессы временной реполяризации. При ишемии миокарда изменяются скоростные параметры зубцов Т1, Т2 и их отношения ( $T2/T1$ ,  $T2/R_{Te}-R_{Ta}$ ) – в целом скоростные показатели, как и их отношения достоверно уменьшаются даже в состоянии покоя.

#### 4.28. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Искандерова С.Д., Высогорцева О.Н.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентская медицинская академия

##### Введение(цели/задачи):

Изучение эффективности комплексного применения магниторезонансной терапии (МРТ) и статико-динамической лечебной гимнастики (СДЛГ) в физической реабилитации больных инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (ИБС).

##### Материал и методы:

Было обследовано 120 больных инвалидов, перенесших инфаркт миокарда давностью от 1 года до 5 лет (115 мужчин и 5 женщин). Средний возраст больных был  $50,43 \pm 1,02$  года. Обследования проводили при поступлении в Центр реабилитации и по окончании реабилитационных мероприятий. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты) и посещали занятия с психологом, где проводилась индивидуальная или групповая психокоррекция. Больные были распределены случайным образом на 4 группы по 30 человек в каждой. В 1-ю группу были отнесены больные, в курс лечения которых на фоне базисной медикаментозной терапии были



включены больные, в – получавших курс МРТ, в 3-ю – занятия ЛФК, во 2-ю реабилитационном комплексе которых МРТ сочетали с физическими тренировками. Четвертая группа получала только медикаментозное лечение. Продолжительность стационарной психофизической реабилитации составляла  $18 \pm 2$  дня. Всем больным, помимо общеклинического обследования, при поступлении и через 10-20 дней проводились запись ЭКГ в 12 отведениях в покое, эхокардиография покоя, пробы с физической нагрузкой (велозргометрическая (ВЭП), тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), ножная изометрическая нагрузка (НИН)), оценка качества жизни (КЖ) и психологического статуса больных (Миннесотский опросник качества жизни, опросник САН), исследование состояния реологии крови: протромбиновый индекс (ПТИ), время свертывания крови (ВСК).

#### **Результаты:**

В результате проведенного комплекса лечения состояние больных улучшилось во всех группах, уменьшилась частота приступов стенокардии, повысились показатели ФРС и психологического статуса. Максимально достигнутая степень ДФН, время выполняемой нагрузки достоверно увеличились у больных первых трех групп, причем максимально в III группе, а в IV – практически остались прежней ( $p > 0,05$ ). С увеличением времени и мощности нагрузки достоверно возрос объем выполненной работы в первых трех группах. В IV группе прирост величины выполненной работы был недостоверным. При поступлении «стоимость» работы (ДДП/А) была одинаково высокой у всех больных, при выписке она достоверно снизилась во II и в III группах (на 16% и 25% соответственно), в I группе отмечена тенденция к снижению этого показателя, а в IV «стоимость» осталась прежней. Процент прироста стандартного статического усилия (ССУ) был наибольшим у больных II и III группы (на 21% и 29%) и наименьшим в I и IV группах (на 8% и 1,5%). «Стоимость» статического усилия по приросту ДП (ДДП/ССУ) при отсутствии специальных статических упражнений, тренирующих мышцы ног, достоверно не изменилась в I и IV группах, а во II и III при подключении тренировок она достоверно снизилась на 14% и 18% соответственно. Наиболее значимая положительная динамика показателей качества жизни и психологического статуса была отмечена у больных III группы, одинаковая – у больных I и II групп и наименьшая – у больных IV группы.

#### **Заключение:**

Таким образом, наиболее эффективной оказалась программа, включавшая применение на фоне медикаментозной терапии комплекса физических тренировок и магниторезонансной терапии. Это видно из большего прироста показателей ФРС и статической выносливости, лучшего гемодинамического обеспечения нагрузок, улучшения показателей качества жизни и психофизиологического статуса больных.

#### **4.29. ФОРМИРОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА БОЛЬНЫХ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Искандерова С.Д., Высогорцева О.Н.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Ташкентская медицинская академия

#### **Введение(цели/задачи):**

Актуальность решения данной проблемы продолжает оста-

ваться высокой в связи с тем, что, несмотря на достигнутые отдельные позитивные тенденции, показатели здоровья и инвалидности, в целом находятся на неудовлетворительном уровне. Реабилитационный маршрут – это перечень мероприятий медицинского, социального, профессионального и психологического характера, которые необходимо пройти инвалиду в соответствии с этапами реабилитационного процесса и индивидуальной программой реабилитации (ИПР), составленной в такой последовательности, которая соответствует целям и задачам для данного больного. Цель работы: разработать реабилитационный маршрут для больных инвалидов вследствие ИБС.

#### **Материал и методы:**

Под наблюдением находились 115 человек трудоспособного возраста с основным диагнозом ИБС ПИКС, II группу инвалидности имели 79 больных, III группу 36. У больных оценивались клинический статус, толерантность к – динамической и статической физическим нагрузкам (ВЭМ, тест с 6-минутной ходьбой, тест с ножной изометрической нагрузкой (НИН), ЭКГ покоя, ЭхоКГ, коагулограмма, психологический статус (тест СМОЛ), профессионально-трудовой статус больных, динамика реабилитационного потенциала. Программа реабилитации включала базисную медикаментозную терапию (иАПФ,  $\beta$ -блокаторы, нитраты, симекар, клопидогрель), статико-динамическую лечебную гимнастику, процедуры магниторезонансной терапии, занятия с психологом.

#### **Результаты:**

Состояние больных улучшилось, уменьшилась частота приступов стенокардии, повысились показатели ФРС и психологического статуса. Медицинская реабилитация инвалидов вследствие ИБС может быть представлена как медико-оздоровительный маршрут, который складывается из ряда этапов: • дореабилитационный этап предшествует направлению инвалида в реабилитационный центр (РЦ). При прохождении медико-социальной экспертизы осуществляется реабилитационно-экспертная диагностика, уточняется степень функциональных нарушений, определяется реабилитационный потенциал, разрабатывается раздел медицинской реабилитации ИПР. • реабилитационный (стационарный) этап, в течение которого за время пребывания инвалида в РЦ осуществляются все виды комплексного медико-реабилитационного воздействия: восстановительная терапия с ее медикаментозными и немедикаментозными методами, физкультурно-оздоровительное воздействие. • завершающий (интеграционный) этап, который включает осуществление амбулаторно-поликлинического наблюдения, диспансеризацию инвалидов.

#### **Заключение:**

Таким образом, медицинская реабилитация инвалидов основана на принципе неразрывности ее с лечением. На основе модели медико-оздоровительного маршрута можно убедиться, что в процедурном отношении он представляет собой продолжение лечения, а в методологическом аспекте является реабилитационным, так как адресован к сохраняемым ресурсным психофизиологическим возможностям организма.

#### 4.30. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

КАЗАЕВА Н.А., СУДЖАЕВА С.Г.

РНПЦ «Кардиология»

##### Введение(цели/задачи):

##### Материал и методы:

Обследовано 45 больных хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), которым впоследствии выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Методом случайной выборки обследованные разделены на 2 группы: 20 пациентов (средний возраст  $53,1 \pm 1,7$  лет) составили основную группу (ОГ), 25 больных (средний возраст  $49,4 \pm 1,6$  лет) вошли в контрольную группу (КГ). Группы были сопоставимы по количеству пораженных коронарных артерий (КА), частоте сопутствующей артериальной гипертензии (АГ), наличия инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе. В ОГ до и после ЧКВ использовалась разработанная комплексная программа реабилитации (КПР), включавшая индивидуализированные в зависимости от толерантности к физической нагрузке физические тренировки (ФТ) на велоэргометре (ТФН), а также дифференцированное назначение медикаментозной терапии (молсидомин при толерантности к физической нагрузке (ТФН) менее 100 Вт,  $\beta$ -адреноблокаторы при отсутствии наклонности коронарных артерий к вазоспазму). Больным КГ после ЧКВ лечение назначалось лечащими врачами в соответствии с общепринятыми подходами к терапии ХИБС. Эффективность КПР оценивалась по ТФН и частоте выявления ишемических реакций (ИР) по результатам велоэргометрической пробы до ЧКВ (I-е обследование), через 3- 5 дней после ЧКВ (II-е обследование), а также через 3, 6 и 12 месяцев после ЧКВ.

##### Результаты:

При I-м обследовании ТФН в обеих группах достоверно не отличалась. При обследовании через 3-5 дней после ЧКВ в КГ отмечен достоверный рост ТФН на  $29,6 \pm 8,3\%$  в сравнении с I-м обследованием ( $p < 0,05$ ), а также уменьшение количества ИР на  $28,5\%$  ( $p < 0,05$ ). У пациентов ОГ, наряду с сопоставимым с КГ снижением количества ИР (на  $26,1\%$ ,  $p < 0,05$ ) при II-м обследовании отмечен более выраженный рост ТФН (на  $43,8\%$ ,  $p < 0,05$ ). Через 3 месяца в КГ при отсутствии динамики ТФН имел место рост количества ИР на  $28,5\%$  в сравнении со II-м обследованием ( $p < 0,05$ ). Напротив, в ОГ при обследовании через 3 месяца отмечен еще более выраженный рост ТФН - на  $56,2 \pm 17,2\%$  в сравнении с I-м обследованием ( $p < 0,05$ ). При этом количество ИР оставалось на уровне, зарегистрированном при II-м обследовании. Через 6 и 12 месяцев после ЧКВ при сопоставимых уровнях ТФН в ОГ сохранялся более низкий процент ИР в сравнении с КГ ( $p < 0,05$ ).

##### Заключение:

Разработанная программа реабилитации позволяет повысить физическую работоспособность больных ХИБС с эндоваскулярным методом лечения, что проявляется ростом ТФН и уменьшением количества ИР. Указанный позитивный эффект сохраняется на протяжении года.

#### 4.31. АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

КОЗЛОВА С.Н., ГОЛУБЕВ А.В., КРЫЛОВА Ю.С., ШЛЯХТО Е.В., НЕЗНАНОВ Н.Г., СМИРНОВ Б.И.

ФЦСКИЭ им. В.А. АЛМАЗОВА, СПбГЭТУ им. УЛЬЯНОВА (ЛЕНИНА)

##### Введение(цели/задачи):

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС широко известна. Стандартным способом диагностики нарушений настроения являются шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, но эта диагностика требует обязательного участия психиатра. Нашей целью явилось создание алгоритма диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС в общетерапевтической практике без привлечения узки специалистов.

##### Материал и методы:

Было обследовано 150 больных ИБС (109 мужчин, 41 женщина), средний возраст больных составил  $62,6 \pm 0,7$  лет. 80 человек страдали стенокардией напряжения различных функциональных классов, 84 в прошлом перенесли один или более инфарктов миокарда. Все больные тестировались с помощью Сизтлского опросника стенокардии, а также Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. На основании этих результатов ряду больных проводилось психопатологическое обследование с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Также у всех пациентов анализировались различные клинические, социально-экономические и биохимические параметры с тем, чтобы построить многофакторную модель предикторов, играющих наиболее важную роль в развитии тревоги и/или депрессии у больных ИБС. Для этого использовался математический метод множественной логистической регрессии с пошаговым включением и использованием критерия Вальда.

##### Результаты:

В результате проведенной статистической обработки, была получена следующая модель зависимости тревожно-депрессивных расстройств:  $Z = -3,446 \times Y1 - 2,451 \times Y2 - 2,452 \times Y3 + 0,071 \times Y4$ , где Y1- наличие или отсутствие эпизодов тревоги и/или депрессии в прошлом, Y2-наличие или отсутствие стрессовых ситуаций в течение года, Y3-наличие или отсутствие употребления алкоголя, Y4-значение в процентах раздела «Восприятие болезни» в Сизтлском опроснике стенокардии. При условии определенного сочетания ответов на вопросы и цифрового результата в семь возможных комбинаций у пациента могут быть выявлены тревожно-депрессивные нарушения. Вероятность правильного диагноза составляет  $82,9\%$ .

##### Заключение:

Созданный нами алгоритм диагностики, включающий информацию о наличии эпизодов тревоги и/или депрессии в прошлом, стрессовых ситуаций в течение года, употреблении алкоголя и отношении к своей болезни, позволяет выявить тревожно-депрессивные расстройства у больных ИБС в общетерапевтической практике без привлечения узких специалистов.

**4.32. ВЛИЯНИЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИБС**

Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С.,  
Шляхто Е.В., Незнанов Н.Г.

ФЦСКИЭ им. В.А. Алмазова, СПбГМУ им. И.П. Павлова

**Введение (цели/задачи):**

В последнее время изучается ассоциация фолатной недостаточности и тревожно-депрессивных расстройств. Целью нашего исследования явилось изучение влияния фолиевой кислоты на тревожно-депрессивные расстройства у больных ИБС.

**Материал и методы:**

Было проведено открытое контролируемое исследование оценки анксиолитического и антидепрессивного действия фолиевой кислоты у больных ИБС. В исследование было включено 30 мужчин, страдающих стабильными формами ИБС. Коморбидной патологией у этих больных были тревожно-депрессивные расстройства, которые подтверждались с помощью психопатологического обследования с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Длительность терапии фолиевой кислотой в дозе 1 мг составила 6 недель.

**Результаты:**

Завершили курс терапии 24 человека. У 6 человек препарат был отменен в связи с отсутствием эффекта. Через 4 недели от начала лечения у больных отмечалась достоверная редукция суммы баллов по шкале тревоги (исходно 18,58±1,47 балла, через 6 недель 12,22±1,73 балла,  $p \leq 0,05$ ). Значимых побочных эффектов зарегистрировано не было.

**Заключение:**

Выполненное исследование показало высокую анксиолитическую эффективность фолиевой кислоты у больных ИБС, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами.

**4.33. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Комилова Ф.Х., Курбанов Р.Д., Налибаева С.А.,  
Рахимов С.В.

Центральная поликлиника №1 МСО

**Введение(цели/задачи):**

Актуальным вопросом современной кардиологии остается оптимизация лечения больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), улучшение их качества жизни и увеличение продолжительности жизни. Несмотря на оптимальные комбинации медикаментозного лечения у 15% пациентов, страдающих ИБС встречаются симптомы рефрактерной стенокардии. Неинвазивный метод наружной контрапульсации (НКП) в ряде случаев является альтернативой хирургическому вмешательству. Цель: Оценка эффективности наружной контрапульсации в комплексной терапии больных ИБС на клиническое течение стенокардии, толерантность к физической нагрузке и внутрисердечную гемодинамику.

**Материал и методы:**

Обследованы 35 больных ИБС, прошедших 35-часовой курс НКП. Средний возраст больных составил 62,8±5,6 лет. Из них 40% имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, сахарным диабетом 2 типа страдали 57%; ранее перенесенные

хирургические вмешательства: аортокоронарное шунтирование сосудов сердца – у 11%, ангиопластика со стентированием коронарных сосудов – у 20% больных. Всем пациентам до лечения и после курса НКП проводился клинический осмотр с оценкой качества жизни, регистрировалась ЭКГ, проводилась ВЭМ - проба, оценивались параметры внутрисердечной гемодинамики по ЭХО-КС.

**Результаты:**

В целом все пациенты перенесли лечение хорошо, побочные эффекты встречались в одном случае в начале покраснением лица и головной болью, которые нивелировались к концу процедуры. Отмечены положительные гемодинамические сдвиги, снижение САД с 123,74±2,9 до 117,78±2,3; ДАД с 75,74±1,67 до 70,3±1,1. Улучшилось течение стенокардии, при этом частота приступов стенокардии в неделю снизилась с 4,51±0,76 до 1,31±0,3 с уменьшением количества принимаемого нитроглицерина 3,8±0,78 ( $p < 0,05$ ). По результатам нагрузочной пробы отмечено достоверное увеличение пороговой мощности и объема выполненной работы: с 75,8±5,03 до 97±6,13 и 465,8±15,4 до 721±17,4 соответственно ( $p < 0,05$ ). По данным эхо-кс наблюдалась тенденция повышения фракции выброса с 59,29±1,3 до 65,7±2,73 и улучшение диастолической функции левого желудочка по динамике Е/А с 0,83±0,06 до 1,15±0,03. Субъективные ощущения больных на фоне лечения сводились к улучшению настроения, работоспособности и ночного сна, отмечено снижение шкалы депрессии и тревоги по опроснику качеству жизни.

**Заключение:**

Результаты позволяют рекомендовать данный метод в качестве дополнительного лечения у больных с рефрактерной ИБС при наличии ограничений к хирургическому вмешательству.

**4.34. ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Кузьмина А.Б., Мусихина Н.А., Гапон Л.И.

Тюменский кардиологический центр

**Введение(цели/задачи):**

Изучить влияние ивабрадина на функцию эндотелия, уровень высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), нитритов плазмы крови у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) в сравнении с метопрололом.

**Материал и методы:**

В исследование включено 88 пациентов с ИБС стабильной стенокардией напряжения I и II функционального класса в сочетании с АГ II-III степени. Были рандомизированы к приему ивабрадина (Кораксан, Servier) 2,5-10 мг/сут - 47 пациентов (1 группа), к приему метопролола сукцината (Беталок зок, Astra Zeneca) 25-100 мг/сут - 41 пациент (2 группа). Исходно обследование проводили в условиях отмены β-адреноблокаторов в течение 5 дней, обе группы принимали аторвастатин 20-40 мг/сут, периндоприл 2-8 мг/сут, допускался прием диуретиков и ситуационно нитратов короткого действия. Обе группы были сопоставимы по возрасту, длительности ИБС, частоте сердечных сокращений (ЧСС) (75,9±1,29 и 77,14± 1,71 уд/мин), офисному АД (133,4/82±3,4/1,3 и 139/88±2,7/1,4 мм рт ст). Исходно и через 8 недель терапии определяли уровень

СРБ и нитритов плазмы крови. Для оценки функционального состояния эндотелия использовалась проба с реактивной гиперемией, по степени изменения диаметра плечевой артерии оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД). Эндотелийнезависимую вазодилатацию (ЭНВД) изучали в пробе с нитроглицерином.

**Результаты:**

Через 8 недель терапии отмечено снижение ЧСС в 1 группе на 7% ( $p < 0,05$ ), во 2 группе на 10,5% ( $p < 0,01$ ), как в дневное, так и в ночное время. Выявлено возрастание ЭЗВД в обеих группах, причем в 1 группе зарегистрировано увеличение ЭЗВД до принятой нормы ( $>10\%$ ), во 2 группе ЭЗВД не достигла нормальных величин, возможно, за счет того, что во 2 группе уровень ЭЗВД исходно был ниже, чем в 1 группе ( $7,5 \pm 0,9\%$  и  $9,2 \pm 1,2\%$  соответственно). Достоверной динамики ЭНВД и СРБ не выявлено. Установлено увеличение уровня нитритов плазмы крови в обеих группах ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

Таким образом, ивабрадин оказывает схожее с метопрололом действие на функцию эндотелия, уровень нитритов и СРБ у больных ИБС стабильной стенокардией в сочетании с АГ

---

**4.35. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кадочкина Н.Г., Атрощенко Е.С.

РНПЦ РМ и ЭЧ, г. Гомель, РНПЦ Кардиология, г. Минск

**Введение(цели/задачи):**

оценить гендерные особенности распространенности факторов риска ИБС у больных сахарным диабетом (СД) типа 2, госпитализированных в специализированное эндокринологическое отделение.

**Материал и методы:**

Анализ гендерных особенностей распространенности факторов риска КБС у больных с СД 2 типа провели по данным о 662 пациентах, проходивших обследование и лечение в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» г.Гомеля. Наиболее значимыми ФР считали артериальную гипертензию (АГ), гипертрофию миокарда левого желудочка (ГЛЖ), дислипидемию, макро- и микроальбуминурию. Учет ФР ССЗ и наличия ССЗ проводили на основании изучения данных физического обследования, электро- и эхокардиографии. ГЛЖ оценивали по массе миокарда левого желудочка (ММЛЖ), которую рассчитывали с помощью показателей ЭхоКГ по формуле, предлагаемой Американским обществом по ЭхоКГ. Границей нормальных значений ММЛЖ считали следующие значения: для мужчин – 259 г, для женщин 166 г. Микроальбуминурию диагностировали при суточной потере белка 30-300 мг/сут, протеинурию – при суточной потере белка 300 мг.

**Результаты:**

Соотношение женщин и мужчин в анализируемой группе больных составило - 430/232 (65%/35%). Женщины были старше ( $58,44 \pm 0,421$  и  $56,62 \pm 0,65$  соответственно), имели большую длительность СД ( $10,42 \pm 0,31$  и  $9,15 \pm 0,41$  соответственно), более высокий индекс массы тела (ИМТ) ( $34,26 \pm 0,31$  и  $30,84 \pm 0,31$  соответственно), большую, чем у мужчин, инсулинопотребность (73% и 60,7% соответственно). У 91,8 % женщин и у 89,2% мужчин СД сочетался с АГ. У женщин АГ чаще выявлялась в более высокой степени. Показатели липидного спектра у женщин были более атерогенны. В 56,4% случаев у мужчин и у 51,6 % у женщин СД сочетался с раз-

личными формами ИБС, при этом женщины имели более тяжелый класс стенокардии. По данным ЭхоКГ женщины с СД имели большую фракцию выброса (64,9% и 61,3% соответственно) и меньшую ММЛЖ ( $278,99 \pm 9,30$  и  $299,35 \pm 13,17$  соответственно). У 47,9 % мужчин и у 43,3 % женщин были выявлены признаки МАУ и протеинурии.

**Заключение:**

У женщин с сахарным диабетом имеются гендерные особенности кардиоваскулярного риска: более высокий индекс массы тела, степень АГ, класс стенокардии, более выраженная диастолическая дисфункция, инсулинопотребность и атерогенность липидного спектра крови.

---

**4.36. БИФЕРКОН - КОВАЛЕНТНЫЙ КОНЬЮГАТ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗА-ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТ-КАТАЛАЗА - КАК ВАЗОПРОТЕКТОР ПРИ ОКИСЛИТЕЛЬНОМ СТРЕССЕ**

Максименко А.В., Вабаев А.В., Тищенко Е.Г.

Российский Кардиологический  
Научно-Производственный Комплекс

**Введение(цели/задачи):**

Окислительный стресс является особенностью всех сердечно-сосудистых заболеваний. Активные формы кислорода могут служить инициации и развитию патологического процесса. Для его блокирования и предотвращения разрабатываются антиоксидантные средства. Среди них все большее внимание отводится биокатализаторам. Мы предложили использовать в их качестве биферкон - ковалентный биферментный конъюгат супероксиддисмутаза-хондроитинсульфат-каталаза (СОД-ХС-КАТ). В экспериментальном изучении исследовали его вазопротекторные свойства *in vitro* и *in vivo*.

**Материал и методы:**

Было проведено сравнительное изучение воздействия биферкона: на тромбоциты (при индуцировании их агрегации АДФ, серотонином, TRAP /пептидный агонист тромбинового рецептора/) в присутствии и без H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>; на тонус кольцевого артериального фрагмента крысы (при его активации H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>); на показатели центральной гемодинамики (артериальное давление /АД/, частота сердечных сокращений /ЧСС/) у крыс и кроликов при возмущающем действии H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

**Результаты:**

Оказалось, что индуцирующее агрегацию тромбоцитов действие H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (в сочетании с АДФ, серотонином, TRAP) нивелировалось превентивным введением производных КАТ с уменьшением эффективной дозы, достоверно прослеживаемой в ряду КАТ > КАТ-ХС > СОД-ХС-КАТ. Кроме того, антиромбоцитарный потенциал биферкона обнаружил новые качества (ингибирование АДФ-, серотонин-, TRAP-индуцированной агрегации тромбоцитов), ранее не присущие входящим в его состав нативным ферментам и обусловленные его надмолекулярными размерами. Вазопротекторный эффект СОД-ХС-КАТ на тонус артериального фрагмента был сходен по величине с действием нативных СОД и КАТ. Безопасность применения биферкона подтверждалась невысокой острой токсичностью этого производного. При моделировании окислительного стресса у крыс и кроликов (в/в введение H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) СОД-ХС-КАТ эффективно защищал сердечно-сосудистую систему, быстро нормализуя АД и ЧСС.

**Заключение:**

По совокупности полученных данных биферкон не только

указывает подход к получению ферментных конъюгатов медицинского назначения, но и предстает перспективным для биофармацевтической разработки лекарственным кандидатом выраженного вазопротекторного действия. Настоящее изучение выполнено при частичной финансовой поддержке грантами РФФИ 09-08-00023, 09-04-00023 и Росмедтехнологий.

#### **4.38. ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Зелвеян П.А., Кждрян О.К., Узунян Т.Г.

НИИ кардиологии, ЕРГМУ

##### **Введение(цели/задачи):**

Это исследование является фрагментом работы «Исследование современного лечения стенокардии среди поликлинических больных и мониторинг частоты сердечных сокращений – РЕАЛИТИ», проведенной в г. Ереване в 2007 г. Цель: Оценить взаимосвязь между частотой сердечных сокращений (ЧСС) и тяжестью заболевания у больных со стабильной стенокардией.

##### **Материал и методы:**

Среди 170 случайно отобранных больных (м/ж – 124/46, средний возраст 56,8±9,8 лет) было проведено скрининговое исследование с помощью стандартного опросника. Во время оценки тяжести заболевания учитывались следующие параметры: ЧСС в покое, количество ангинозных приступов за неделю, число таблеток нитроглицерина, принимаемых пациентом за неделю. Все больные получали стандартную антиангинальную терапию. С помощью статистического анализа полученных результатов была оценена взаимосвязь между вышеупомянутыми параметрами методом корреляционного анализа по Пирсону с критерием статистической достоверности  $p < 0,05$ .

##### **Результаты:**

В исследованной популяции коэффициент корреляции между ЧСС и количеством ангинозных приступов и числом принимаемых таблеток нитроглицерина за неделю, составил  $r = 0,32$  и  $r = 0,43$  ( $p < 0,05$ ), соответственно. Все больные были разделены в зависимости от величины их ЧСС на 1-ую группу с ЧСС < 80 уд/мин и 2-ую – с ЧСС > 80 уд/мин (медиана ЧСС – 80 уд/мин). Во 2-ой группе количество ангинозных приступов в неделю и число таблеток нитроглицерина, принимаемых за неделю, были достоверно выше, чем в 1-ой группе:  $7,1 \pm 2,1$  против  $5,1 \pm 1,4$  ( $p < 0,001$ ) и  $6,9 \pm 1,4$  против  $4,7 \pm 1,2$  ( $p < 0,001$ ) соответственно. Группы были сравнимы по возрасту, по длительности заболевания и по другим факторам риска. Среди всех исследуемых параметров только средние величины систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) были выше в группе с высокой ЧСС. После стандартизации по значениям САД и ДАД разница между группами по исследуемым параметрам оставалась статистически достоверной.

##### **Заключение:**

У больных со стабильной стенокардией отмечается достоверная взаимосвязь между высокой ЧСС и тяжестью течения заболевания.

#### **4.39. ВОЗМОЖНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ ПОТЕНЦИРОВАТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНАЦИИ АТОРВАСТАТИНА С АСПИРИНОМ В РАННИЕ СРОКИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ**

Габриелян А.Б., Габриелян Р.С., Давтян А.В.

НИИ кардиологии Республика Армения, г. ЕРЕВАН

##### **Введение(цели/задачи):**

Установить способность клопидогреля потенцировать противовоспалительные и антиагрегантные свойства комбинации аторвастатина с аспирином при нестабильной прогрессирующей стенокардии напряжения (НС), эффективно влиять на функциональные параметры сердца и клиническое течение заболевания.

##### **Материал и методы:**

Обследовано 30 больных обоих полов в возрасте 40-74 лет. Изучены показатели ЭКГ, суточного холтеровского мониторинга, ЭхоКГ параметры и маркеры воспаления. Антитромбоцитарная активность оценивалась косвенными показателями. Клиническая оценка проводилась по развитию конечных точек. Пациенты обследовались в первые часы поступления, а также в конце 1-ых, 7-х 21-х суток лечения. Больные были рандомизированы на 2 группы (1 основную – 15 и контрольную – 15 пациентов). Больные 1-ой основной группы получали аторвастатин 80 мг/сут в комбинации с клопидогрелем 75 мг/сут и аспирином 100 мг/сут; 2-ой – аторвастатин 80 мг/сут с аспирином 100 мг/сут. Больным 1-й группы однократно назначалась нагрузочная доза клопидогреля 300 мг/сут. Аторвастатин назначался в течении 1-ой недели – 80 мг/сут, со 2-ой недели и далее – 40 мг/сут. Лечение проводилось на фоне общепринятой медикаментозной терапии.

##### **Результаты:**

Исходные средние величины СРБ и ИЛ-6 в обеих группах существенно не различались. Лечение во 2-ой группе приводило к достоверному снижению уровней С-РБ с  $9,1 \pm 0,8$  мг/л до  $6,1 \pm 0,7$  мг/л ( $p < 0,01$ ), а в 1-й группе отмечено более выраженное снижение уровней С-РБ с  $10,3 \pm 1,1$  мг/л до  $4,9 \pm 1,1$  мг/л ( $p < 0,01$ ). Вышеотмеченная динамика во 2-ой группе наблюдалась с 7-го дня, а в 1-ой – с конца 1-х суток. На 21 сутки отмечалась дальнейшая положительная динамика уровней С-РБ в обеих группах, с большей выраженностью в 1-ой ( $2,4 \pm 0,2$  мг/л в 1-ой и  $3,4 \pm 0,3$  мг/л во 2-ой ( $p < 0,01$ )). Вышеуказанная закономерность наблюдалась и со стороны ИЛ-6. Выявлена положительная динамика ЭхоКГ показателей, проявляющаяся уменьшением КСО, ИЛС, увеличением Е/А и ФВ в обеих группах. Указанные сдвиги более выражены в 1-ой группе с регистрацией достоверного снижения КСО, ИЛС в конце 1-х суток. При сопоставлении исходов заболевания в обеих группах выявлено снижение относительного риска развития конечных точек в 1-ой группе на 30% ( $p = 0,01$ ) по сравнению со 2-ой группой.

##### **Заключение:**

Эффективность примененной комбинации обусловлена ее способностью положительно влиять на известные механизмы дестабилизации атероматозной бляшки, противовоспалительным и антиагрегантным синергизмом их взаимодействия, коррекцией функциональных параметров сердца и клинического течения заболевания – снижения развития конечных точек.

#### 4.40. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНГИБИТОРА I<sub>f</sub>-КАНАЛОВ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

КАН А.О., ЖИБЕРИНА Л.А., ШЕК А.Б., КУРБАНОВ Р.Д.

РСЦК МЗ РУз

##### Введение(цели/задачи):

Изучить в сравнительном аспекте эффективность ингибитора I<sub>f</sub>-каналов ивабрадина и бисопролола у больных стабильной стенокардией напряжения.

##### Материал и методы:

Обследовано 15 пациентов мужского пола с диагнозом стенокардия напряжения ФК II-III (по классификации Канадского общества кардиологов), средний возраст  $48,8 \pm 7,7$  лет (от 32 до 56 лет). В течение 2 дней больные принимали стандартную терапию (антиагреганты, статины, ингибиторы АПФ, при необходимости нитраты), за исключением бета-блокаторов. Через 2 дня изучалось клиническое состояние больных: частота приступов стенокардии (ЧПС), количество потребляемых таблеток нитроглицерина (КТН), состояние системной гемодинамики: ЧСС, АД, ЭКГ; тредмил-тест. После обследования пациенту дополнительно к стандартной терапии назначался бисопролол в начальной дозе 5 мг/сут или ивабрадин (Кораксан, лаборатория Сервье, Франция) 5мг/сут, по методу двойного латинского квадрата, с последующим подбором индивидуальной максимально переносимой дозы (максимальная доза бисопролола 20 мг/сут, кораксана - 15 мг/сут). Через 10 дней больной повторно обследовался и переводился на другой препарат. При статистической обработке использованы критерий Стьюдента и методы непараметрической статистики (критерий Вилькоксона, Манна-Уитни) в пакете STATISTICA 6.0.

##### Результаты:

При использовании бисопролола в средней дозе  $5,7 \pm 1,9$  мг/сут средняя ЧСС уменьшилась с  $84,2 \pm 9,4$  до  $62,8 \pm 7,7$  уд в мин (на 25,4 %,  $P < 0,001$ ), при приёме кораксана в средней дозе  $7,3 \pm 1,6$  мг/сут - до  $61,4 \pm 6,6$  уд в мин (на 27,1%,  $P < 0,001$ ), соответственно. Величина АД при приёме бисопролола и кораксана на фоне базисной терапии достоверно не различалась и составила: САД -  $112,5 \pm 8,7$  и  $115,8 \pm 7,9$  мм.рт.ст., ДАД -  $76,7 \pm 6,5$  и  $77,9 \pm 4,9$  мм.рт.ст, соответственно. ЧПС уменьшилась с  $12,1 \pm 8,9$  до  $5,5 \pm 3,9$  ( $P < 0,01$ ) в неделю при приёме бисопролола, при приёме кораксана до  $5,8 \pm 4,8$  ( $P < 0,01$ ) приступов в неделю. КТН снизилось с  $5,0 \pm 7,6$  до  $1,5 \pm 2,7$  ( $P < 0,05$ ) в неделю при приёме бисопролола и до  $1,75 \pm 3,7$  таб в неделю ( $P = 0,058$ ) при приёме кораксана. По результатам тредмил-теста были получены следующие данные: при лечении бисопрололом средняя длительность физической нагрузки до появления ST-депрессии на 1 мм увеличилась в среднем на 98,7 сек по сравнению с исходом (с  $682,3 \pm 242,5$  сек до  $781,0 \pm 153,0$  сек,  $P = 0,06$ ); при приёме кораксана - на 112,7 сек (до  $795,0 \pm 174,5$  сек,  $P = 0,02$ ). Время до появления боли при тредмил-тесте при приёме бисопролола увеличилось на 111,2 сек с  $610,9 \pm 224,5$  до  $722,1 \pm 142,8$  ( $P = 0,02$ ), при приёме кораксана - на 133,5 сек до  $744,4 \pm 160,4$  сек ( $P = 0,008$ ).

##### Заключение:

Таким образом, предварительные результаты, позволяют предположить, что кораксан, снижая частоту сердечных со-

кращений, по крайней мере, не уступает бисопрололу по антиангинальному и антиишемическому действию у больных со стабильной стенокардией напряжения.

#### 4.41. ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Зелвеян П.А., Кждрян О.К.

НИИ кардиологии, ЕРГМУ

##### Введение(цели/задачи):

Это исследование является фрагментом работы «Исследование современное лечение стенокардии среди поликлинических больных и мониторинг частоты сердечных сокращений – РЕАЛИТИ», проведенной в г. Ереване в 2007 г. Цель: Оценить влияние артериальной гипертензии на тяжесть заболевания у больных со стабильной стенокардией (СС).

##### Материал и методы:

Среди 170 случайно отобранных больных (м/ж – 124/46, средний возраст  $56,8 \pm 9,8$ л.) было проведено скрининговое исследование с помощью стандартного опросника. Во время оценки тяжести заболевания учитывались следующие параметры: число ангинозных приступов и количество используемых пациентом таблеток нитроглицерина за неделю. Все больные получали стандартную антиангинальную и антигипертензивную терапию. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от адекватности контроля систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД – 140/90 мм рт.ст.). Проведен статистический пропорциональный анализ. Была изучена взаимосвязь между вышеупомянутыми параметрами методом корреляционного анализа по Спирману с критерием статистической достоверности  $p < 0,05$ .

##### Результаты:

В исследованной популяции 47% ( $n = 80$ ) больных имели адекватно контролируемое артериальное давление (АД). Группы были сравнимы по возрасту, по длительности заболевания и другим факторам риска. В группе с неконтролируемой АД выявлена статистически достоверная корреляция между значениями АД и тяжестью заболевания СС. Коэффициенты корреляции между количеством ангинозных приступов за неделю и САД  $r = 0,22$ ,  $p < 0,05$  и ДАД  $r = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ; числом принимаемых таблеток нитроглицерина и САД  $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$  и ДАД  $r = 0,33$ ,  $p < 0,05$ . В группе с контролируемым АД статистически достоверной корреляции между АД и тяжестью заболевания СС не было обнаружено, но выявлялась слабая отрицательная корреляция между ДАД и количеством ангинозных приступов за неделю  $r = -0,12$ .

##### Заключение:

У больных со стабильной стенокардией высокие значения АД играют важную роль в тяжести течения заболевания.

#### 4.42. ВЛИЯНИЕ НЕСОБЛЮДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Зелвеян П.А., Кждрян О.К.

НИИ кардиологии, ЕРГМУ

##### Введение(цели/задачи):

Разница между глубиной знаний и степенью их внедрения в реальную клиническую практику именуется «пробелом»

клинических руководств. Цель: Оценить влияние «пробела» клинических руководств на тяжесть течения заболевания у больных со стабильной стенокардией.

#### Материал и методы:

Случайным образом были отобраны и с помощью стандартного опросника опрошены 166 больных (м/ж – 124/46, средний возраст – 56,8±9,8 лет) со стабильной стенокардией. При наличии в схеме лечения антиагрегантов, статинов, бета-блокаторов либо АПФ-ингибиторов больной получал 1 балл. Тяжесть заболевания была оценена по количеству ангинозных приступов за неделю. Больные были распределены в 3 группах (по 55 человек) в зависимости от частоты ангинозных приступов по величине перцентиля ( $k=0,33$ ;  $0,67$ ). В каждой группе были вычислены средние показатели ( $\pm$  ст. откл.) следующих параметров: количество ангинозных приступов за неделю, средний балл и число «пробелов» клинических руководств в зависимости от количества лекарств, присутствующих в схеме лечения. Во время статистического анализа результатов проведены межгрупповые сравнения с помощью  $t$ -теста и корреляционный анализ по Пирсону.

#### Результаты:

Количество ангинозных приступов в неделю в I, II и III группах составило  $2,02\pm0,73$ ,  $4,67\pm1,14$  и  $11,5\pm5,94$ , соответственно. Величина средних баллов в группах составляли  $3,02\pm0,89$ ,  $3,04\pm0,85$  и  $2,92\pm0,87$ , соответственно. «Пробелы» клинических руководств составляли 24,5%, 24% и 27%, соответственно. В I и II группах достоверной корреляции между количеством принимаемых лекарств и количеством ангинозных приступов за неделю не было выявлено. В III группе (тяжелое течение заболевания) была обнаружена отрицательная корреляция между числом принимаемых лекарств и количеством ангинозных приступов в неделю ( $r=-0,44$ ,  $p<0,05$ ).

#### Заключение:

Согласно результатам нашего исследования, степень использования клинических руководств среди поликлинических больных со стабильной стенокардией по части назначения необходимых лекарств удовлетворительная. У больных с тяжелым течением заболевания количество ангинозных приступов за неделю зависит от количества назначаемых лекарств, тогда как при легкой и средней тяжести заболевания такой закономерности в данной популяции не было обнаружено.

#### 4.43. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ СООТНОШЕНИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ИБАТОВ А.Д.

ММА им. И.М.Сеченова

#### Введение(цели/задачи):

Изучить психовегетативные соотношения и качество жизни у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сопутствующей артериальной гипертензией с различным типом ремоделирования левого желудочка.

#### Материал и методы:

Обследовано 76 пациентов, страдающих стенокардией напряжения II – IV ФК (средний возраст  $56,2\pm7,5$  лет), сопутствующей артериальной гипертензией и имеющих гипертро-

фию левого желудочка (ГЛЖ). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка (ЛЖ). В первую группу вошли пациенты, имеющие по данным эхокардиографии концентрический тип ГЛЖ – 42 человека (средний возраст  $57,2\pm6,6$  лет), вторую группу составили 32 пациента с эксцентрическим типом ГЛЖ (средний возраст  $54,8\pm8,2$  года). Характерологические особенности личности исследовали по опроснику СМОЛ, уровень личностной и реактивной тревожности - по опроснику Спилбергера, уровень депрессии - по опроснику Бека, качество жизни – по Сизтлскому опроснику.

#### Результаты:

Функциональный класс стенокардии напряжения составил в 1 группе в среднем  $2,51\pm0,13$  во 2 группе -  $2,49\pm0,11$  ( $p>0,05$ ). Длительность ИБС в 1 группе составила  $7,2\pm1,1$  года, во 2 группе  $4,0\pm0,5$  года ( $p<0,05$ ), длительность АГ составила соответственно  $12,8\pm1,4$  и  $9,2\pm0,8$  года ( $p<0,05$ ). Уровень реактивной и личностной тревожности в 1 и 2 группе составил соответственно  $44,6\pm1,1$  и  $49,4\pm1,4$  балла  $42,1\pm1,8$  ( $p>0,05$ ) и  $46,6\pm1,4$  балла ( $p>0,05$ ). Уровень депрессивных нарушений в 1 группе был достоверно ниже, чем во 2 группе и составил по шкале Бека соответственно  $12,1\pm0,9$  и  $17,4\pm1,7$  балла ( $p<0,05$ ). По данным опросника СМОЛ, в 1 группе выявлено умеренное повышение профиля по оценочной шкале “F”, шкалам ипохондрии, истерии. Во 2 группе отмечалось повышение профиля по оценочной шкале “F”, шкалам ипохондрии, депрессии, истерии и паранояльности. Показатели шкал существенно между группами не различались. По данным Сизтлского опросника качество жизни было снижено в обеих группах и между группами достоверно не различалось.

#### Заключение:

Больные ИБС с АГ и концентрическим типом ремоделирования левого желудочка, по сравнению с больными с эксцентрическим типом ГЛЖ, отличаются менее выраженными депрессивными расстройствами и меньшей акцентуацией личности, что в прогнозе является более благоприятным, в то же время, качество жизни этих пациентов существенно не различалось.

#### 4.44. ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОСНОВНОГО СТВОЛА КОРОНАРНОГО РУСЛА ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М.

(млад), ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Наманганский филиал РНЦЭМП

#### Введение(цели/задачи):

Установить особенности ОКС у больных сельской местности при гемодинамически значимом поражении ствола левой коронарной артерии.

#### Материал и методы:

Обследовано 30 пациентов с ОКС, у которых по данным коронароангиографии, выполненной в первые 48 часов от развития заболевания, выявлены гемодинамически значимые изменения коронарных артерий. В зависимости от характера поражения коронарного русла пациенты разделены на две группы: I группа – 6 больных с поражением основного ствола левой коронарной артерии (5 муж., 1 жен., средний



возраст  $62,9 \pm 9,0$  года) и II группа (группа контроля) – 24 пациент без поражения основного ствола левой коронарной артерии (18 муж., 6 жен., средний возраст  $55,9 \pm 9,7$  лет). Проанализированы анамнестические, клинические данные, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований.

**Результаты:**

Изолированное поражение ствола левой коронарной артерии выявлено только у одного больного. В 33,3% случаев поражение ствола левой коронарной артерии сочеталось со стенозами проксимальных и средних отделов коронарных артерий. У 36,6% больных наряду с поражением ствола левой коронарной артерии выявлены стенозы коронарных артерий всех калибров. Возраст больных I группы был достоверно старше, чем у больных группы контроля ( $p=0,01$ ). В I группе исследуемых выявлена положительная корреляция между возрастом пациентов и частотой поражения ствола левой коронарной артерии. Так, при возрасте пациентов менее 50 лет частота поражения основного ствола левой коронарной артерии составила 10 %, в группе больных от 51 до 60 лет – 13,3 %, от 61 до 70 лет – 33,3 %, а в группе обследованных старше 70 лет частота стволового поражения достигла 43,4 %. Больные с поражением ствола левой коронарной артерии достоверно чаще по сравнению с группой контроля имели указания на перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (23,3% и 3,3% больных соответственно;  $p=0,01$ ) и большую частоту атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей ( $p=0,04$ ). При анализе клинической картины заболевания желудочковые нарушения ритма была достоверно чаще регистрировались у пациентов I группы по сравнению с группой контроля ( $p=0,03$ ), других различий в группах не установлено. Показатели лабораторных и инструментальных исследований так же достоверно не различались.

**Заключение:**

У больных ОКС частота поражения ствола левой коронарной артерии увеличивается с возрастом пациентов и часто сочетается с атеросклеротическим поражением крупных сосудов.

---

**4.45. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС**

Орлова Н.В., Чукаева И.И., Алешкин В.А.,  
Солошенкова О.О., Хавка Н.Н.,  
Клепикова М.В., Хачирова А.И.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

**Введение(цели/задачи):****Материал и методы:**

Обследованы 97 больных с документально подтвержденным диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы. В I группу вошли 52 больных (средний возраст  $59,3 \pm 7,7$  лет) ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа. Во II группу вошли 45 больных (средний возраст  $57,4 \pm 7,2$  лет) ишемической болезнью сердца без сахарного диабета 2 типа. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям. Определение белков острой фазы воспаления (орозомукоида, церулоплазмина,  $\alpha 1$ -антитрипсина, С-реактивного белка, гаптогло-

бина и С3 -компонента комплемента) проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Использовались стандартные сыворотки Standart-Human-Serum «Behring», моноспецифические сыворотки против БОФ: орозомукоид,  $\alpha 1$ -антитрипсин, С3 компонент комплемент, С-реактивный белок, полученные в институте микробиологии и эпидемиологии им.Габричевского; церулоплазмин (Human-Coeruloplasmin «Behring» ). Полученные данные обработаны в программной среде Microsoft Excel.

**Результаты:**

средние уровни С-реактивного белка, гаптоглобина, альфа-1- антитрипсина, С3-компонента комплемента, церулоплазмина были выше в группе пациентов ИБС с сахарным диабетом 2 типа по сравнению с пациентами без сопутствующего СД. В отношении С-реактивного белка, гаптоглобина, альфа- 1- антитрипсина получены статистически значимые различия между 2 группами. Проведен корреляционный анализ между уровнями БОФ (орозомукоида, церулоплазмина,  $\alpha 1$ -антитрипсина, С-реактивного белка, гаптоглобина, С3 компонента комплемента) и значениями объема талии и индекса массы тела у пациентов хроническими формами ИБС с сопутствующим СД 2 типа. В ходе анализа установлена прямая (положительная) слабая связь между уровнями гаптоглобина и значениями индекса массы тела; прямая (положительная) слабая связь между уровнями С3-компонента комплемента и значениями объема талии.

**Заключение:**

Таким образом, полученные в ходе нашего исследования результаты о более высоких уровнях маркеров воспаления в группе больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, а также о наличии взаимосвязи между уровнями воспалительных маркеров и степенью выраженности ожирения, свидетельствуют о более выраженной активности воспаления у пациентов ИБС с сахарным диабетом 2 типа и ожирением.

---

**4.46. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Мамарасулов Т.М., Пирназаров М.М., Никишин А.Г.

Республиканский специализированный центр кардиологии

**Введение(цели/задачи):**

Изучить клиническое течение ранней постинфарктной стенокардии (РПС) у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы:**

Обследовано 56 больных ОИМ с РПС, разделяя их на две группы: 1 группа- больные СД II типа ( $n=23$ ). Средний возраст-  $63,57 \pm 10,9$  года. 2 группа – больные без СД ( $n=33$ ,  $61,1 \pm 9,7$  года). Всем больным проводили оценку клиники дебюта, анамнеза, госпитальных исходов и динамическая оценка возвратных ангинозных приступов по методике, предложенный Военновым О.В.

**Результаты:**

Анализ результатов показал, что у больных с РПС с СД время от начала симптомов до госпитализации было более продолжительным в сравнении со 2 группой ( $26,5 \pm 1,2$  ч против  $12,2 \pm 1,6$  ч). Дебют заболевания характеризовался большей частотой безболевого формы ОИМ: у больных 1 группы встречались безболевого формы в 3х (13%) случаях, чего не было во 2 группе. Достоверно чаще встречались одышка и потли-

вость (78% в 1 группе 23% во 2 группе), почти все больные (98,7%) отмечали слабость. У пациентов с РПС отмечалось превалирование ИМ передней локализации, из них 19 (82,6%) пациентов имели ИМ с зубцом Q. А во 2 группе чаще встречались ОИМ без зубца Q (82%), особенно передней локализации. Случаи повторного ИМ чаще диагностированы у больных I группы (30% против 18%). Острая сердечная недостаточность III-IV класса по Киллип и реинфарктов (на 24,6%) было больше в группе РПС на фоне СД. Оценка болевого синдрома показала более низкие баллы в 1 группе по сравнению с 2 группой (6,44 против 11,6).

**Заключение:**

Исследование показало, что РПС среди больных СД чаще встречается при поздних поступлениях, с атипичным ангинозным приступом, при передней локализации ИМ и характеризуется большей частотой развития острой сердечной недостаточности и реинфарктов, несмотря на то, что выраженность болевого синдрома меньше, чем у больных с РПС без диабета.

# 5. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

## 5.1. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА (ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ЧТКА) В ПЕРИОД ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Диденко А.П., Кенбаев А.А., Жумагулов Т.К.,  
Кулешов А.А.

ОБЛАСТНОЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

### Введение(цели/задачи):

Проблема острого миокарда остаётся актуальной ввиду осложнений, зачастую приводящих к летальному исходу больных. Одним из основных принципов лечения больных инфарктом миокарда является реваскуляризация коронарного русла что ведёт к ограничению зоны ишемического повреждения миокарда назначением тромболитической терапии и по возможности проведение экстренной ЧТКА со стентированием инфарктзависимой коронарной артерии. Данные методы рекомендованы всем больным с острым инфарктом миокарда в первые часы от начала ангинозного приступа при отсутствии противопоказаний. В условиях КГКП «ОКЦ» проводится тромболитическая терапия препаратами стрептокиназы (Эберкиназа), Альтеплазой (Актилизе) по общепринятой схеме. С 2006 г. при наличии двух ангиографических установок и подготовленных за рубежом специалистов в области интервенционной кардиологии, проводится экстренная реваскуляризация миокарда с помощью эндоваскулярных методов (ЧТКА, стентирование). За период с 2007 по сентябрь 2009 г. проведено стентирований коронарных артерий при остром коронарном синдроме - 220, из них при остром инфаркте миокарда - 141. Количество тромболитической терапии за тот же промежуток времени - 250. При проведении реваскуляризации контроль эффективности при ЧТКА проводится визуально при контрастировании коронарных сосудов, при тромболитической терапии контроль эффективности оценивается по данным коагулограммы. Контроль ЭКГ в динамике и контрольная коронароангиография имеют ведущее место в оценке проведённой реваскуляризации

### Материал и методы:

Выборочно проведено исследование влияния стрептокиназы на факторы свёртывающей системы крови. Отобраны 51 больной с ИБС в период острого инфаркта миокарда до 6 часов от начала заболевания, среди которых 40 мужчин и 11 женщин, которым вводили препарат стрептокиназы в дозе 1500000 ЕД однократно в/в на физиологическом растворе за 60 мин. Средний возраст больных среди мужчин составил 57 лет (от 35 до 73 лет), средний возраст женщин - 62,8 лет (от 47 до 70 лет). Отобрана контрольная группа 56 больных которым проводилась медикаментозная терапия острого инфаркта миокарда без методов реваскуляризации. У больных дважды при поступлении и через 6 часов после проведения терапии стрептокиназой определялись показатели коагулограммы и ЭКГ.

### Результаты:

Через 6 часов после введения препарата у больных отмечалась положительная динамика на ЭКГ: снижение сегмента ST

к изолинии с формированием отрицательного z.T в течении от 4 до 6 часов, тогда как в контрольной группе данные изменения регистрируются на 3-е сутки от начала заболевания. Показатели коагулограммы: ПТИ, ТВ, АЧТВ, МНО, толерантность плазмы к гепарину снизились на 69,3%, 48%, 53,8%, 37,15%, 54% по сравнению с исходным уровнем как у мужчин так и у женщин. В контрольной группе изучаемые показатели за 6 часов остались без изменений. У больных, которым вводилась стрептокиназа осложнений не наблюдалось, отмечалось быстрое купирование болевого синдрома, тогда как в контрольной группе зарегистрировано 2 отёка лёгких, 1 случай фибрилляции желудочков, 1 случай кардиогенного шока. По данным наших наблюдений за эффективностью эндоваскулярной реваскуляризации миокарда по сравнению с тромболитической терапией на ЭКГ происходит одинаковая положительная динамика

### Заключение:

1. Применение тромболитической терапии и ЧТКА патогенетически обосновано в терапии острого инфаркта миокарда в период до 6 часов от начала ангинозного приступа.  
2. Тромболитическая терапия устраняет острую окклюзию тромбом в области разорвавшейся атеромной бляшки, но не устраняет стеноза коронарной артерии и имеет кратковременный лечебный эффект с ограничением зоны инфаркта.  
3. С помощью эндоваскулярных методов устраняется не только острый тромбоз коронарной артерии но и ликвидируется клинически значимый стеноз.

## 5.2. ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ТЕРАПИЮ ГЕПАРИНОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Мамарасулов Т.М.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, УЗБЕКИСТАН

### Введение(цели/задачи):

Инфузия гепарина является важной частью агрессивной терапии острого коронарного синдрома (ОКС) как с подъемом, так и без подъема сегмента ST. При этом достижение целевого уровня гипокоагуляции по уровню активированного частичного тромбoplastинового времени (АЧТВ), на фоне рекомендованной дозировки 1000 ЕД час часто является трудной задачей. Это связано с особенностями фармакодинамики нефракционированного гепарина (НФГ) при различных сопутствующих состояниях. Патология почек может значимо влиять на многие параметры гомеостаза: электролитный баланс, состав крови, кислотно-щелочное равновесие. У большей части пациентов с диабетической нефропатией отмечается как компенсированный метаболический ацидоз, так и метаболический алкалоз, что может отражаться на антикоагуляционном эффекте НФГ. Цель исследования: Изучение динамики коагулограммы при 24 часовой инфузии НФГ у больных ОКС с диабетической нефропатией мягкой и средней степени на фоне различных нарушений кислотно-щелочного равновесия.

**Материал и методы:**

В исследовании принимали участие 50 больных с диагнозом ОКС(ОИМ) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа. Всем больным вводился НФГ о схеме 4000ЕД внутривенно с последующей инфузией со скоростью 1000ЕД\час под контролем АЧТВ каждые 6 часов за 48 часов. Вычислялся показатель скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта. В соответствии с показателем СКФ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (1Гр)-пациенты с патологией почек средней степени СКФ менее 60 мл/мин, но более 30 мл/мин. 2 группа (2Гр)-пациенты с СКФ более 60 мл/мин. Больные обеих групп при анализе кислотно-щелочного равновесия были разделены на подгруппы по статусу КЩС: ацидоз, алкалоз, норма

**Результаты:**

Поражение почечной функции было сопряжено со значимыми сдвигами в КЩС: только 32% показателей в 1 группе были нормальными против 60% во 2 группе ( $p=0,03$ ). Ацидотические состояния преобладали в 1 группе (52% против 28%,  $p=0,05$ ), причем преобладал компенсированный метаболический ацидоз ( $p=0,01$ ), алкалоз отмечался в 16% у больных первой группы и 8% во 2 группе, но различия не были статистически значимыми. Анализ показал, что при СКФ менее 60 мл/мин значительно хуже удается воздействовать на показатели АЧТВ и только в 4 случаях из 8 удалось достигнуть нижнего предела целевого значения, в то время как во 2 группе этого удалось добиться в 7 случаях из 8 и показатели АЧТВ варьировались в лучших пределах от 45,2 до 66,3 сек. Различия носили достоверный характер в 4 случаях. Дальнейший анализ показал, что отклонения КЩС серьезно влияли на динамику АЧТВ, в то время как у больных с нормальными показателями КЩС динамика АЧТВ была лучше в том числе и в группе с СКФ ниже 60 мл/мин.

**Заключение:**

Наличие дисфункции почек средней степени затрудняет адекватное проведение гепаринотерапии при ОКС. Нарушения кислотно-щелочного равновесия, особенно склонность к ацидозу, у больных с патологией почек обладает негативным влиянием на адекватность проведения инфузии гепарина при ОКС и требует повышения средних доз для достижения целевых значений АЧТВ

### **5.3. ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И «ПРЕРВАННЫЙ» ИНФАРКТ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. АЛМАТЫ**

Лапин В.И., Турдалин Н.Б., Даулетбакова М.И., Жангелова Ш.Б., Туякбаева А.Г., Альмухамбетова Р.К., Зиманова Г.С., Кенжебаев А.М.

Городской кардиологический центр, г. Алматы, КазНМУ

**Введение(цели/задачи):**

Тромболитическая терапия (ТЛТ)– это метод лечения, заключающийся в растворении тромба, который перекрывает коронарную артерию, в результате чего возникает некроз сердечной мышцы. Если эту процедуру выполнить в первые часы, в худшем случае в первые двенадцать часов от начала первых симптомов инфаркта миокарда, то можно улучшить различные показатели. В частности, если терапия будет проведена в первые два часа, то можно даже прервать инфаркт миокарда, вернуть человека на исходную позицию. Есть такой термин в

литературе – абортивный или прерванный инфаркт миокарда. Медицинское вмешательство чуть позже все равно позитивно, поскольку позволит уменьшить размер участка сердечной мышцы, которая вовлечена в патологический процесс. И, наконец, если тромболитическая терапия проведена еще позже, в те самые пресловутые 12 часов (когда в принципе поздно, но все же возможно), мы улучшаем выживаемость пациентов, уменьшаем частоту осложнений, потому что самые грозные осложнения, от которых люди погибают, возникают в первые сутки болезни и четко сопряжены с размером поврежденного участка сердечной мышцы.

**Материал и методы:**

С 2007 года в Городском кардиологическом центре широко применяется тромболитическая терапия у пациентов с инфарктом миокарда. Накопился опыт применения разных видов тромболитиков. У 14 % больных, которым была проведена ТЛТ в первые 2-6 часов от начала заболевания наблюдалось абортивное течение инфаркта миокарда, так называемый «прерванный инфаркт». Клинический пример: больной, 56 лет, поступил в кардиологическое отделение с диагнозом: ИБС. Трансмуральный инфаркт миокарда переднеперегородочный. Н II А через 2 часа с момента возникновения жгучих болей в области сердца с АД 110/60 мм рт.ст.

**Результаты:**

Бригадой скорой помощи и в приемном покое ГКЦ была снята ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. Смещение электрической оси сердца влево. QS в отведениях с V1-V3 с большим подъемом ST выше изолинии в этих же отведениях, по задней стенке – реципрокные изменения сегмента ST. В общем анализе крови лейкоцитоз  $10,1 \times 10^9$ , анэозинофилия, невыраженный тромбоцитоз, СОЭ 6 мм в час. Тропонин I превышает норму в 20 раз. Таким образом, параллельно с клиническими данными острого инфаркта миокарда наблюдался положительный резорбционный синдром. Больному при отсутствии противопоказаний согласно протоколам диагностики и лечения в схеме лечения был назначен тромболитик - стрептокиназа 1 500 000. Через 2 часа после проведения ТЛТ была сделана электрокардиограмма : Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту, в динамике – появился зубец r в V1-V2, с ростом R в V3, сегмент ST - на изолинии, а зубец стал положительным. Перед практическим врачом встал вопрос о формулировке диагноза инфаркта миокарда. Выносить в диагноз трансмуральный инфаркт миокарда или нет. Этот вопрос и в литературе еще остается открытым.

**Заключение:**

Учитывая наш опыт, мы считаем целесообразным при положительных результатах исследования кардиоспецифических ферментов, положительном резорбционном синдроме, быстрой регрессии изменений на ЭКГ и появлением зубца R все таки в диагноз выносить трансмуральный инфаркт миокарда, абортивное течение вследствие проведенной ТЛТ.

**5.4. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОНДАПАРИНУКСА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST**

Мукатова А.М., Ералина С.Н., Кусымжанова Ж.М.,  
Бейсембаева С.Ч., Жусупбекова Л.И.

Алматинский государственный институт  
усовершенствования врачей, г. Алматы, ЦГКБ УДПРК,  
г. Алматы, АО «МУА», г. Астана

**Введение(цели/задачи):**

Высокая терапевтическая эффективность антикоагулянтной терапии явилось основополагающей стратегией лечения ИБС и вторичной профилактики осложнений атеротромботического генеза (инфаркта миокарда (ИМ), инсульта, внезапной сердечной смерти). В то же время, если рассматривать во временном соотношении эффективность антитромботической терапии, то можно заметить следующее – с существенным увеличением эффективности лечения при проведении агрессивной антитромботической терапии резко возрастает частота кровотечений, которые в дальнейшем ассоциировались с плохим прогнозом. Поэтому актуален поиск антикоагулянтного препарата, который был бы достаточно эффективен и обладал как можно более благоприятным профилем безопасности. Цель работы: Изучение эффективности использования фондапаринукса у больных ИМ.

**Материал и методы:**

Обследовано 12 больных инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST. У 8 больных это был первый ИМ. Все больные поступали в стационар в течение суток от начала заболевания. Все больные получали со стандартной терапией ИМ и фондапаринукс – первая доза 2,5 мг вводилась внутривенно, последующие 8 дней подкожно по 2,5 мг. 3 больных также получали инфузию нефракционированного гепарина в течение последующих 24 часов. В обследование не вошли больные, которым проводилась реперфузия коронарных сосудов методом тромболитика. Фондапаринукс натрия – новое антитромботическое средство, представляет собой первый синтетический селективный ингибитор фактора Ха. Препарат препятствует как образованию тромбина, так и формированию тромбов, при этом не инактивирует тромбин (фактор IIa) и не оказывает действия на тромбоциты, поэтому в обычной терапевтической дозе он не влияет на результаты обычных коагуляционных тестов, таких как активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, международное нормализованное соотношение в плазме крови, время кровотечения и фибринолитическая активность.

**Результаты:**

За период наблюдения эффективность оценивали по суммарной элевации сегмента ST от начала лечения в течение 8 дней пребывания больных в реанимационном отделении с последующим переводом в кардиологическое отделение. Данные ЭКГ коррелировали с выраженностью клинической симптоматики и жалобами пациентов. За время наблюдения не отмечалось серьезных геморрагических осложнений. И, что очень важно, фондапаринукс в отличие от нефракционированного гепарина и низкомолекулярного гепарина не требует контроля коагулограммы, контроля числа тромбоцитов, не вызывает гепарин-индуцированную тромбоцитопению.

**Заключение:**

Таким образом, основная цель терапии пациентов с ИМ - это

сохранение жизни, и результаты наших клинических наблюдений совпадают с данными исследований OASIS-5 и OASIS-6, имеющих убедительную доказательную базу высокой эффективности и безопасности фондапаринукса.

**5.5. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА КОМБИНАЦИЕЙ СРЕПТОКИНАЗЫ И АЛПРОСТАДИЛА**

Полонецкий Л.З., Мирончик В.В., Денисевич Т.Л.,  
Трухан О.А., Романовский Д.В., Харкевич О.И.

Республиканский научно – практический центр  
«Кардиология»

**Введение(цели/задачи):**

изучалось влияние комбинированной тромболитической терапии (ТЛТ) стрептокиназой (Стк) и аллпростадилом (А) на частоту и время достижения реперфузии, агрегацию тромбоцитов, систему фибринолиза и зону ишемического поражения у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

**Материал и методы:**

Под наблюдением находилось 106 больных ОИМ с продолжительностью заболевания до 6 часов. 43 пациентам основной группы (ОГ) проводилась ТЛТ стрептокиназой (1.500.000 МЕ в течение 30 мин) в сочетании с 40 мкг А. В контрольной группе (КГ) 63 пациентам вводилась только стрептокиназа. Всем больным в течение суток проводился автоматизированный мониторинг динамики сегмента ST и сердечного ритма. На 1,3 и 14 сутки исследовались показатели ЭКГГ-60, агрегация тромбоцитов, активность плазминогена, спонтанный и Хагеман-зависимый фибринолиз (ХЗФ).

**Результаты:**

При анализе реперфузионных аритмий нарушения ритма II-V классов по Lowp преобладали в КГ (81,4% против 42,9% в ОГ). Желудочковые нарушения ритма, в том числе «высоких градаций», в ОГ встречались у 57,1% во время ТЛТ, и у 42,9% – в течение 6 часов после ТЛТ. В контрольной группе у большей части пациентов желудочковые аритмии отмечались позже 6 часов от начала ТЛТ (65,1%), у 34,9% - на фоне ТЛТ и в течение 6 часов после нее. При комбинированной ТЛТ достигнуто снижение степени (на 68%) и скорости (на 65,3%) агрегации тромбоцитов, увеличение на 77,6% активности плазминогена, ускорение спонтанного и ХЗФ на 53,4% и 54,0% соответственно. Комбинированная ТЛТ позволила достоверно ( $p < 0,001$ ) сократить время достижения реперфузии со 156 мин в КГ до 45 мин в ОГ, увеличить частоту достижения эффективной реперфузии (84,6% в ОГ против 65,1% в КГ) и ограничить зону ишемического поражения миокарда на 20-30%.

**Заключение:**

Однократное внутривенное введение 40 мкг Аллпростадила в сочетании со стрептокиназой при ОИМ приводит к выраженным положительным изменениям в системе гемостаза, более быстрой (в 3,4 раза) и более частой (на 20%) реперфузии, к уменьшению в 2 раза количества опасных реперфузионных нарушений ритма и ограничению очага ишемического поражения по сравнению со стандартной ТЛТ стрептокиназой.

### 5.6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ФРАКСИПАРИНОМ

МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М. (млад), МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А., УЗБЕКОВА Н.Р.

НАМАНГАНСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП, АндГосМИ, г. НАМАНГАН, УЗБЕКИСТАН

#### Введение(цели/задачи):

Сравнительное изучение клинической эффективности у больных острым коронарным синдромом (ОКС) при лечении фраксипарином и нефракционированным гепарином (НФГ).

#### Материал и методы:

Обследовано 30 больных с ОКС. В группу А вошли 15 больных (средний возраст  $55,7 \pm 2,3$  гг), которым антикоагулянтную терапию проводили низкомолекулярным гепарином фраксипарином (10 больным в дозе 1 мг/кг через 12 часов подкожно, а 5 больным в дозе 0,5 мг/кг). В группу В вошли 15 больных (средний возраст  $55,8 \pm 2,8$  гг), получавшие антикоагулянтное лечение НФГ (первую дозу 10000 ЕД вводили внутривенно болюсом, в дальнейшем по 5000 ЕД через 6 часов подкожно). Продолжительность антикоагулянтной терапии колебалась от 5 до 7 суток. Больные обеих групп в полном объеме получали антиангинальную терапию.

#### Результаты:

В группе А средняя частота ангинозных приступов за сутки составила ( $9,5 \pm 0,5$  раз), в группе В – ( $10,6 \pm 0,7$  раз). После завершения антикоагулянтной терапии в обеих группах наблюдалось достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение приступов стенокардии за сутки (в группе А – до  $1,2 \pm 0,08$  раз, в группе В – до  $3,5 \pm 0,1$  раз), но такое улучшение достоверно ( $p < 0,05$ ) более выраженным было в группе больных леченных фраксипарином. После завершения антикоагулянтной терапии полное прекращение ангинозных приступов наблюдали у 73% пациентов группы А, что достоверно ( $p < 0,05$ ) больше чем в группе В, в которой после лечения НФГ полное отсутствие стенокардии отметили у 53,3% больных. В группе А у 6,0% сохранилась рефрактерная стенокардия, однако таких больных, у которых не удалось добиться стабилизации, было достоверно ( $p < 0,05$ ) больше в группе В (у 13,3%). Еще у 26,6% больных группы А и у 33,3% - группы В, достигли относительной стабилизации, но у них сохранялись редкие ангинозные приступы.

#### Заключение:

Учитывая практически полную идентичность сравниваемых групп по исходным данным, достоверное различие в исследуемых группах объясняется применением различных антикоагулянтов. Применение низкомолекулярного гепарина фраксипарина с антикоагулянтной целью у больных с острым коронарным синдромом характеризуется более выраженной клинической эффективностью.

### 5.7. АНТИФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ: ТАК ЛИ БЕЗОПАСНО ИХ ПРИМЕНЕНИЕ?

ЧАРНАЯ М.А., МОРОЗОВ Ю.А., ДЕМЕНТЬЕВА И.И., ГЛАДЫШЕВА В.Г., ГОНЧАРОВА А.В.

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Б.В. ПЕТРОВСКОГО, РАМН

#### Введение(цели/задачи):

Синтетические аналоги лизина широко применяются при об-

ширных хирургических вмешательствах, в том числе и при операциях в условиях искусственного кровообращения (ИК). Их действие на систему гемостаза подробно освещено во многих работах. Однако вопрос о влиянии на другие органы и системы остается до конца не выясненным.

Цель работы. Сравнительная оценка негемостазиологических эффектов транексамовой и аминокaproновой кислот у кардиохирургических больных.

#### Материал и методы:

Обследовано 120 пациентов, оперированных в условиях ИК. Группу 1 ( $n=40$ ) составили больные, получавшие во время операции транексамовую кислоту (ЗАО МирФарм, Россия), группу 2 ( $n=50$ ) -  $\epsilon$ -аминокaproновую кислоту (Мосхимфарм-препараты, Россия). Оба препарата вводили в виде пролонгированной инфузии в дозе 10 г для ТК и 20 г для АК. В контрольной группе 3 ( $n=30$ ) антифибринолитические препараты не использовали. По длительности и температурным режимам ИК группы между собой не отличались. На 1 сутки после операции функциональное состояние печени оценивали по активностям аспарагиновой (АСТ, ЕД/л) и аланиновой (АЛТ, ЕД/л) трансаминаз, концентрации билирубина (мкмоль/л), функцию почек – по скорости клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин). В конце хирургического вмешательства определяли уровень свободного гемоглобина в плазме крови. Через 6 и 12 часов после операции измеряли концентрацию лактата (ммоль/л) в артериальной крови.

#### Результаты:

До операции у всех больных не было нарушений функционального состояния печени и почек. На 1 сутки после хирургического вмешательства активность АСТ свыше 40 ЕД/л регистрировалась у 79,5, 70,0 и 40,0% пациентов групп 1-3 соответственно. Повышенная активность АСТ (более 40 ЕД/л) отмечалась в 27,3, 15,0 и 0% наблюдений в группах 1-3 соответственно. Концентрация билирубина свыше 20 мкмоль/л определялась у 18,2, 5,0 и 10,0% больных исследуемых групп соответственно. Количество больных с гиперлактатемией свыше 4 ммоль/л через 6 часов после операции составило 37,5, 10,0, 3,3%, через 12 часов – 20,0, 4,0, 3,3% соответственно для групп 1-3. При этом доля больных с концентрацией лактата более 7 ммоль/л была достоверно выше в группе 1 по сравнению с группами 2 и 3. На 1 сутки после операции снижение СКФ более чем на 33% выявлялось у 45,0, 12,0 и 6,7% больных групп 1-3 соответственно. Интраоперационно гемолиз развивался в 60, 58 и 60% наблюдений, при этом концентрация свободного гемоглобина в плазме составила  $72,5 \pm 7,5$ ,  $70,0 \pm 6,1$  и  $80,7 \pm 10,3$  мг% соответственно для групп 1-3 ( $p > 0,05$ ).

#### Заключение:

Интраоперационная пролонгированная инфузия транексамовой кислоты в дозе 10 г сопровождается более выраженными, чем при использовании  $\epsilon$ -аминокaproновой кислоты в дозе 20 г, нарушениями функции печени и почек, а также гиперлактатемией в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических больных. Таким образом, вопрос безопасности такой дозировки и схемы введения транексамовой кислоты требует дальнейшего изучения.

**5.8. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ИЛИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Воробьёва Н.М., Панченко Е.П., Добровольский А.Б., Титаева Е.В., Хасанова З.Б., Постнов А.Ю., Ермолина О.В., Балахонова Т.В., Кириенко А.И.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий,  
РГМУ им. Н. И. Пирогова

**Введение(цели/задачи):**

Согласно рекомендациям 8-го консенсуса АССР, антикоагулянтная терапия (АКТ) может быть прекращена не ранее, чем через 3 мес. и только у больных с первым эпизодом тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) и наличием обратимых факторов риска ТГВ/ТЭЛА. Цель работы: изучить частоту и структуру факторов, влияющих на продолжительность АКТ, у больных с первым эпизодом ТГВ/ТЭЛА.

**Материал и методы:**

В исследование включили 73 пациента (66% мужчин) в возрасте 18-76 лет (медиана 54 года) с первым эпизодом ТГВ/ТЭЛА. Все пациенты получили нефракционированный или низкомолекулярный гепарин с последующим назначением варфарина (целевые значения международного нормализованного отношения 2,0-3,0). Длительность терапии варфарином составляла от 3 до 12 мес. или была рекомендована на неопределённо долгий срок. Для решения вопроса о прекращении или продолжении АКТ у каждого больного оценивали наличие или отсутствие факторов риска ТГВ/ТЭЛА и других показаний для АКТ. Приём варфарина продолжали при наличии хотя бы одного из критериев.

**Результаты:**

Показания для продления АКТ на неопределённо долгий срок выявили у 40 (55%) больных. Причинами продолжения АКТ стали следующие состояния и факторы риска: 1) уровень Д-димера >0,5 мкг/мл на фоне АКТ (25,4%); 2) идиопатический эпизод ТГВ/ТЭЛА (20,5%); 3) кава-фильтр в нижней полой вене (17,8%); 4) мутации генов фактора V Лейдена и/или протромбина G20210A (16,4%); 5) постэмболическая лёгочная гипертензия (13%); 6) мерцательная аритмия (9,6%); 7) активный рак и/или химиотерапия (6,8%); 8) семейный анамнез ТГВ/ТЭЛА (6,8%); 9) рецидив ТГВ/ТЭЛА на фоне АКТ (6,8%); 10) хроническая сердечная недостаточность (5,5%); 11) аномалии развития глубоких вен (2,7%); 12) механические протезы клапанов сердца (1,4%); 13) внутрисердечные тромбы (1,4%). Количество факторов риска у одного больного в среднем составляло 2 (размах от 1 до 5), при этом наличие 2-х и более показаний для продолжения АКТ имело место у 28 (70%) человек. В случае отсутствия факторов риска АКТ была прекращена у всех 33 (45%) больных, из них у 2 - через 3 мес., у 5 - через 6 мес. и у 26 - через 12 мес.

**Заключение:**

Более половины больных с первым эпизодом ТГВ/ТЭЛА нуждаются в длительной АКТ.

**5.9. ОПЫТ ДОЛГОВРЕМЕННОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛЯ (ПЛАВИКСА) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Нозиров Дж.Х., Бобокалонова М.Р., Муминова М.И.

ТИППМК, КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ С КУРСОМ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ, ЦРБ г. Вахдат, Таджикистан

**Введение(цели/задачи):**

Оценить безопасность и эффективность Клопидогреля (препарат Плавикс фирмы «Санофи Авентис», Франция) при длительном лечении больных нестабильной стенокардией.

**Материал и методы:**

Осуществлено длительное наблюдение (не менее 6 месяцев) за 28 больными с нестабильными формами стенокардии (18 мужчин и 10 женщин), средний возраст которых составил  $49,4 \pm 1,6$  лет. Всем больным с первых часов от начала заболевания, наряду с комплексной терапией, включающей: бета-блокаторы (25 больных), нитраты (17 больных), анальгетики (17 больных), статины (18 больных) и гипотензивных препаратов (16 больных), был назначен Клопидогрель внутрь в нагрузочной дозе 300 мг однократно и в последующем в дозе 75 мг в сочетании с препаратом Тромбо АСС 100 мг/сутки. Проводилось клиническое наблюдение, биохимические анализы крови с определением уровня мочевины, остаточного азота, билирубина, трансаминаз, липидного спектра, коагулограммы, контроль количества тромбоцитов в крови, а также электрокардиографическое и эхокардиографическое исследование в динамике.

**Результаты:**

В первые сутки от начала приёма препарата клиническое улучшение отмечено у 16 (57,1 %) больных, в последующие 3 суток отмечено заметное клиническое улучшение, а также положительная электрокардиографическая динамика (нивелирование депрессии сегмента ST) зарегистрировано у 11 (39,3 %) больных. Следовательно существенная положительная динамика в течении заболевания в суммарном выражении достигнута у 27 больных (96,4%). Результаты 10-ти дневной терапии показали на полное клиническое, значительное электрокардиографическое и эхокардиографическое улучшение у 17 (94,4 %) больных. У одного больного, в первые сутки от начала заболевания, был диагностирован интрамуральный инфаркт миокарда, и наряду с клиническим улучшением приёма Клопидогреля в сочетании с Тромбо АСС не наблюдалось заметной положительной динамики ЭКГ показателей: сохранялись на ЭКГ глубокие отрицательные зубцы Т на весь период наблюдения. После выписки из стационара мониторинг за больными продолжался в течении 6 месяцев. За истекший период рецидивов болевого синдрома, а также ухудшения ЭКГ и ЭхоКГ показателей не наблюдалось. Анализ уровня тромбоцитов и гемоглобина не показал особых изменений, геморрагических проявлений и других побочных эффектов, кроме кожного зуда у одного больного, не наблюдалось. У больного с инфарктом миокарда отмечался высокий уровень протромбинового индекса и фибриногена, что явилось поводом к назначению препарата варфарекс (фирма «Санофи Авентис», Франция) в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки под контролем МНО. При длительном наблюдении по происшествии 7-8 недель у 7 больных (25,0 %) были обнаружены симптомы НПВС-гастропатии, что явилось причиной отмены препаратов ацетилсалициловой кис-



лоты. Однако больные продолжали принимать Клопидогрель в дозе 75 мг в сутки.

**Заключение:**

таким образом, назначение препарата Клопидогрель (Плавикс) совместно с ацетилсалициловой кислотой в комплексной терапии больных с нестабильной стенокардией является достаточно эффективной. Наш опыт непрерывного 24-х недельного применения препарата Клопидогрель показал отсутствие каких-либо серьезных побочных эффектов и осложнений у данной категории больных.

**5.10. АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Гульмурадов Т.Г., Султанов Д.Д.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ г. Душанбе, Таджикистан

Лечение острых тромбозов и тромбофлебитов антикоагулянтами и фибринолитическими препаратами составляет важное звено в комплексе патогенетической терапии этих заболеваний. Считается доказанным, что эффективность антикоагулянтной терапии тем выраженнее, чем она раньше начата.

**Введение(цели/задачи):**

Изучение эффективности сочетанного применения антикоагулянтов прямого и непрямого действия в лечении острого тромбофлебита глубоких вен (ОТГВ) нижних конечностей.

**Материал и методы:**

Материалом настоящего исследования явились 72 больных с острым тромбофлебитом глубоких вен нижних конечностей, в возрасте от 25 до 84 лет. Средний возраст составил 51±2,2

года, мужчин было 38 (52,5%) и женщин - 34 (47,5%). Нами изучались следующие показатели коагулограммы крови: АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, ТВ, фибриноген, коагиновое время.

**Результаты:**

Нами проводился анализ развернутой коагулограммы у 61 больного из 72 больных с острым тромбофлебитом глубоких вен нижних конечностей. При этом первый анализ проводился при поступлении больного в стационар до получения антикоагулянтов и повторялся на 3-й или 4-й сутки лечения и накануне выписки из стационара. Для адекватности контроля антикоагулянтной терапии мы в основном ориентировались на показатели АЧТВ и МНО. В зависимости от способа антикоагулянтной терапии больные были разделены на 2 группы: 1- группа состояла из 30 больных, которым сразу с первых суток назначали антикоагулянты прямого (гепарин) и непрямого (варфарекс) действия. 2 - группа (31 больной), которым назначали только гепарин.

Во 2 группе больных, получивших только гепарин в течение 2-х суток стабильная гипо коагуляция не достигалась. Должное удлинение показателя АЧТВ (повышение на 15-20%) достигнуто только лишь у 12 (38,7%) больных. В 1 группе - у 22 (73,3%), т.е., у большинства больных ( $P<0.05$ ). При поступлении в обеих группах МНО было на низких цифрах, в середине в первой группе имеется удлинение этого показателя на 2,3 ед., а во второй группе - 1,4 ед. ( $P<0,001$ ). Геморрагических осложнений в процессе лечения не наблюдалось.

**Заключение:**

Таким образом, для контроля над адекватностью антикоагулянтной терапии объективными критериями являются показатели коагулограммы: МНО и АЧТВ. Более оптимальная динамика реологических свойств крови достигается при сочетанном применении гепарина и варфарекса.

# 6. ДОСТИЖЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИИ И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

## 6.1. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

ЗУФАРОВ М.М., ИСКАНДАРОВ Ф.А., АХМЕДОВ Х.А., САЛАХИТДИНОВ Ш.Н., ХОДЖАЕВА Э.М.

РСЦХ им.АКАД. В.ВАХИДОВА

### Введение(цели/задачи):

Оценка изменений функциональных показателей (ФП) левого желудочка (ЛЖ) после коронарного стентирования (КС) у больных ранней постинфарктной стенокардией (РПС).

### Материал и методы:

Проанализированы изменения ФП ЛЖ после КС у 85 больных РПС в возрасте от 42 до 72 лет (сред.  $53 \pm 4,7$ ). Инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q перенесли 24 (28,2%), без зубца Q - 61 (71,8%) больных. Средний срок после перенесенного ОИМ составил  $13,2 \pm 2,4$  сут. По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ в среднем составила  $41,3 \pm 4,8\%$ . КДО ЛЖ в среднем составил  $198,6 \pm 11,6$  мл. Зоны гипокинезии ЛЖ выявлены у всех больных, акинезии - в 34 (40,0%) случаях. Стентирование одной артерии произведено у 48 (56,5%) больных, двух - у 29 (34,1%), трех - у 8 (9,4%).

### Результаты:

После КС ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $41,8 \pm 4,8\%$  до  $50,1 \pm 6,1\%$ . У 72 (84,7%) пациентов отмечена значительная положительная динамика, ФВ ЛЖ в среднем возросла с  $39,4 \pm 3,4\%$  до  $52,3 \pm 4,2\%$ . У 11 (12,9%) пациентов наблюдалась незначительная положительная динамика, ФВ ЛЖ в среднем возросла с  $43,7 \pm 3,2\%$  до  $45,8 \pm 3,9\%$ . У 2 (2,4%) пациентов динамики изменения ФВ не отмечалось. У пациентов с исходной ФВ менее 30% (n=18) отмечено ее повышение в среднем с  $26,4 \pm 2,9\%$  до  $39,1 \pm 4,6\%$ ; с ФВ от 30 до 40% (n=22) - с ФВ  $36,9 \pm 4,2\%$  до  $47,1 \pm 3,9\%$ ; с ФВ от 41 до 50% (n=25) - с  $47,1 \pm 5,7\%$  до  $51,6 \pm 6,1\%$ ; с ФВ выше 50% (n=12) - с  $53,7 \pm 6,7\%$  до  $54,9 \pm 6,8\%$ . Также отмечено уменьшение КДО ЛЖ с  $196,6 \pm 11,6$  до  $180,2 \pm 14,7$  мл (p<0,05). При этом у больных с исходной КДО более 200 мл (в среднем  $213,1 \pm 19,2$  мл) динамика была умеренно выражена и в среднем составила  $204,1 \pm 19,7$  мл. У 8 (9,4%) больных зоны гипокинезии уменьшились, а у 51 (60%) - сократимость полностью восстановилась. В 6 (7,1%) случаях появилась кинетика ранее выявленных зон акинезии, в 7 (8,2%) - зоны акинезии уменьшились. Среднее число зон гипокинезии после стентирования коронарных артерий снизилось с  $2,1 \pm 0,4$  до  $0,6 \pm 0,3$  сегмента, число зон акинезии - с  $1,14 \pm 0,5$  до  $0,7 \pm 0,2$  сегментов.

### Заключение:

Адекватное восстановление коронарного кровотока у больных РПС приводит к статистически достоверному улучшению функциональных характеристик левого желудочка

## 6.2. ФУНКЦИЯ ПОЧЕК И ДИНАМИКА КАРДИАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

МОРОЗОВ Ю.А., ДЕМЕНТЬЕВА И.И., ЧАРНАЯ М.А.

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Б.В. ПЕТРОВСКОГО, РАМН

### Введение(цели/задачи):

Вид операции реваскуляризации миокарда оказывает существенное влияние на функциональное состояние почек. Динамика кардиальных биомаркеров также напрямую зависит от «хирургической травмы» миокарда, выраженность которой связана с видом коронарного шунтирования.

Цель работы. Изучить взаимосвязь уровня маркеров повреждения миокарда в крови, вида коронарного шунтирования и функции почек.

### Материал и методы:

У больных после коронарного шунтирования в условиях полного ИК (группа 1), параллельного ИК (группа 2) и без ИК (группа 3) определяли концентрации тропонинов I (ТрI, мкг/л) и T (ТрT, мкг/л), МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК, мкг/л), миоглобина (Мг, мкг/л), креатинина (мг%) до, в конце, через 6 часов, на 1, 2 и 3 сутки после операции. Рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) по формуле Cockcroft-Gault и уровень клубочкового очищения (УКО, мг x мин x мл<sup>-1</sup>) от биомаркера по формуле:  $УКО = (Спл \times Vпл) / СКФ$ , где Спл - концентрация биомаркера в плазме, Vпл - объем плазмы, мл.

### Результаты:

До операции все больные не имели нарушений функции почек, содержание исследуемых маркеров находилось в диапазоне нормальных значений. В конце операции у пациентов всех групп отмечалось достоверное увеличение УКО для всех биомаркеров. Через 6 часов после операции в группе 1 регистрировался подъем УКО для ТрI и T, МВ-КФК и снижение для Мг; в группе 2 - нарастание УКО для ТрT, уменьшение для МВ-КФК и Мг, УКО для ТрI практически не изменялся по сравнению с предыдущим этапом; в группе 3 - УКО для ТрI и МВ-КФК оставался без существенной динамики по сравнению с концом операции, УКО для ТрT и Мг снижался (p<0,05). На 1 сутки после операции в группе 1 наблюдался дальнейший динамический рост УКО ТрI, УКО ТрT, МВ-КФК и Мг оставались на уровне предыдущего этапа. В группе 2 значения УКО были максимальные для всех биомаркеров, а в группе 3 - для ТрI и МВ-КФК (p<0,05 по сравнению с 6 часами после операции для групп 2 и 3). На этом этапе в группе 3 отмечался второй пик УКО для Мг и ТрT, причем этот пик УКО ТрT был больше, чем в конце операции. На 2-3 послеоперационные сутки в группах 1-3 отмечалось динамическое снижение УКО для всех биомаркеров практически до дооперационных значений, за исключением Мг, который на 2 сутки повышался в группе 1.

### Заключение:

Для каждого вида коронарного шунтирования характерна индивидуальная динамика кардиальных биомаркеров, обусловленная как выраженностью «хирургической травмы» миокарда, так и функциональным состоянием почек. Не зависимо от вида реваскуляризации миокарда изменения УКО для Мг

и ТрТ носили двухволновой характер с максимумами в конце и на 1-2 сутки после операции.

### 6.3. НОВЫЕ КРИТЕРИИ ГЕПАРИНИНДУЦИРОВАННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Морозов Ю.А., Чарная М.А., Гладышева В.Г.

Российский Научный Центр Хирургии Имени Академика Б.В. Петровского, РАМН

#### Введение(цели/задачи):

Изучить динамику иммуноглобулинов классов М, А и G в зависимости от образования антитромбоцитарных антител у кардиохирургических больных.

#### Материал и методы:

Обследовано 50 кардиохирургических пациентов, которым была выполнена операция реваскуляризации миокарда. Все больным определили количество тромбоцитов, уровень иммуноглобулинов (Ig) классов М, А и G, а также антитела к комплексу «гепарин-тромбоцитраный фактор4» до, на 1 и 7 сутки после операции.

#### Результаты:

Через 24 часа после операции прогностическим признаком развития антител к гепарину являются: снижение уровней иммуноглобулинов классов G, М, А значительное снижение количества тромбоцитов; на 7 сутки после операции - отсутствие динамики IgG и IgM, повышение уровня IgA, отсутствие снижения или незначительное снижение количества тромбоцитов. Прогностическими признаками отсутствия образования в дальнейшем антител к гепарину можно считать выраженное повышение уровня IgG и IgA при снижении уровня IgM, отсутствие снижения тромбоцитов в крови, а на 7 сутки после операции - снижение уровня всех иммуноглобулинов при неизменном или несколько сниженном количестве тромбоцитов в крови. Повышение уровня всех иммуноглобулинов в крови на фоне повышения количества тромбоцитов в крови по сравнению с 1 сутками после операции может свидетельствовать о развитии антител к гепарину на 7 сутки после операции.

### 6.4. ГЛИКЕМИЯ И ПРОЦЕССЫ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ АГРЕГАЦИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Морозов Ю.А., Гончарова А.В.

Российский Научный Центр Хирургии Имени Академика Б.В. Петровского, РАМН

#### Введение(цели/задачи):

Агрегации эритроцитов (АЭ) принадлежит важная роль в развитии микроциркуляторных нарушений после кардиохирургических операций, которые могут реализовываться в виде (поли-органной недостаточности. Сахарный диабет (СД) также сопровождается патологией микроциркуляторного русла. Цель работы. Изучить взаимосвязь уровня гликемии и агрегации эритроцитов у больных, оперированных на сердце.

#### Материал и методы:

В зависимости от наличия СД больные были разделены на группы: группа 1 (n=18) - без СД, группа 2 (n=19) - с СД 1-2 типа. Процессы АЭ - степень (%), скорость (%/мин) - изучали по оригинальной методике на агрегометре «Solar 2110» (Беларусь) с индуктором 0,1% коммерческим раствором адре-

налина гидрохлорида в конечном разведении 0,01%. Уровень гликемии (ммоль/л) определяли на приборе «ABL-825 Flex» («Radiometer», Дания). Исследования проводили до, в конце и на 1 сутки после операции.

#### Результаты:

До операции группы 1 и 2 по показателям АЭ достоверно не различались, уровень гликемии был выше в группе 2 (p>0,05). В конце операции в обеих группах отмечалось увеличение в одинаковой степени концентрации глюкозы в крови (p<0,05 по сравнению с исходными значениями). При этом в группе 1 выявлялось уменьшение скорости АЭ (p>0,05), а в группе 2 - ее возрастание (p>0,05), степень АЭ в обеих группах не изменялась. В группе 1 в этот период выявлена высокая корреляция между уровнем гликемии и степенью АЭ (r=0,78, p=0,024), а также уровнем гликемии и скоростью АЭ (r=0,90, p=0,002). На 1 сутки после операции в группе 1 гликемия достоверно снижалась по сравнению с предыдущим этапом, но была выше дооперационных значений (p<0,05). В группе 2 в этот период содержание глюкозы в крови не изменялось по сравнению с концом операции, но было увеличенным по сравнению с исходом (p<0,05). На этом же этапе в группе 1 степень АЭ изменялась незначительно, тогда как в группе 2 отмечено резкое повышение этого показателя (p<0,05 по сравнению с дооперационными величинами, p<0,05 по сравнению с концом операции). В группе 1 скорость АЭ значительно снижалась по сравнению с дооперационными данными, тогда как в группе 2 это уменьшение было не достоверным. В группе 1 выявлена высокая (r=0,68, p=0,04) корреляция между гликемией в конце операции и степенью АЭ на 1 сутки, и слабая (r=0,34, p=0,05) - гликемией в конце операции и скоростью АЭ на 1 сутки после операции.

#### Заключение:

Послеоперационный уровень гликемии оказывает существенное влияние на процессы эритроцитарной агрегации. При отсутствии сахарного диабета в анамнезе увеличение скорости и степени агрегации эритроцитов тесно зависит от повышения уровня гликемии во время операции. Взаимозависимость процессов эритроцитарной агрегации от содержания глюкозы в крови у больных с сахарным диабетом менее выражена, что, скорее всего, связано с длительно существующей гипергликемией.

### 6.5. КИНЕТИКА СЕРДЕЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Морозов Ю.А., Дементьева И.И., Чарная М.А.

Российский Научный Центр Хирургии Имени Академика Б.В. Петровского, РАМН

#### Введение(цели/задачи):

Одной из причин некоронарогенного увеличения содержания кардиальных биомаркеров в крови у больных без повреждения миокарда является нарушение функции почек. У пациентов с почечной недостаточностью часто регистрируется повышение уровня сердечных тропонинов даже без признаков инфаркта миокарда или острого коронарного синдрома.

Цель работы: изучить динамику сердечных биомаркеров повреждения миокарда у больных после операций коронарного шунтирования в зависимости от функции почек в раннем послеоперационном периоде.

#### Материал и методы:

У больных, которым выполнена операция реваскуляризации миокарда в крови определяли уровень тропонина Т (ТрТ, мкг/л),

тропонина I (ТрI, мкг/л), МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК, мкг/л) и миоглобина (Мг, мкг/л) на приборе «АQT80» (фирма «Radiometer», Дания) до, через 6, 12, 24, 48 и 72 часа после хирургического вмешательства. Концентрация креатинина в крови (мг%) измеряли на приборе «Вескнал» (Германия). Рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин) по формуле Cockcroft-Gault. Почечной дисфункцией (ПД) считали снижение СКФ на 1 сутки после операции на 33% и более от исходных значений. Больные были разделены на группу 1 (n=12) – с ПД и группу 2 (n=15) – без ПД. Рассчитывали фармакокинетические показатели величину максимальной концентрации (С<sub>max</sub>, мкг/л), время достижения С<sub>max</sub> (Т<sub>max</sub>, час), площадь под кривой «концентрация-время» (AUC, мкг x час/л), отражающую элиминацию биомаркера из плазмы, относительную скорость поступления биомаркера в кровь (С<sub>max</sub>/AUC, час<sup>-1</sup>), период полувыведения биомаркера (ППВ, час).

**Результаты:**

В группе 1 уровень ТрТ в целом был выше, чем в группе 2, хотя это не носило статистически достоверного характера. При этом пик концентрации ТрТ в группе 1 отмечалось динамическое нарастание уровня ТрТ и максимумом через 24 часа. В группе 2 увеличение уровня ТрТ регистрировалось до 12 часов после операции и в дальнейшем до 48 часов после операции содержание ТрТ в крови не изменялось. Через 48 часов независимо от функции почек происходило резкое снижение концентрации ТрТ. Независимо от СКФ, уровень ТрI достигала максимума через 24 часа после операции. Динамика концентрации ТрI характеризовалась повышением до 1 суток после операции, после 24 часов регистрировалось снижение содержания ТрI в крови. На всех этапах исследования уровень ТрI была выше в группе 1 (p<0,05 для всех этапов). Концентрация МВ-КФК в крови была достоверно выше до 24 часов после операции в группе 1 по сравнению с группой 2. Через 48 и 72 часа после операции группы достоверно не отличались между собой по величине этого параметра. Максимальное содержание МВ-КФК в группе 1 отмечалось через 12 часов, а в группе 2 – через 24 часа после операции. Максимальный уровень Мг в группе 1 достигал через 6 часов, в группе 2 – через 12 часов после операции. При этом пиковые концентрации Мг были одинаковыми в группах 1 и 2. Необходимо отметить, что в группе 1 не отмечено достоверного изменения уровня Мг в период 6-72 часа после операции. В группе 2 содержание Мг в крови линейно нарастала до 12 часов после операции, а затем – снижалось, хотя через 72 часа не выявлено достоверного уменьшения уровня Мг. В группе 1 регистрировалась большая величина С<sub>max</sub> для ТрI и МВ-КФК, в то время этот показатель для ТрТ и Мг был примерно одинаковым. Обращал на себя внимание тот факт, что Т<sub>max</sub> для ТрТ и ТрI в группах 1 и 2 было одинаковым – 24 и 12 часов соответственно, тогда как для МВ-КФК и Мг достижение Т<sub>max</sub> происходило в 2 раза быстрее – 12 и 24 часа для МВ-КФК и 6 и 12 часов для Мг

**6.6. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСРАДИАЛЬНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Сахов О.С., Жолдин Б.К., Телеуов Д.А.,  
Канимкулова Ф.А., Суханова Н.Т.

ЗКГМУ им. М. Оспанова, г. АКТОБЕ

**Введение (цели/задачи):**

В послеоперационном периоде при чрезкожных вмешательствах на фоне антиагрегантной и антикоагулянтной терапии

могут возникнуть геморрагические осложнения, которые в свою очередь приводят к явлениям ишемии. У больных с острым коронарным синдромом (ОКС) подобные осложнения могут привести к тяжелым последствиям, включая летальный исход. И в данном случае на первый план выходит одно из наиболее важных преимуществ трансрадиального доступа. Лучевая артерия хорошо отделена от локтевой и не связана с нервом, что позволяет избежать местных ишемических и неврологических осложнений. А так же, больной после процедуры не нуждается в постельном режиме, что дает возможность ранней активации больного в послеоперационном периоде. Все это снижает риск сосудистых осложнений и позволяет сократить сроки пребывания в стационаре.

**Материал и методы:**

В нашей клинике в течение года (с августа 2008г. по август 2009г.) работы с больными ОКС проведено 115 стентирований. Из них 74 (64,3%) трансрадиальным доступом и 41 (35,7%) традиционным трансфemorальным. При этом переход с трансрадиального на трансфemorальный доступ отмечался в 4 (5%) случаях. В 2 из них причина была в образовании острого угла между a. subclavia и tr. brachiocephalicus, что создавало неудобства для манипуляции катетером. В 1 случае из-за выраженной извитости артерий верхней конечности не удалось провести проводник. И в последнем случае были трудности с установкой гайд-катетера в устье коронарной артерии. В остальных случаях стентирование произведено без трудностей.

**Результаты:**

Из 41 пациента после стентирования трансфemorальным доступом, у 3 (7,3%) в послеоперационном периоде развилось осложнение в виде ложной аневризмы. В 2 случаях имелся положительный эффект от консервативной терапии, а в одном случае возникла необходимость хирургического вмешательства. Также у 2 пациентов (4,9%) отмечалась подкожная гематома. При использовании 0,05). <трансрадиального доступа подобных осложнений не наблюдалось/

**Заключение:**

Подводя итог вышесказанному, хотим отметить, что современные тенденции стремятся к достижению хрупкого равновесия между назначением антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в послеоперационном периоде, направленную на профилактику тромбоза стентов и кровотечением с явлениями ишемии. Использование трансрадиального доступа при стентировании больных с ОКС является еще одной ступенькой к достижению этого равновесия.

**6.7. ОПЫТ ОЦЕНКИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРУЕМЫХ ПО ПОВОДУ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ШКАЛЕ EUROSCORE В РГП «ННМЦ» МЗ РК**

Курмалаев А.С., Пя Ю.В., Мендыкулов С.Е.,  
Лесбеков Т.Д.

РГП «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»  
МЗ РК, АСТАНА

**Введение(цели/задачи):**

Оценить доступность и воспроизводимость параметров шкалы EuroSCORE у кардиохирургических пациентов в РГП «ННМЦ».

**Материал и методы:**

Клинические данные 130 пациентов, оперированных по поводу коронарной болезни сердца в РГП «ННМЦ» за период с

01.2009 по 08.2009, были ретроспективно оценены по шкале EuroSCORE. Выполнено сравнение популяционных и клинических предоперационных данных пациентов в оригинальном исследовании и в нашем Центре.

#### Результаты:

Пациенты обеих групп достоверно различались по наличию артериальной гипертензии (86,9% и 43,6% соответственно) и числу женщин (7% и 28% соответственно). В группе исследования EuroSCORE, в сравнении с нашими пациентами было больше комбинированных вмешательств, больных с высокой лёгочной гипертензией и перенесших повторное оперативное лечение. Число больных в РГП «ННМЦ», оцененных по шкале EuroSCORE 0-2 баллов составило 77 (59,2%); 3-5 баллов составило 40 (30,7%);  $\geq 6$  баллов - 13 (10%). По данным исследования EuroSCORE, больные распределились следующим образом: 30,6%, 40,3% и 29% соответственно.

#### Заключение:

оценочная шкала EuroSCORE является доступной в условиях нашего Центра. Выявленные некоторые различия при сравнении популяционных и клинических предоперационных данных пациентов в оригинальном исследовании и в РГП «ННМЦ» обуславливают необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

### 6.8. ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

КОМИССАРОВА С.М., ВАЙХАНСКАЯ Т.Г., ОСТРОВСКИЙ Ю.П., СПИРИДОНОВ С.В.

РНПЦ «Кардиологии»

#### Введение(цели/задачи):

Оценить эффективность хирургического лечения тяжелых форм гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП)

#### Материал и методы:

Обследовано 110 больных (56,7% мужчин, 43,3% женщин) в возрасте от 17 до 59 лет. Выполняли ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, пробу с физической нагрузкой и коронарографию.

#### Результаты:

Среди вариантов ГКМП обструктивная форма встречалась у 30,9%, латентная – у 12,8%, необструктивная – у 50,5% больных, у 5,8% выявлена трансформация в дилатационную стадию. Пятилетняя выживаемость в исследуемой группе составила 98,1%. Все пациенты получали  $\beta$ -адреноблокаторы (бисопролол) и по показаниям – антагонисты АТ II рецепторов (эпросартан). В процессе наблюдения за больными выделены три варианта течения заболевания: стабильное (47%), прогрессирующее (31%) и с прогрессированием сердечной недостаточности (22%). Хирургическая коррекция выполнена 10% больных ГКМП. К выбору типа хирургического вмешательства подходили дифференцированно с учетом морфофункционального варианта заболевания. Пациентам с максимальной толщиной стенки ЛЖ более 20 мм, наличием градиента давления в выносящем тракте (ВТЛЖ) более 50 мм рт.ст. и аномалии митрального клапана (МК) выполняли миосептэктомию в сочетании с пластикой или пликацией передней створки МК. При толщине стенки ЛЖ менее 18 мм рт.ст и наличии аномалий МК выполняли операцию иссечения папиллярных мышц и протезирования МК с использованием низ-

копрофильных протезов. В послеоперационном периоде градиент давления в ВТЛЖ снизился с  $88 \pm 25$  до 14 мм рт.ст ( $p < 0,006$ ), ФК ХСН NYHA с  $3,2 \pm 0,87$  до  $1,3 \pm 0,33$  и уменьшились основные симптомы заболевания.

#### Заключение:

Разработанный дифференцированный подход к выбору стратегии лечения свидетельствуют об эффективности хирургической коррекции тяжелых форм ГКМП.

### 6.9. КОРРЕКЦИЯ ИНФРАКАРДИАЛЬНОЙ ФОРМЫ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ПРАВЫХ ЛЁГОЧНЫХ ВЕН

КОЗЫБАЕВ Ж.Б., ГОРБУНОВ Д.В., МИШИН А.В., АБИКЕЕВА Л.С., ДРУЩЕНКО О.А., ИБРАЕВ Т.Е., КАЛИЕВ Р.Б.

РГП «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»  
МЗ РК, АСТАНА

#### Введение(цели/задачи):

Аномальный дренаж лёгочных вен (АДЛВ) в сочетании с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) относится к категории редко встречающихся врожденных пороков сердца (ВПС), по данным различных авторов в среднем 1,5% [Бураковский В.И., Бокерия Л.А., 1989; Keith et al., 1978]. По предложенной классификации [Darling et al., 1957] АДЛВ подразделяются на: супракардиальную, интракардиальную, инфракардиальную и смешанные формы. По данным Детской больницы г. Бостона, приблизительно в 45% случаев АДЛВ был в виде супракардиальной формы, 25% интракардиальной формы, 25% инфракардиальной формы и у 5% пациентов – смешанной формы. В кардиохирургической клинике Национального Научного Медицинского Центра (ННМЦ) г. Астаны за 5 лет среди прооперированных 1042 пациентов с ВПС, радикальной коррекции аномального дренажа лёгочных вен подвергнуто 27 пациентов (2,5%). Из них инфракардиальная форма АДЛВ встречалась лишь в одном случае. Данный пример заслуживает внимание ввиду редкости встречаемости данного порока, технической сложности операционной коррекции.

#### Материал и методы:

Пациентка К., 3 лет 9 месяцев, поступила в клинику с жалобами на частые простудные заболевания, одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость, отставание в физическом развитии. По данным ЭхоКГ: большой вторичный ДМПП  $2,38 \times 2,49$  см без верхнего края, сброс шунта слева направо, дилатация правых отделов сердца, расчетное давление в лёгочной артерии – 40 мм рт.ст. Обращала на себя внимание обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в легких без очаговых и инфильтративных изменений, лёгочный рисунок усилен, тень сердца расширена в поперечнике за счет правых отделов, КТИ – 63 %, также выявлен симптом «ятагана» или «турецкой сабли» (тень аномально расположенного сосуда на фоне нижней доли правого легкого).

#### Результаты:

Оперативное вмешательство проводилось в условиях искусственного кровообращения (ИК) с использованием кровяной кардиopleгии. Интраоперационно: при вскрытии правого предсердия (ПП) визуализирован вторичный ДМПП, при дальнейшей ревизии выявлено аномальное впадение правых лёгочных вен (ЛВ) общим коллектором в нижнюю полую вену (НПВ), левые ЛВ впадают в левое предсердие (ЛП). Общий коллектор визуально короткий, перемещение его в ПП не пред-

ставлялось возможным из-за значительного натяжения. НПВ максимально выделена до диафрагмы, рассечена продольно. При ревизии - устье коллектора впадает отдельно от устья печеночных вен. Пациентка охлаждена до 180 С, выполнен циркуляторный арест. Произведено создание внутрисердечного тоннеля между устьем общего коллектора правых ЛВ и ЛП с пластикой ДМПП заплатой из аутоперикарда. На выходе из ИК произведено инвазивное измерение давления в коллекторе АДЛВ, выявлена обструкция созданного тоннеля. Вновь начато ИК с гипотермией до 220 С и наложением циркуляторного ареста. В связи с обструкцией устья коллектора решено произвести наложение экстракардиального анастомоза между общим коллектором и ЛП с помощью протеза «Gore-Tex» № 10. Наложена дистальный конец анастомоза по типу «конец в бок» между общим коллектором и протезом, через созданное «окошко» в перикарде анастомоз подведен к задней стенке ЛП, сформирован проксимальный конец анастомоза между протезом и ЛП. Общее время ИК составило 221 мин, время пережатия аорты 153 мин, циркуляторный арест 61 мин.

**Заключение:**

Диагностика инфракардиальной формы АДЛВ достаточна затруднительна. Наиболее информативной из всех методов обследований является рентгенологическое исследование, при котором возможно выявление специфического признака аномального впадения легочных вен в НПВ – симптом «ятагана» или «турецкой сабли», впервые описанного С. Dotter в 1949 году. Полную картину же порока и точную диагностику всех форм АДЛВ дает проведение зондирования полостей сердца и ангиокардиография, что должно являться «золотым стандартом» при подозрении на возможное наличие у пациента АДЛВ. Хирургическая коррекция АДЛВ в НПВ достаточно сложна. Наиболее оптимальной является отсечение аномальных вен от НПВ и перемещение их в ЛП. При опасности значительного натяжения анастомоза, рекомендуется соединять АДЛВ с ПП и проводить коррекцию по типу аномального соединения легочных вен в правое предсердие. Если же коллектор АДЛВ значительно короток и соединение его с ПП затруднительно - возможно перемещение АДЛВ в ЛП с созданием внутрисердечного тоннеля. При риске возникновения обструкции созданного тоннеля – мы предлагаем наложение экстракардиального анастомоза с помощью протеза «Gore-Tex».

**6.10. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Салахитдинов Ш.Н., Ахмедов Х.

РСЦХ им.акад. В.Вахидова

**Введение (цели/задачи):**

Оценка эффективности эндоваскулярных вмешательств (ЭВ) у больных ранней постинфарктной стенокардией (РПС).

**Материал и методы:**

ЭВ на коронарных артериях (КА) выполнены у 85 больных РПС в возрасте от 42 до 72 лет (в сред.  $53 \pm 4,7$  лет). Пациенты имели в анамнезе ОИМ сроком от 4 дней до 1 мес (в сред.  $13,2 \pm 2,4$  сут). Из них ОИМ с зубцом Q было у - 24 (28,2%), без зубца Q - 61 (71,8%) больных. У 30 (35,3%) больных отмечено наличие НК I, у 17 (20,0%) НК IIА по NYHA. По данным ЭхоКГ ФВ

ЛЖ в среднем составила  $41,3 \pm 4,8\%$ , КДО ЛЖ -  $198,6 \pm 11,6$  мл. У 48 (56,5%) больных имело место однососудистое, у 37 (43,5%) - многососудистое поражение коронарного русла. Общее количество пораженных сосудов составило 130. Из них значимые стенозы сосудов – 105 (80,8%), окклюзий – 25 (19,2%). Реканализация сосудов удалась во всех случаях. Стентирование одной артерии выполнено у 48 (56,5%) больных, двух – у 29 (34,1%), трех – у 8 (9,4%) больных.

**Результаты:**

Во всех случаях удалось восстановить хороший коронарный кровоток (TIMI III). Осложнений и летальных случаев не было. У пациентов после РЭВ отмечалась стойкая стабилизация клинического состояния с отсутствием ангиальных приступов. У 34 (40,0%) пациентов отмечена положительная динамика ЭКГ показателей: у 8 (9,4%) снижение элевации сегмента ST и у 26 (30,6%) подъем депрессии ST до изолинии. У 38 (44,7%) больных депрессия сегмента ST уменьшилась на 2-3 сутки после стентирования. По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $41,8 \pm 4,8\%$  до  $50,1 \pm 6,1\%$ . Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2-3 сутки после вмешательства. Результаты контрольных обследований, включая нагрузочные пробы, перед выпиской показали, что у 52 (61,2%) пациентов субъективно отмечалась полная стабилизация состояния без приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках. У 14 (16,5%) пациентов имела стенокардия напряжения ФК I, а у 18 (21,2%) – ФК II.

**Заключение:**

Стентирование коронарных артерий приводит к стабилизации клинического состояния, ранней реабилитации улучшению прогноза и качества жизни пациентов с РПС.

**6.11. РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Салахитдинов Ш.Н.

РСЦХ им.акад. В.Вахидова

**Введение(цели/задачи):**

Оценка эффективности эндоваскулярного лечения хронических окклюзий коронарных артерий (КА).

**Материал и методы:**

За период с 2000 по май 2005 г. были осуществлены попытки механической реканализации хронических окклюзий на 52 сегментах КА у 49 больных, в возрасте от 44 до 69 лет, в сред.  $57 \pm 6,1$  лет. Мужчин было 38 (77,6%), женщин - 11 (22,5%). У 46 (93,9%) пациентов попытка реканализации проводилась на одной КА, у 3 (6,1%) – на двух КА. Стабильная стенокардия третьего функционального класса (ФК III) по NYHA имела у 45 (91,8%), ФК IV- у 4 (8,2%) больных. Инфаркт миокарда в анамнезе имелся у 41 (83,7%) пациентов. Традиционная методика реканализации применена у 18 (36,7%) пациентов вошедших в первую группу анализируемых больных. Методика реканализация с помощью поддержки коронарным баллоном и селективного углубления кончика проводникового катетера под постоянным мониторингом инвазивного давления была применена у 31 (63,3%) больных (вторая группа).

**Результаты:**

Из 53 попыток у 49 больных механическая реканализация удалась в 44 (84,6%) случаях у 42 (85,7%) пациентов. В 9 (17,3%) попытках у 7 (14,3%) пациентов процедура реканализации оказалась неэффективной. Реканализация передней

межжелудочковой ветви (ПМЖВ) выполнена у 27 (64,3%) больных, правой коронарной артерии (ПКА) – у 11 (26,2%), огибающей ветви (ОВ) – у 4 (8,2%). Одномоментная реканализация ПМЖВ и ПКА с последующей ангиопластикой и стентированием выполнена у 1 (2,0%) пациента, ПМЖВ и ОВ – у 1 (2,0%) больного. В 5 (11,4%) реканализация была завершена баллонной ангиопластикой. В 39 (88,6%) реканализации ангиопластика была дополнена стентированием. В группе больных с традиционным методом реканализации процедура оказалась успешной в 12 (66,7%) случаев. Реканализация с баллонной поддержкой была успешной в 31 (91,2%) случаях. Непосредственных осложнений во время вмешательства не наблюдалось, у всех больных реваскуляризация была полной. Спазм коронарной артерии после стентирования имел место в 3 (7,7%) случаях, что было купировано внутрикоронарным введением изокета. У 4 (10,3%) пациентов была отмечена окклюзия мелкой боковой ветви, которая не сопровождалась какой-либо отрицательной клинической симптоматикой или развитием инфаркта миокарда. У 6 (12,2%) пациентов имело место умеренная гематома в области пункции бедренной артерии, не требовавшей специального лечения. Летальных случаев не было. У всех 42 пациентов прекратились боли в области сердца, повысилась толерантность к физической нагрузке. На 2-3 сутки после вмешательства пациенты были выписаны из стационара. В отдаленные сроки (от 6 мес до 5 лет) обследовано 34 пациента. У 19 (55,9%) пациентов не было приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках. У 8 (23,5%) пациентов имела стенокардия напряжения ФК I, а у 6 (17,6%) – ФК II. На протяжении периода наблюдения не отмечено случаев смерти. У 1 (2,4%) пациента через 2 года после вмешательства имел место мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки левого желудочка. Возврат стенокардии напряжения ФК III имел место у 3 (7,1%) пациентов.

#### **Заключение:**

Эндоваскулярная реканализация хронических окклюзий является безопасным и эффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние и повысить толерантность к физической нагрузке у больных хронической ИБС. Использование при реканализации поддержки проводника коронарным баллоном с селективным углублением кончика проводникового катетера позволяет существенно увеличить шанс реканализации

### **6.12. ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РЕОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Дубень С.А.

ГУ РНПЦ «Кардиология» Минск, БЕЛАРУСЬ

#### **Введение (цели/задачи):**

В Республике Беларусь, как во всех странах мира, отмечается рост заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК), традиционно занимающие первое место в структуре смертности и инвалидности населения. В 2008г. по сравнению с 2007г. наблюдается рост общей заболеваемости БСК на 12,5%, увеличение показателя первичной заболеваемости БСК на 19,1%. Интервенционная кардиология, кардиохирургия и рентгенэндоваскулярная хирургия болезней сердца и сосудов позволяют обеспечить выполнение операций с минимальным травматизмом, улучшая при этом результаты вме-

шательства, что увеличивает продолжительность и качество жизни, снижает инвалидность. До 2007г. для хирургического лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией в республике работало два кардиохирургических центра. С целью увеличения доступности высокотехнологичной кардиологической и кардиохирургической помощи в рамках «Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы» в 2007г. на базе областных больниц были открыты кардиохирургические/рентгенэндоваскулярные отделения, обеспечивающие проведение высокотехнологичных оперативных вмешательств и выполнение сложных диагностических исследований.

#### **Материал и методы:**

#### **Результаты:**

В настоящее время кардиохирургическая помощь населению оказывается на республиканском и областном уровнях. На базе областных больниц открыты и функционируют кардиохирургические/рентгенэндоваскулярные отделения. Во всех областях выполняются операции на сердце, высокотехнологичные оперативные вмешательства – стентирование артерий, включая коронарных, имплантация ЭКС, проведение РЧА и др., проводятся коронароангиографии. В 2008 году в республике проведено 5375 (2007г. – 5325) кардиохирургических вмешательств. Из общего числа выполненных операций: аортокоронарных шунтирований – 907 (2007г. -742), стентирование коронарных артерий – 693 (2007г.-678), имплантировано – 1586 электрокардиостимуляторов (2007г.- 1551).

#### **Заключение:**

Благодаря реструктуризации и реорганизации службы в республике выросло количество кардиохирургических и интервенционных вмешательств, что увеличило доступность и качество оказания высокоспециализированной кардиологической, в том числе аритмологической помощи.

### **6.13. РАННЯЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

Кирковская Н.П., Суджаева С.Г.

РНПЦ «Кардиология», 11-я ГКБ, г. Минск, БЕЛАРУСЬ

#### **Введение(цели/задачи):**

Оценить влияние программы ранней физической реабилитации на отдалённые результаты операции коронарного шунтирования (КШ).

#### **Материал и методы:**

В исследование включены 90 больных хронической ишемической болезнью сердца после КШ, составившие основную (ОГ, n = 48) и контрольную группы (КГ, n = 42). Медикаментозная терапия больных обеих групп была одинаковой. Физическая реабилитация больных КГ сводилась к выполнению бытовых нагрузок, занятиям ЛФК и прогулкам. У больных ОГ, кроме того, спустя 2 недели после операции назначались индивидуализированные физические тренировки (ФТ) дозированной ходьбой и на велоэргометре. Продолжительность курсового лечения с использованием ФТ у лиц ОГ в условиях стационарного отделения реабилитации составила в среднем 14 дней. Всем больным на этапах наблюдения выполнялась велоэргометрическая проба (ВЭП), информационная проба (ИП), эхокардиография (Эхо-КГ).

#### **Результаты:**

Через 6 месяцев после КШ больные ОГ, по данным ВЭП, выполняли работу 5337.1+530.5 кгм, что достоверно больше, чем до операции – 2647.0+333.9 кгм (p<0,05). Максимальная



мощность нагрузки в ОГ –  $108,6 \pm 4,9$  Вт - значительно превышала исходную –  $76,9 \pm 4,9$  Вт ( $p < 0,05$ ). В КГ, однако, выявлена тенденция к ухудшению показателей. Так, максимально достигнутая мощность нагрузки составила  $94,7 \pm 5,1$  Вт, т. е. достоверно не превышала исходную –  $75,0 \pm 5,1$  Вт ( $p > 0,05$ ). Оценивая переносимость информационных нагрузок, следует отметить, что использование ранних ФТ у лиц ОГ способствовало достоверному снижению психогенных ишемических реакций, развивающихся по механизму вторичной стенокардии. В группе сопоставления отмечена лишь положительная тенденция анализируемого показателя. В пользу более высокой эффективности реабилитации больных ОГ свидетельствовали также параметры внутрисердечной гемодинамики, отражающие более высокую степень улучшения ( $p < 0,05$ ) локальной сократимости и нарушенной диастолической функции миокарда в сравнении с лицами КГ.

**Заключение:**

Применение в процессе восстановительного лечения ранней физической реабилитации способствует значимому ( $p < 0,05$ ) повышению эффективности функционирования системы кровообращения.

---

**6.14. ВЛИЯНИЕ РАННИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

Кирковская Н.П., Суджаева С.Г.

РНПЦ «Кардиология», 11-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

**Введение(цели/задачи):**

Изучить влияние ранних физических тренировок (ФТ), назначавшихся через 2 недели после операции, на психологический статус больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после коронарного шунтирования (КШ).

**Материал и методы:**

В исследование включены 95 больных ИБС после КШ, составившие основную (ОГ,  $n = 53$ ) и контрольную группы (КГ,  $n = 42$ ). Медикаментозная терапия в обеих группах была одинаковой. Физическая реабилитация больных КГ сводилась к занятиям ЛФК и прогулкам. У больных ОГ, кроме того, назначались ранние ФТ на велоэргометре. Интенсивность тренирующего воздействия определялась по данным велоэргометрической пробы в зависимости от пороговой мощности нагрузки. ФТ проводились ежедневно, количество тренировок – 14-16. Изучение психологического статуса включало в себя оценку в динамике качества жизни и уровня депрессии пациентов. Для оценки качества жизни использовался Миннесотский опросник качества жизни у больных с сердечной недостаточностью, уровня депрессии - тест «Шкала Монтгомери-Асберг».

**Результаты:**

До КШ качество жизни и уровень депрессии в ОГ и КГ не различались ( $p > 0,05$ ). Через 6 месяцев после КШ качество жизни в обеих группах было достоверно лучшим, чем до операции ( $17,5 \pm 2,9$  баллов в ОГ и  $21,0 \pm 3,1$  – в КГ,  $p > 0,05$ ). Уровень депрессии в обеих группах был ниже, чем до операции, но в ОГ он был достоверно ниже, чем в КГ ( $3,2 \pm 0,8$  и  $7,2 \pm 2,0$  балла, соответственно,  $p < 0,05$ ). Через год после КШ качество жизни больных ОГ было значительно лучше исходного ( $14,0 \pm 3,5$  и  $37,0 \pm 2,7$  баллов, соответственно,  $p < 0,05$ ), а в КГ -

сопоставимо с исходным ( $23,5 \pm 3,7$  и  $31,6 \pm 3,1$  баллов, соответственно,  $p > 0,05$ ) и достоверно хуже, чем в ОГ ( $p < 0,05$ ). В ОГ отмечалось значительное, по сравнению с исходными данными, снижение уровня депрессии ( $5,8 \pm 1,3$  и  $15,3 \pm 1,8$  баллов, соответственно,  $p < 0,05$ ), в КГ же анализируемые показатели достоверно не отличались от исходных ( $8,8 \pm 2,5$  и  $13,3 \pm 2,1$ ,  $p > 0,05$ ).

**Заключение:**

Включение в комплекс восстановительного лечения больных после КШ ранней физической реабилитации способствует существенному улучшению у них психоэмоционального статуса. Данный эффект сохраняется как минимум в течение 1 года после оперативного вмешательства.

---

**6.15. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

КАЗАЕВА Н.А.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск

**Введение (цели/задачи):**

Пациентам после клапанной коррекции необходимо назначать оральные антикоагулянты (ОАК). Вместе с тем, острая фаза инфекционного эндокардита (ИЭ) является противопоказанием для ОАК. В этой связи представляется интересным изучение динамики воспалительных показателей у больных с ИЭ.

**Материал и методы:**

Обследовано 18 больных ИЭ в активной фазе заболевания, которым впоследствии была выполнена хирургическая коррекция клапанных пороков сердца. Средний возраст больных составил  $41,3 \pm 2,9$  года. Первичный ИЭ диагностирован у 14 (77,8%) пациентов, вторичный - у 4 (22,2%) из 18 больных, включенных в исследование. Активность воспаления оценивалась путем определения С-реактивного белка (СРБ) сыворотки крови до операции, ежедневно в течение первой недели, через две недели, далее – 1 раз в месяц в течение 3-х месяцев после вмешательства.

**Результаты:**

В целом по группе до операции отмечалось значительное повышение уровня СРБ ( $20,0 \pm 4,7$  мг/л при норме от 0 до 5 мг/л). В соответствии с известным способом диагностики активности ИЭ (Федоров В.В. и соавт., 2003 г.) за сутки до операции у 2 (11%) больных имел место ИЭ минимально активный (уровень СРБ менее 2,0 мг/л), у 6 (33,3%) – ИЭ умеренной активности (уровень СРБ от 2,0 до 9,0 мг/л), у 10 (55,6%) – высокоактивный ИЭ (уровень СРБ свыше 9,0 мг/л). Через 1 сутки после операции уровень СРБ в среднем по группе составил  $75,4 \pm 10,0$  мг/л, на 2-е сутки -  $80,5 \pm 23,0$  мг/л, через неделю после вмешательства -  $36,2 \pm 6,9$  мг/л, через 2 недели -  $22,2 \pm 10,4$  мг/л, через 2 месяца после хирургического лечения -  $3,3 \pm 1,0$  мг/л, через 3 месяца -  $4,3 \pm 0,6$  мг/л.

**Заключение:**

У больных ИЭ после операции на сердце система воспаления резко активизируется. Максимальная степень активности воспалительного процесса отмечается на второй день после операции. Через 2 недели степень активности воспалительного процесса аналогична предоперационному уровню, и только через 2 месяца после хирургического вмешательства приходит к норме, что позволяет начать терапию ОАК.

**6.16. ЗАВИСИМОСТЬ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ И ГЛИКЕМИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

ИМАНТАЕВА Г.М., МУСАГАЛИЕВА А.Т.,  
ТОХТАСУНОВА С.В., МУН Н.В., МАХАНОВ Д.И.,  
НАСИР А., КОЛЕСНИКОВ А.Е., КОЖАБЕКОВА Б.Н.

НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**Введение(цели/задачи):**

Изучение особенностей коронароангиографической картины у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа во взаимосвязи с биохимическими показателями.

**Материал и методы:**

Было обследовано 25 больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом, мужчин, средний возраст которых составил  $56,8 \pm 1,2$  лет. Всем больным было проведено клинико-лабораторное обследование: ЭКГ, ЭХОКГ, липидный спектр крови, уровень глюкозы крови натощак. Для уточнения характера поражения коронарного русла проводилась коронароангиография (КАГ) на ангиографической установке Axiom Aortis (Siemens) по стандартной методике.

**Результаты:**

У больных ИБС с сахарным диабетом 2 типа гемодинамически значимое поражение 2-х и более коронарных артерий отмечено у 12 (48%) пациентов, однососудистое поражение наблюдалось у 1(4%) пациента, не выявлено гемодинамически значимых поражений у 3 (12%) больных, задержка контрастного вещества установлена у 9 (36%) обследованных больных, причем у 6 из них не отмечено гемодинамически значимых стенозов ни в одной из визуализируемых эпикардиальных артерий. При анализе данных коронарографии в зависимости от уровня глюкозы крови натощак выявлено, что в группе больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом с многососудистым поражением коронарного русла уровень глюкозы крови натощак был достоверно выше, чем в группе больных с однососудистым поражением ( $7,7 \pm 0,4$  ммоль/л и  $5,9 \pm 0,5$  ммоль/л, соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

Таким образом, при сочетании ИБС с сахарным диабетом типа 2 существует достоверная прямая связь между выраженностью атеросклеротического поражения коронарных сосудов и уровнем глюкозы крови натощак.

**6.17. ОСОБЕННОСТИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

ИМАНТАЕВА Г.М., МУСАГАЛИЕВА А.Т., ТОХТАСУНОВА С.В.,  
МУН Н.В., МАХАНОВ Д.И., АХМАД Н., КЛЕСНИКОВ А.Е.

НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**Введение(цели/задачи):**

Изучение особенностей коронароангиографической картины у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы:**

Было обследовано 45 больных ишемической болезнью сердца, средний возраст которых составил  $54,8 \pm 1,3$  лет. В группе больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом - 25 человек, в группе больных ИБС без сахарного диабета - 20 пациентов. Всем больным было проведено клинико-лабораторное об-

следование. Для уточнения характера поражения коронарного русла проводилась коронароангиография (КАГ) на ангиографической установке Axiom Aortis (Siemens) по стандартной методике.

**Результаты:**

В группе больных с сахарным диабетом 2 типа гемодинамически значимое поражение 2-х и более коронарных артерий отмечено у 12 (48%) пациентов, однососудистое поражение наблюдалось у 1(4%) пациента, не выявлено гемодинамически значимых поражений у 3 (12%) больных, задержка контрастного вещества установлена у 9 (36%) обследованных больных, причем у 6 из них не отмечено гемодинамически значимых стенозов ни в одной из визуализируемых эпикардиальных артерий. В группе больных ИБС без сопутствующего сахарного диабета наиболее часто встречалось однососудистое поражение коронарного русла (40%), многососудистое поражение выявлено у 30% больных, у четверти больных (25%) наблюдался незначимый стеноз коронарных артерий, задержка контрастного вещества установлена у 5% больных.

**Заключение:**

Таким образом, коронароангиографическая картина у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом, по сравнению с группой больных ИБС без сахарного диабета, характеризуется многососудистым поражением коронарных артерий ( $\chi^2 = 4,7$ ,  $p = 0,01$ ), а также достоверно большей частотой микроангиопатий коронарного русла, что выражается в задержке прохождения контрастного вещества ( $\chi^2 = 4,6$ ,  $p = 0,01$ ).

**6.18. ОЦЕНКА СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

МАРГОЛИНА А.А., ДЗЫБИНСКАЯ Е.В., АЛИЕВА Л.Т.,  
ЛЕПИЛИН М.Г.

РКНПК РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ

**Введение(цели/задачи):**

Основными факторами, ограничивающими восстановление функции миокарда левого желудочка после операции реваскуляризации миокарда, является соотношение клеток миокарда способных и не способных к сокращению. В механизме нарушения сократительной функции левого желудочка важную роль играет снижение сократимости неинфарцированных сегментов, возникающих в результате хронического снижения коронарного кровотока в них. Такой миокард называют гибернирующим.

**Материал и методы:**

Первую группу составили пациенты с рубцовыми изменениями, вторую группу – пациенты с гибернацией. Всем больным интраоперационно выполняли стресс ЭХОКГ с добутамином в дозе 5-10 мг/кг/мин. Оценивали сегментарную сократимость в трансгастральной позиции на базальном уровне и на уровне папиллярных мышц.

**Результаты:**

Сегменты увеличившие сократимость в ответ на инотропное действие, расценивались как жизнеспособные. У больных с жизнеспособным миокардом диссинергия выявлена в 41% сегментов. На малых дозах добутамина улучшилась сократимость левого желудочка в виде увеличения количества нормокинетических сегментов и уменьшения зон диссинергии в два раза. В группе с нежизнеспособным миокардом

снизилось количество нормокинетических и повысилось количество акинетических сегментов, что привело к снижению сократимости левого желудочка.

**Заключение:**

Таким образом, данный метод исследования позволяет кардиоанестезиологу решить вопрос о целесообразности инотропной поддержки в раннем постперфузионном периоде при операции реваскуляризации миокарда.

**6.19. ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОККЛЮДЕРАМИ AMPLATZER В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ННМЦ**

Халилаева И.А., Алимбаев С.А., Досаханов А.Х., Кадилова С.У., Абдрахманов А.С.

ННМЦ, Астана

**Введение(цели/задачи):**

представить наш опыт лечения дефекта межпредсердной перегородки окклюдером Amplatzer septal occluder (ASO).

**Материал и методы:**

в нашей лаборатории за период 2007-2009 гг. эндоваскулярная коррекция вторичных ДМПП при помощи системы Amplatzer была выполнена у 35 пациентов. Из них 26 детей (до 18 лет), 9 взрослых. Возраст колебался от 3 до 49 лет, масса тела от 14 до 85 кг. Отбор больных для лечения с использованием окклюдера осуществлялся по данным трансторакальной ЭхоКГ. У всех пациентов имелся вторичный центральный дефект межпредсердной перегородки размерами от 1.1 до 28 мм. Установка окклюдера Amplatzer проводилась в рентгеноперационной с использованием ангиокардиографической установкой Integris CV (Philips). Во всех случаях использовался трансфеморальный доступ. Выполнялась легочная артериография с захватом фазы левограммы в проекции «четырёх камер» для исключения частичного аномального дренажа легочных вен и определения локализации дефекта и объема сброса крови. Точные размеры ДМПП определялись с помощью измерительного баллона Amplatzer sizing balloon.

**Результаты:**

в нашей лаборатории были использованы ASO диаметром от 12 до 32 мм. С целью оценки и степени резидуального шунта проводилось повторное ЭхоКГ исследование. Успешно были закрыты ДМПП у всех 35 пациентов. По данным ЭхоКГ, проведенной сразу после закрытия ДМПП сброс крови слева направо не выявлено. Осложнений, связанных непосредственно с установкой ASO, не отмечалось. Контроль проводился на 1-ые и 3-ие сутки, 1 месяц, 3 месяца, 1 год. Деформации или смещения элементов окклюдера, по данным рентгенграфии и ЭхоКГ не было. У 60% пациентов на 1 сутки отмечалось уменьшение размеров правых отделов и нормализация давления на легочной артерии. Все пациенты были выписаны из клиники на 3-ие сутки.

**Заключение:**

Наиболее важной характеристикой ASO является его способность в необходимых случаях обратного введения в доставляющий катетер после полного раскрытия обоих дисков. К основным преимуществам устройства относятся эффективность достижения полной окклюзии дефекта, более 97% (6,7), и минимальный риск развития шунта даже после закрытия больших дефектов. Полная возможность ретракции и репозиции системы перед отделением окклюдера приводят к

100% успеху имплантации и отсутствию случаев эмболизации устройства, как во время имплантации, так и в отдаленные сроки наблюдения. Отсутствие осложнений, связанных с применением ASO, позволяет рекомендовать его к широкому использованию для закрытия вторичных ДМПП.

**6.20. ПЕРВИЧНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ОБЛАСТНОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

Темиркулов М.А., Абсеитова С.Р., Илюхин В.В.

Обласной кардиологический центр ЮКО

**Введение(цели/задачи):**

Анализ эффективности первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при ИМ с подъемом сегмента ST у больных, поступивших в ОРИТ Кардиоцентра.

**Материал и методы:**

С декабря 2008 по сентябрь 2009 года в Кардиоцентре проведено 62 первичных ЧКВ (из них 2 спасительных после неэффективного тромболитика и 2 – больным с кардиогенным шоком (КШ). Пациенты в возрасте 29-89 лет, мужчин было 48 (77%). Вмешательства проводились согласно ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: до 12 часов от начала симптомов – класс I, в пределах 12-24 часов при нестабильной гемодинамике, продолжающихся ишемических событиях, электрической нестабильности миокарда ЛЖ – класс IIa. Время поступления больных в Кардиоцентр от начала симптомов составило в среднем 5,5±4,5 часа. Время с момента поступления в стационар до раздувания баллона в инфаркт-связанной артерии (ИСА) («дверь-баллон») не превышало 90 мин.

**Результаты:**

Длительность периода от начала симптомов до их исчезновения, т.е. до наступления реперфузии в ИСА, в среднем составила 7,5±3,5 часов. Исходный кровоток TIMI 0-I был у 60-ти больных, у 2-х пациентов во время коронарографии в результате спонтанного фибринолиза кровотока в ИСА был TIMI III. Средний диаметр ИСА в месте окклюзии – 2,8±0,4 мм. Имплантация стента выполнялась в 90,3% случаев. В 24-х случаях ИСА была правая коронарная артерия (ПКА), в 30-ти – передняя локализация инфаркта, в 8-ми – огибающая ветвь (ОВ) левой коронарной артерии (ЛКА). Реваскуляризация проводилась только в ИСА. В 55 случаях произведена установка BMS, в 1-ом случае – SES диаметром 2,5 мм. В 6-ти случаях проведена баллонная ангиопластика без стентирования. Во всех случаях в ИСА достигнут кровоток TIMI III. Остаточный стеноз не более 20%. Осложнения. 1 случай госпитальной смерти после первичного ЧКВ: при КШ, 2 случая (3,2%) подострого тромбоза (на 5-е и 11-е сутки), в обоих случаях больные в экстренном порядке были взяты на повторную реваскуляризацию с хорошим клиническим эффектом. Ранние сердечно-сосудистые осложнения и события после первичного ЧКВ в сроки до 30 дней: 1 больной через 28 дней повторно поступил в Кардиоцентр с рецидивирующим ИМ (не тромбоз стента) и явлениями прогрессирующей сердечной недостаточности, в последующем направлен на операцию аортокоронарного шунтирования.; 2-х случаях спасительного ЧКВ после неудачного тромболитика серьезных геморрагических осложнений не было.

**Заключение:**

Первичное ЧКВ при ИМ с подъемом сегмента ST является эффективным методом реваскуляризации миокарда у больных с высоким риском осложнений, а также после неудачного тромболитического: отмечается достоверное снижение смертности, частоты мозгового инсульта, более выраженное ограничение зоны некроза миокарда, более эффективное восстановление ИСА по сравнению с тромболитической терапией.

**6.21. ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТНОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г.ШЫМКЕНТА**

Темиркулов М.А., Абсеитова С.Р.,  
Илюхин В.В., Ойларова Т.М.

Областной кардиологический центр

**Введение(цели/задачи):**

Анализ первого года работы ангиокардиографической лаборатории.

**Материал и методы:**

С целью улучшения кардиологической помощи больным ишемической болезнью сердца в области и согласно Программе развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009гг. с июля 2008г. в Кардиоцентре проводятся инвазивные методы реваскуляризации, в том числе больным с острой коронарной патологией. С 30 июня 2008г. в Кардиоцентре функционирует ангиокардиографическая лаборатория (АКГ-лаборатория), за 1-й год работы лаборатории всего проведено более 1000 коронарографических исследований, 250 чрескожных коронарных вмешательств, в том числе 62 – при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST, 85 – при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST. Все вмешательства проводятся согласно Рекомендациям АСА/АНА/ ESC.

**Результаты:**

ЧКВ проводятся на ангиокардиографической установке AXIOM ARTIS dFC фирмы SIEMENS (Германия). Применяются коронарные баллонные катетеры и непокрытые металлические стенты (BMS) Bx Sonic и Pressillion, стенты выделяющие сиrolimus (SES) Cypher фирмы CORDIS. Осложнения после ЧКВ: острый и подострый тромбоз стента, рестеноз внутри стента, перипроцедурный инфаркт, госпитальная смерть, геморрагические осложнения не превышают среднестатистические данные других центров. С мая 2008 года в Кардиоцентре проводятся операции аорто-коронарного шунтирования сосудов сердца, что позволило врачам-интервенционным кардиологам проводить ЧКВ больным со сложной анатомией сосудов, стенозами типа С, брать больных с хроническими окклюзиями коронарных артерий. В перспективе лаборатория будет оказывать помощь больным с острой коронарной патологией 24 часа в сутки, 365 дней году. Учитывая рост заболеваемости больных ИБС, в Кардиоцентре планируется в 2010 году открытие второй ангиокардиографической лаборатории, что позволит нам оказывать помощь больным не только с коронарной патологией, но и больным с врожденными и приобретенными пороками сердца, патологией аорты и периферических сосудов.

**Заключение:**

Исходя из нашего годового опыта проведения ЧКВ больным с хронической и острой патологией коронарных сосудов, мы пришли к выводу, что проведение инвазивных вме-

шательств благоприятно сказывается на больных не только в плане улучшения качества их жизни, улучшения прогноза заболевания, но и улучшает их психосоматический статус, закрепляет их хорошую приверженность к медикаментозной терапии, что в свою очередь сказывается на снижении повторных госпитализаций.

**6.22. РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОГО КЛАПАННОГО СТЕНОЗА АОРТЫ**

Салахитдинов Ш.Н., Зуфаров М.М.,  
Искандаров Ф.А., Саатова К.Р.

РСЦХ им.Акад. В.Вахидова

**Введение(цели/задачи):**

Анализ результатов баллонной вальвулопластики (БВ) врожденного клапанного стеноза аорты (КСА).

**Материал и методы:**

За период с 2000 по 2008 гг. БВ КСА выполнена 60 больным в возрасте от 5 до 37 лет (сред.  $15 \pm 8,4$ ). Во II ФК (NYHA) находились 19 (32%), в III - 35 (58,3%) и в IV – 6 (10%) больных с КСА. По данным ЭКГ у всех больных имелась гипертрофия ЛЖ. Признаки перегрузки ЛЖ отмечались у 25 (41,7%), коронарная недостаточность (КН) - у 8 (13,3%). По данным катетеризации сердца и ангиокардиографии градиент систолического давления (ГСД) между ЛЖ и аортой составил от 70 до 205 40 мм рт.ст., регургитация на аортальном ± мм рт.ст., в среднем 114,9 клапане (АК) I ст. наблюдалась у 13 (21,6%) из них. Показаниями к БВ КСА являлся ГСД между ЛЖ и Ао более 50 мм рт.ст., при отсутствии или наличии аортальной недостаточности (АН) не более I степени. БВ КСА выполнялась баллонными катетерами диаметром на 1 мм меньше диаметра клапанного кольца аорты. Хорошим результатом считали снижение ГСД до уровня менее 50 мм рт.ст. регургитацию 0-I ст; удовлетворительным – от 50 до 70 мм рт.ст., регургитацию до II ст; неудовлетворительным – более 70 мм рт.ст., регургитацию более II ст.

**Результаты:**

Непосредственно после БВ у больных с КСА (n=60) систолическое давление в ЛЖ уменьшилось 22,9 мм рт.ст. ( $p \pm 8,9$  до  $159,4 \pm$  в среднем с  $220,6 < 0,05$ ), в аорте 12,8 мм рт.ст. ( $p \pm 15,3$  до  $115 \pm$  повысилось в среднем со  $105,7 > 0,05$ ). 40 мм рт.ст до  $44,4 \pm$  ГСД между ЛЖ и аортой снизился в среднем со 114,9 18,4 мм рт.ст. ( $p \pm < 0,05$ ). Хорошие результаты получены у 45 (75,0%) пациентов, удовлетворительные – у 14 (23,3%) и неудовлетворительные – у 1 (1,7%). Последний был направлен на открытую коррекцию порока. У 8 (13,3%) больных после БВ появилась АН до I степени, у 5 (8,3%) - до II степени. В группе больных с исходной АН до I степени (n=13) после БВ она сохранилась на прежнем уровне у 8 пациентов, увеличение до II степени отмечено у 5 больных. В послеоперационном периоде отмечалось улучшение общего состояния, повысилась толерантность к физической нагрузке, больные были в I ФК NYHA. По данным ЭКГ так же была отмечена положительная динамика, исчезли признаки КН.

**Заключение:**

Баллонная вальвулопластика врожденного клапанного стеноза аорты имеет стойкий клинический и гемодинамический эффект как непосредственно после вмешательства, так и в отдаленном периоде.

**6.23. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

Салахитдинов Ш.Н., Зуфаров М.М., Ахмедов Х.А., Шарипов Б.Б., Адылова И.Г.

Республиканский Специализированный  
Центр Хирургии им. акад.В

**Введение(цели/задачи):**

Оценка эффективности эндоваскулярных вмешательств (ЭВ) у больных ранней постинфарктной стенокардией (РПС).

**Материал и методы:**

ЭВ на коронарных артериях (КА) выполнены у 85 больных РПС в возрасте от 42 до 72 лет (в сред.  $53\pm 4,7$  лет). Пациенты имели в анамнезе ОИМ сроком от 4 дней до 1 мес (в сред.  $13,2\pm 2,4$  сут). Из них ОИМ с зубцом Q было у 24 (28,2%), без зубца Q - 61 (71,8%) больных. У 30 (35,3%) больных отмечено наличие НК I, у 17 (20,0%) НК IIА по NYHA. По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ в среднем составила  $41,3\pm 4,8\%$ , КДО ЛЖ -  $198,6\pm 11,6$  мл. У 48 (56,5%) больных имело место однососудистое, у 37 (43,5%) - многососудистое поражение коронарного русла. Общее количество пораженных сосудов составило 130. Из них значимые стенозы сосудов - 105 (80,8%), окклюзий - 25 (19,2%). Реканализация сосудов удалась во всех случаях. Стентирование одной артерии выполнено у 48 (56,5%) больных, двух - у 29 (34,1%), трех - у 8 (9,4%) больных.

**Результаты:**

Во всех случаях удалось восстановить хороший коронарный кровоток (TIMI III). Осложнений и летальных случаев не было. У пациентов после РЭВ отмечалась стойкая стабилизация клинического состояния с отсутствием ангинальных приступов. У 34 (40,0%) пациентов отмечена положительная динамика ЭКГ показателей: у 8 (9,4%) снижение элевации сегмента ST и у 26 (30,6%) подъем депрессии ST до изолинии. У 38 (44,7%) больных депрессия сегмента ST уменьшилась на 2-3 сутки после стентирования. По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $41,8\pm 4,8\%$  до  $50,1\pm 6,1\%$ . Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2-3 сутки после вмешательства. Результаты контрольных обследований, включая нагрузочные пробы, перед выпиской показали, что у 52 (61,2%) пациентов субъективно отмечалась полная стабилизация состояния без приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках. У 14 (16,5%) пациентов имелась стенокардия напряжения ФК I, а у 18 (21,2%) - ФК II.

**Заключение:**

Ангиопластика и стентирование коронарных артерий приводит к стабилизации клинического состояния, ранней реабилитации улучшению прогноза и качества жизни пациентов с РПС.

**6.24. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ КЛАПАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Салахитдинов Ш.Н., Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Махамаджанов М.Т., Саатова К.Р.

РСЦХ им.акад. В.Вахидова

**Введение(цели/задачи):**

Анализ результатов баллонной вальвулопластики (БВ) стеноза легочной артерии (СЛА).

**Материал и методы:**

Проведена оценка результатов БВ у 136 больных со СЛА в возрасте от 1 до 39 лет (в среднем  $18\pm 2,4$  лет). Анализ результатов проведен в зависимости от возраста, исходного градиента систолического давления (ГСД), типа СЛА и соотношения размера примененного баллонного катетера к клапанному кольцу легочной артерии (БК/ЛА). Пациентов в возрасте до 5 лет было 17 (12,5%), от 6 до 16 лет - 82 (60,3%), старше 16 - 37 (27,2%). Исходный ГСД между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) до 100 мм рт.ст. был у 78 (57,4%) больных, от 101 до 150 мм рт.ст. - у 42 (30,9%), более 150 мм рт.ст. - у 16 (11,8%). Пациентов с клапанным СЛА было 98 (72,1%), комбинированным клапанно-подклапанном СЛА - 38 (27,9%). БК/ЛА менее 1 было у 15 (11,0%) больных, от 1,0 до 1,2 - у 72 (52,9%) и более 1,2 - 49 (36,0%). Эффективность БВ оценивалась на основании снижения ГСД между ПЖ и ЛА. Хорошим результатом считался остаточный градиент менее 30 мм рт.ст., удовлетворительным - от 31 до 50 мм рт.ст., неудовлетворительным - более 50 мм рт.ст.

**Результаты:**

Непосредственно после БВ хорошие результаты получены у 71 (52,2%) пациентов, удовлетворительные - у 51 (37,5%), неудовлетворительные - у 14 (10,3%). Результаты БВ статистически достоверно не отличались в различных возрастных группах. Достоверная разница не выявлена в группах с различным исходным ГСД, хотя при градиенте ниже 150 мм рт.ст. результаты в целом несколько лучше ( $p > 0,05$ ). При клапанном СЛА ( $n=98$ ) частота неудовлетворительных результатов БВ была ниже, чем при клапанно-подклапанном СЛА ( $n=38$ ), и составила соответственно 8,2% и 15,8% ( $p < 0,05$ ). В группе с соотношением БК/ЛА менее 1 частота неудовлетворительных результатов составила 46,7% (7 случаев), от 1 до 1,2 - 6,9% (5 случаев) и более 1,2 - 4,1% (2 случая). Ретроспективный анализ показал, что основными причинами высокого остаточного ГСД было применение БК диаметром меньше клапанного кольца ЛА (6 случаев) и наличие выраженного подклапанного СЛА (5 случаев).

**Заключение:**

БВ является высокоэффективным методом лечения клапанного СЛА. Основными причинами неудовлетворительных результатов являются неадекватный выбор размера баллонного катетера, а также выраженность подклапанной обструкции выводного отдела ПЖ.

**6.25. БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО МЕТОДИКЕ INOUE**

Зуфаров М.М., Салахитдинов Ш.Н., Искандаров Ф.А., Мадаминов М.Ю., Кутимов Н.Д.

Республиканский Специализированный  
Центр Хирургии им. акад.Вахидова

**Введение(цели/задачи):**

Анализ результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) у больных с неосложненными (без сопутствующей регургитации, нарушений ритма сердца и тромбоза левого предсердия) формами стеноза митрального отверстия (СМО).

**Материал и методы:**

С 2004 по 2008 г. у 136 больных с неосложненными формами СМО проведено БМВ. Мужчин было 32 (23,5%), женщин - 104 (76,5%). Больные 3,8). По данным ЭхоКГ были в возрасте

16 до 54 лет (в сред. 31,2 площадь митрального отверстия (Смо) была от 0,8 до 1,5 см<sup>2</sup> ( в сред. 0,23)±1,1 Показанием к БМВ СМО являлись клинические проявления заболевания с уменьшением площади митрального отверстия (МО) 1,5 см<sup>2</sup> и менее, трансмитральный градиент более 10 мм рт.ст. Противопоказанием для выполнения БМВ являлась, когда площадь МО более 1,5 см<sup>2</sup>, градиент менее 10 мм рт.ст., выраженный кальциноз и фиброз митрального клапана (МК). Для выполнения БМВ во всех случаях использован доступ через правую бедренную вену. Были использованы баллонные катетеры «INOUE», диаметром от 24 до 28 мм. для катетеризации ЛП выполнялась пункция межпредсердной перегородки в области овальной ямки. БМВ проводилась последовательно начиная с диаметра баллона от 24 мм с увеличением на 1 мм под контролем трансторакальной ЭхоКГ на каждом этапе. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширение Смо более 1,5 см<sup>2</sup> при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

#### Результаты:

У 135 (99,26%) из 136 больных удалось выполнить успешную БМВ. В 1 (0,73%) случае, несмотря на адекватное раскрытие МО, у пациентки с критическим СМО (0,4см<sup>2</sup>), поступившей в крайне тяжелом состоянии на высоте отека легких, из-за прогрессирующей сердечной недостаточности наступил летальный исход. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия 0,17±после успешной БМВ увеличилась в среднем на 2,5 раза, от 0,85 0,76 см<sup>2</sup>, максимальный градиент давления на МК снизился в±см<sup>2</sup> до 2,16 1,6 мм рт.ст. Максимальное давление в ЛП± 4,95 до 8,9 ±среднем с 21,9 6,83 мм рт. ст.± 9,01 мм рт. ст. до21,43 ±снизилось с 40,29. В первые же сутки после операции у всех пациентов отмечена значительная положительная динамика клинико-функционального состояния.

#### Заключение:

Таким образом, БМВ по методике INOUE является малотравматичным и высокоэффективным методом лечения у больных с неосложненными формами СМО. Она является методом выбора и альтернативой хирургическим методам коррекции порока у данной категории больных.

### 6.26. РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Зуфаров М.М., Кутимов Н.Д.

РСЦХ им.Акад. В.Вахидова

#### Введение(цели/задачи):

Анализ результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике INOUE у больных со стенозом митрального отверстия (СМО) осложненного мерцательной аритмией (МА).

#### Материал и методы:

БМВ выполнена у 75 больных со СМО осложненного МА в возрасте 3,8). Мужчин было 8 (10,7%), женщин - 67±от 16 до 54 лет (в сред. 31,2 (89,3%). Всем пациентам для исключения тромбоза ЛП проводилась траспищеводная эхокардиография (ТЭхоКГ). У 14 (18,7%) пациентов исходно имелась недостаточность митрального клапана (НМК) до I ст. У 4 (5,3%) пациентов с отеком легких БМВ выполнена в экстренном порядке. Показанием к БМВ СМО являлись

клинические проявления заболевания, уменьшение площади МО до 1,5 см<sup>2</sup> и менее, трансмитральный градиент (ТМГ) более 10 мм рт.ст. Противопоказанием для выполнения БМВ являлись НМК II ст. и более, а так же тромбоз ЛП по данным ТЭхоКГ. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении Смо более 1,5 см<sup>2</sup> при отсутствии или наличии НМК не более I ст.

#### Результаты:

У 74 (98,7%) из 75 больных удалось произвести успешную БМВ. По данным ЭхоКГ площадь МО 0,9 см<sup>2</sup>. ТМГ±0,2 см<sup>2</sup> до 2,1±после БМВ увеличилась в среднем с 1,1 1,7 мм рт.ст. По данным интраоперационной±2,4 до 8±снизился с 19 1,4 мм рт ст.,±2,3 до 16±тензиометрии СД в ЛП снизилось с 34 2,1 до±1,5 мм рт ст., среднее - с 22±2,0 до 8,5±диастолическое - с 16 0,9 мм рт ст. (p≤0,005).±11 У 21 (28,1%) пациента появилась регургитация до I ст. У 8 (10,7%) пациентов с исходной НМК до I ст. увеличилась до II ст, у 1 (1,3%) - до III ст. У 25 (33,3%) пациентов с МА давностью до 6 месяцев выполнена электрическая кардиоверсия, синусовый ритм восстановлен в 22 (88,2%) случаях. После вмешательства у 73 (98,6%) из 74 больных отмечено значительное улучшение клинического состояния, исчезли или уменьшились явления НК. У 1 больной с НМК III ст. была рекомендована открытая коррекция порока. Все остальные больные в удовлетворительном состоянии выписаны.

#### Заключение:

БМВ по методике Inoue у пациентов со СМО осложненного МА является эффективным методом лечения у большинства (96,2%) больных со СМО, что дает основание считать ее альтернативой хирургическим методам коррекции порока.

### 6.27. ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ УСТЬЯ АОРТЫ

Салахитдинов Ш.Н., Зуфаров М.М.,

Искандаров Ф.А., Саатова К.Р.

РСЦХ им.Акад. В.Вахидова

#### Введение(цели/задачи):

Анализ результатов транслюминальной баллонной вальвулопластики (ТЛБВП) у больных со стенозом устья аорты (СУА).

#### Материал и методы:

У 57 больного со СУА предприняты попытки ТЛБВП в возрасте от 3,9 лет. При тензиометрии аорты (Ао) и левого±5 до 30 в среднем 16,3 желудочка (ЛЖ) градиент систолического давления (ГСД) составил в 18,5 мм рт.ст. Всем больным до и после ТЛБВП выполнялась±среднем 125,13 аортография и левая вентрикулография. У 49 больных выявлен клапанный, у 8 - мембранозный подклапанный СУА, расположенный ниже фиброзного кольца. Исходно аортальная недостаточность I степени имелась у 12 пациентов. ТЛБВП СУА выполнена по методике Lababidi (1983 г). Соотношение баллонного катетера к клапанному кольцу при клапанном стенозе составил 0,92-0,96, а при мембранозном подклапанном стеноза 0,98-1,0.

#### Результаты:

У одного больного с резким клапанным СУА катетеризовать ЛЖ не удалось. Остальным больным (n=56) выполнена успешная ТЛБВП с хорошими и удовлетворительными гемодинами-

ческими результатами. Непосредственно после ТЛБВП 12,5 до±систолическое давление в ЛЖ снизилось в среднем с 229,2 3,41 мм±4,31 до 117±6,58 мм рт.ст., а в аорте повысилось со 109,7±156,4 6,07 мм±12,1 до 41,4±рт.ст. ГСД между ЛЖ и аортой снизился со 121,3 рт.ст. У 9 больных с клапанным СВА после ТЛБВП появилась регургитация до I степени. При этом у них не отмечено снижения диастолического давления в аорте. В группе больных с исходной регургитацией (n = 12) I степени в 5 случае после баллонной вальвулопластики последняя не усилилась, а в остальных 7 случаях отмечено усиления до II степени.

**Заключение:**

Транслюминальная баллонная вальвулопластика является эффективным методом лечения стеноза устья аорты как при клапанном, так и мембранозном подклапанном стенозе, что дает возможность избежать хирургические вмешательства у большинства больных. Успешная ТЛБВП СВА приводит к нормализации нарушений перфузии миокарда ЛЖ.

---

**6.28. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ КЛАПАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Искандаров Ф.А., Махамаджанов М.Т.,  
Саатова К.Р., Салахитдинов Ш.Н.

РСЦХ им.Акад. В.Вахидова

**Введение(цели/задачи):**

Анализ результатов баллонной вальвулопластики (БВ) стеноза легочной артерии (СЛА).

**Материал и методы:**

Проведена оценка результатов БВ у 136 больных со СЛА в возрасте от 1 до 39 лет (в среднем 18±2,4 лет). Анализ результатов проведен в зависимости от возраста, исходного градиента систолического давления (ГСД), типа СЛА и соотношения размера примененного баллонного катетера к клапанному кольцу легочной артерии(БК/ЛА). Пациентов в возрасте до 5 лет было 17 (12,5%), от 6 до 16 лет – 82 (60,3%), старше 16 – 37(27,2%). Исходный ГСД между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) до 100 мм рт.ст. был у 78 (57,4%) больных, от 101 до 150 мм рт.ст. – у 42 (30,9%), более 150 мм рт.ст. – у 16 (11,8%). Пациентов с клапанным СЛА было 98(72,1%), комбинированным клапанно-подклапанным СЛА–38(27,9%). БК/ЛА менее 1 было у 15 (11,0%) больных, от 1,0 до 1,2 – у 72 (52,9%) и более 1,2 – 49 (36,0%). Эффективность БВ оценивалась на основании снижения ГСД между ПЖ и ЛА. Хорошим результатом считался остаточный градиент менее 30 мм рт.ст., удовлетворительным – от 31 до 50 мм рт.ст., неудовлетворительным – более 50 мм рт.ст.

**Результаты:**

Непосредственно после БВ хорошие результаты получены у 71(52,2%) пациентов, удовлетворительные – у 51(37,5%), неудовлетворительные – у 14 (10,3%). Результаты БВ статистически достоверно не отличались в различных возрастных группах. Достоверная разница не выявлена в группах с различным исходным ГСД, хотя при градиенте ниже 150 мм рт.ст. результаты в целом несколько лучше (p>0,05). При клапанном СЛА (n=98) частота неудовлетворительных результатов БВ была ниже, чем при клапанно-подклапанном СЛА (n=38), и составила соответственно 8,2% и 15,8% (p<0,05). В группе с соотношением БК/ЛА менее 1 частота неудовлетворительных результатов составила 46,7% (7 случаев), от 1 до 1,2 – 6,9% (5

случаев) и более 1,2 – 4,1% (2 случая). Ретроспективный анализ показал, что основными причинами высокого остаточного ГСД было применение БК диаметром меньше клапанного кольца ЛА (6 случаев) и наличие выраженного подклапанного СЛА (5 случаев).

**Заключение:**

БВ является высокоэффективным методом лечения клапанного СЛА. Основными причинами неудовлетворительных результатов являются неадекватный выбор размера баллонного катетера, а также выраженность подклапанной обструкции выводного отдела ПЖ.

---

**6.29. ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОККЛЮДЕРАМИ AMPLATZER В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ННМЦ**

Алимбаев С.А., Досаханов А.Х., Халилаева И.А.,  
Кадилова С.У., Абдрахманов А.С.

Национальный Научный Медицинский Центр, г. Астана.

**Введение(цели/задачи):**

Представить наш опыт лечения дефекта межпредсердной перегородки окклюдером Amplatzer septal occluder (ASO).

Материал и методы: в нашей лаборатории за период 2007-2009 гг. эндоваскулярная коррекция вторичных ДМПП при помощи системы Amplatzer была выполнена у 35 пациентов. Из них 26 детей (до 18 лет), 9 взрослых. Возраст колебался от 3 до 49 лет, масса тела от 14 до 85 кг.

Отбор больных для лечения с использованием окклюдера осуществлялся по данным трансторакальной ЭхоКГ. У всех пациентов имелся вторичный центральный дефект межпредсердной перегородки размерами от 1.1 до 28 мм.

Установка окклюдера Amplatzer проводилась в рентгеноперационной с использованием ангиокардиографической установкой Integris CV (Philips). У детей до 14 лет закрытие осуществлялось под кетаминным наркозом, у старшей возрастной группы под местной анестезией. Во всех случаях использовался трансфеморальный доступ. Выполнялась легочная ангиография с захватом фазы левограммы в проекции «четырёх камер» для исключения частичного аномального дренажа легочных вен и определения локализации дефекта и объема сброса крови. Точные размеры ДМПП определялись с помощью измерительного баллона Amplatzer sizing balloon.

**Результаты:**

В нашей лаборатории были использованы ASO диаметром от 12 до 32 мм. С целью оценки и степени резидуального шунта проводилось повторное ЭхоКГ исследование.

Успешно были закрыты ДМПП у всех 35 пациентов. По данным ЭхоКГ, проведенной сразу после закрытия ДМПП сброс крови слева направо не выявлено. Осложнений, связанных непосредственно с установкой ASO, не отмечалось.

Контроль проводился на 1-ые и 3-ие сутки, 1 месяц, 3 месяца, 1 год. Деформации или смещения элементов окклюдера, по данным рентгенграфии и ЭхоКГ не было. У 60% пациентов на 1 сутки отмечалось уменьшение размеров правых отделов и нормализация давления на легочной артерии. Все пациенты были выписаны из клиники на 3-ие сутки.

**Заключение:**

Наиболее важной характеристикой ASO является его способность в необходимых случаях обратного введения в доставляющий катетер после полного раскрытия обоих дисков.

К основным преимуществам устройства относятся эффективность достижения полной окклюзии дефекта, более 97% (6,7), и минимальный риск развития шунта даже после закрытия больших дефектов.

Полное закрытие дефекта, возможность ретракции или репозиции устройства при неудачном расположении, маленький диаметр доставляющей системы - это основные параметры ASO, делающие его предпочтительным перед другими.

Полная возможность ретракции и репозиции системы перед отделением окклюдера приводят к 100% успеху имплантации и отсутствию случаев эмболизации устройства, как во время имплантации, так и в отдаленные сроки наблюдения. Отсутствие осложнений, связанных с применением ASO, позволяет рекомендовать его к широкому использованию для закрытия вторичных ДМПП.

Применявшиеся ранее хирургические методы коррекции ДМПП из-за механического повреждения межпредсердной перегородки часто сопровождались развитием предсердных аритмий и атрио-вентрикулярных блокад. Развитие транскатетерных методов коррекции ДМПП в отличие от хирургических методов лечения позволило устранить гемодинамические нарушения с минимальной травматизацией миокарда.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что «Amplatzer Septal Occluder» является высокоэффективным и безопасным устройством, позволяющим получить хорошие результаты при закрытии вторичных ДМПП.

### 6.30. ТАКТИКА ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Адилова И.Г., Мансуров А.А., Зуфаров М.М.,  
Халикулов Х.Г.,

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ

#### Введение(цели/задачи):

Оценка результатов лечения больных ИБС при многососудистом поражении коронарного русла, путем конкретизации показаний к эндоваскулярным методам и определить оптимальные способы применения их изолированно или комплексно с хирургическим методом

#### Материал и методы:

Проведен анализ результатов лечения 105 больных различными формами ИБС оперированных в РСЦХ. Показаниями к операции служили тяжесть клинического течения ИБС и многососудистое поражение коронарного русла. Среди оперированных больных 33 (31,4%) была произведена транслюминальная ангиопластика (ТЛБАП) со стентированием, которые имели многососудистое поражение коронарного русла. Вторую группу составили 72 (68,6%) больных, которым было выполнено коронарное шунтирование(КШ). 64 (60,95%) больные имели стенокардию III - IV функционального класса. Остальные 41 (39,05%) больных имели нестабильную стенокардию. Все больные до вмешательств получали нитраты парентерально и инъекционно, бета блокаторы, прямые антикоагулянты или низкомолекулярный гепарин. У большинства больных в группе КШ обнаружено крайне тяжелое поражение коронарного русла. В обеих группах пациенты по количеству пораженных коронарных сосудов распределились следующим образом: двухсосудистое поражение у 33,3% больных с КШ и 51,5% больных с ТЛБАП со стентированием, трехсосудистое поражение 52,7% и 42,4%, поражение ствола левой

коронарной артерии 14% и 6,06% случаях соответственно. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая артерия в группе со стентированием в 79,4% случаев, в группе КШ — в 90.1%. Количество окклюзированных сосудов по обеим группам: 54 (75%) и 9 (27,2%) случаях.

#### Результаты:

Выполнено 105 оперативных вмешательств у больных с ИБС: 72 операций КШ и 33 ТЛБАП со стентированием. У 61 (84,7%) пациентов группы КШ выполнили полную реваскуляризацию миокарда. У 11 (15,3%) не смогли выполнить полную реваскуляризацию миокарда, из-за выраженных диффузных изменений КА. Отдаленные результаты изучены у 72 (68,57%) пациентов, из них после КШ у 51 (70,83%) пациентов и у 21 (63,6%) пациентов после стентирования, в сроки от 5 до 36 месяцев, в среднем, через  $19,8 \pm 9,2$  месяцев после данных вмешательств. 2-летняя выживаемость в исследуемых группах составила 94,8% и 95,2%, без учета госпитальной летальности. До начала лечения общая фракция выброса в группе хирургического лечения составила  $52 \pm 0,05\%$ , в группе стентирования  $50,8 \pm 0,06\%$  ( $p > 0,05$ ). В ближайшем послеоперационном периоде данные показатели составили  $56 \pm 0,04\%$  и  $53,6 \pm 0,03\%$  соответственно. В течение года после КШ общая фракция выброса достоверно увеличилась до  $57 \pm 0,04\%$ , конечный диастолический объем уменьшился с  $184,5 \pm 12,3$  до  $172,4 \pm 13,1$  мл, конечный систолический объем с  $89,8 \pm 7,6$  до  $75,6 \pm 5,4$  мл ( $p < 0,05$ ). В группе стентирования также наблюдалось изменение ФВ в виде увеличения до  $55,1 \pm 0,04\%$  ( $p > 0,05$ ).

#### Заключение:

1. Эффективность эндоваскулярного вмешательства при многососудистом поражении коронарного русла составляет 93,9% ( $p < 0,023$ ). 2. Показанием к КШ является наличие множественном поражении и эффективность КШ составляет 91,38% ( $p < 0,02$ ). 3. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде отмечается достоверное увеличение глобальной сократимости миокарда: в группе КШ в среднем на  $3,01 \pm 0,08\%$  и  $4,02 \pm 0,08\%$  и в группе стентирования на  $2,09 \pm 0,07\%$  и  $4,03 \pm 0,01\%$ .

### 6.31. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕЧНОГО РУСЛА

Адилова И.Г., Мансуров А.А.,  
Халикулов Х.Г.,

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ

#### Введение(цели/задачи):

Оценка данных ЭКГ в отдаленных сроках после операции коронарного шунтирования (КШ) у больных ИБС с многососудистым поражением коронарного русла.

#### Материал и методы:

В исследование вошли 72 пациентов ИБС с многососудистым поражением венечного русла, которым в 2006 году проводились операции КШ. Данные ЭКГ регистрировались в ближайшем послеоперационном периоде и в сроки до 2 лет. По данным электрокардиографии в покое у 70 (97,22%) больных был выявлен синусовый ритм. У 2 (2,77%) больных имело место нарушение ритма в виде мерцательной аритмии. Постинфарктный кардиосклероз, определявшийся на ЭКГ по наличию зубцов Q или QS, обнаружили у 40 (55,55%) паци-



ентов. Рубцовые изменения миокарда передней локализации (передняя, передне-боковая стенки левого желудочка (ЛЖ), верхушка, межжелудочковая перегородка) отметили у 22 (55%) пациентов, задней (задне-базальная, задне-боковая стенки) – у 16 (40%), тотальный кардиосклероз (всех стенок левого желудочка) – у 2 (5,0%) пациентов. Гипертрофия ЛЖ отмечена у 27 (37,5%) больных. У 1 (1,38%) больного выявлен инфаркт миокарда без зубца Q в области задней стенки ЛЖ. Недостаточность коронарного кровообращения миокарда по локализации распределилась следующим образом: передне-перегородочная с охватом боковой и верхушечной стенок ЛЖ – у 29 (40,27%), боковая – 5 (6,34%), задняя – 6 (8,3%). Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде ЭКГ картина выглядела следующим образом: патологический зубец Q отмечался в 55,5±1,23% случаях. У 33 больных отмечалась элевация или же депрессия сегмента ST, данные показатели ЭКГ впоследствии нормализовались. ЭКГ с отрицательными зубцами T регистрировались в 11,1±3,01% случаев. При оценке динамики ЭКГ по трем критериям (без динамики, положительная, отрицательная) отмечена положительная динамика до 21% случаев, также без изменения оставались показатели ЭКГ у 71% больных ( $p < 0,05$ ). Существенное различие выявлено в отрицательной динамике ЭКГ, где в ближайшем послеоперационном периоде у 8,3% больных перенесших операцию коронарного шунтирования сохранялась депрессия сегмента ST, что потребовало назначению нитратов и в послеоперационном периоде. Анализ ЭКГ динамики в отдаленные послеоперационные сроки до 2 лет имел следующий характер. ЭКГ с наличием патологического зубца Q стало больше за счет перенесенных больными инфарктов миокарда 56,9±1,56% ( $p < 0,05$ ). Также появились больные с элевацией сегмента ST. ЭКГ с наличием депрессий сегмента ST и с отрицательными зубцами T стало меньше по сравнению с ближайшим послеоперационным периодом, что составило 30,61±6,65% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты:****Заключение:**

Показатели ЭКГ как и в ближайшем, так и в отдаленном сроке после операции КШ указывают на высокую эффективность данного вмешательства у больных ИБС с многососудистым поражением венечного русла.

---

**6.32. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КОРОНАРНОЙ И КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Акчурин Р.С., Дземешкевич С.Л., Ширяев А.А.,  
Королев С.В., Галяутдинов Д.М., Раскин В.В.

РКНПК РосЗДРАВА

**Введение(цели/задачи):**

Оценка непосредственных результатов операции коронарного шунтирования (КШ) в сочетании с реконструктивными вмешательствами на клапанном аппарате сердца.

**Материал и методы:**

С 1999 г. по сентябрь 2009 г. выполнено 176 операций КШ в сочетании с реконструкцией клапанов сердца. Одномоментное вмешательство на митральном клапане (МК) выполнено у 79 пациентов. Реконструкция аортального клапана (АК) в сочетании с коронарным шунтированием выполнена в 97 случаях. Этиология митрального порока: ревматизм – 17, дисплазия – 17, ишемическая – 45 пациентов. Возраст пациентов от 41 до

78 лет (средний возраст 61,9± 7,9), мужского пола – 63, женского – 16. Этиология аортального порока: ревматизм – 24, врожденный порок (двустворчатый АК) – 23 и старческие (дегенеративные) изменения – 52 пациента. Возраст пациентов от 43 до 77 лет (средний – 64,3±8,1). Пациентов мужского пола – 79, женского – 18. В 1 случае этап реваскуляризации миокарда был выполнено на работающем сердце. В остальных случаях операции выполнены с искусственным кровообращением, в условиях холодовой и медикаментозной кардиopleгии. В группе пациентов с митральным пороком анулопластика МК опорным кольцом выполнена у 31 пациента, универсальное хордосохраняющее протезирование в 46 случаях, еще в 2 - с сохранением подклапанного аппарата только задней створки МК. В 2 случаях коронарное шунтирование выполнялось повторно. Сопутствующие вмешательства были следующие: пластика трехстворчатого клапана по Де Вега – 4, ушивание дефекта межпредсердной перегородки – 1, «мерседес» - пластика левого предсердия (ЛП) – 3, парааннулярная пластика ЛП – 5, пластика правого предсердия – 2. Среднее количество дистальных анастомозов (ДА) – 3,1 (от 1 до 6). В группе с аортальным пороком в 1 случае выполнена пластика АК, во всех остальных - протезирование. РеКШ выполнено у 1 пациента. В 1 случае выполнена пластика трехстворчатого клапана по Де Вега. Среднее количество ДА составило 2,9 (1-6).

**Результаты:**

Летальность при сочетании реваскуляризации миокарда с реконструкцией МК составила 7,6%, при сочетании с аортальным протезированием – 8,2%, при этом летальность была выше у пожилых пациентов с дегенеративным (старческим) аортальным пороком. В целом, при сочетанных операциях КШ с реконструкцией клапанов летальность составила 8%.

**Заключение:**

Сочетание коронарной и клапанной патологии обуславливает необходимость комплексного хирургического лечения этой тяжелой категории больных.

---

**6.33. ПРЯМОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Ахмедов Х.А., Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А.,  
Салахитдинов Ш.Н.

РСЦХ им.АКАД. В.Вахидова

**Введение(цели/задачи):**

Традиционная технология стентирования (непрямого) стенозированных сегментов коронарных артерий (КА) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до последнего времени в обязательном порядке включала как первый этап предварительное выполнение баллонной ангиопластики, или так называемую предилатацию. Появление в настоящее время нового поколения стентов, установленных на низкопрофильных баллонах, позволило изменить традиционную методику и выполнить прямое стентирование КА без предилатации. Цель работы: сравнительная оценка возможных преимуществ прямого стентирования КА у больных ИБС.

**Материал и методы:**

Анализированы протоколы эндоваскулярных вмешательств (ЭВ) у 197 пациентов с ИБС. Из них методика прямого стентирования с имплантацией 1 стента применена у 89 пациентов. Из пациентов, которым проводилось не прямое стентирование с использованием 1 стента, была отобрана группа (n=74) с

аналогичными поражениями коронарных артерий. Проведен сравнительный анализ ангиографических результатов, расхода материалов и флюороскопического времени при прямом и непрямом (с преддилатацией) стентировании. Оптимальным ангиографическим результатом стентирования считались отсутствие остаточного стеноза и диссекции интимы сосуда.

#### Результаты:

У всех больных анализируемых групп при стентировании был достигнут оптимальный ангиографический результат. При прямом стентировании, включая диагностическую коронаро-вентрикулографию, объем использованного контраста составил в среднем  $276,8 \pm 41,4$  мл, а при стентировании с преддилатацией –  $384 \pm 56,7$  мл на процедуру. Время флюороскопии в группе с прямым стентированием составило  $18,1 \pm 5,3$  мин, а при стентировании с преддилатацией –  $23,7 \pm 4,1$  мин. При прямом стентировании, когда не использовался баллонный катетер, стоимость расходных инструментов уменьшалась в среднем на 20-25% от стоимости инструментов, используемых при процедуре стентирования с преддилатацией.

#### Заключение:

Методика прямого стентирования КА существенно снижает продолжительность и стоимость вмешательства, степень лучевой нагрузки на пациента и персонал по сравнению с традиционной технологией стентирования с преддилатацией. При этом ангиографический эффект восстановления коронарного русла не уступает результатам традиционной методики.

### 6.34. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ахмедов Х.А., Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А.,  
Салахитдинов Ш.Н., Ходжаева Э.М.

РСЦХ им.АКАД. В.Вахидова

#### Введение(цели/задачи):

Оценка изменений функциональных показателей (ФП) левого желудочка (ЛЖ) после коронарного стентирования (КС) у больных ранней постинфарктной стенокардией (РПС).

#### Материал и методы:

Проанализированы изменения ФП ЛЖ после КС у 85 больных РПС в возрасте от 42 до 72 лет (сред.  $53 \pm 4,7$ ). Инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q перенесли 24 (28,2%), без зубца Q - 61 (71,8%) больных. Средний срок после перенесенного ОИМ составил  $13,2 \pm 2,4$  сут. По данным ЭхоКГ ФВ ЛЖ в среднем составила  $41,3 \pm 4,8\%$ . КДО ЛЖ в среднем составил  $198,6 \pm 11,6$  мл. Зоны гипокинезии ЛЖ выявлены у всех больных, акинезии - в 34 (40,0%) случаях. Стентирование одной артерии произведено у 48 (56,5%) больных, двух – у 29 (34,1%), трех – у 8 (9,4%).

#### Результаты:

После КС ФВ ЛЖ возросла в среднем с  $41,8 \pm 4,8\%$  до  $50,1 \pm 6,1\%$ . У 72 (84,7%) пациентов отмечена значительная положительная динамика, ФВ ЛЖ в среднем возросла с  $39,4 \pm 3,4\%$  до  $52,3 \pm 4,2\%$ . У 11 (12,9%) пациентов наблюдалась незначительная положительная динамика, ФВ ЛЖ в среднем возросла с  $43,7 \pm 3,2\%$  до  $45,8 \pm 3,9\%$ . У 2 (2,4%) пациентов динамики изменения ФВ не отмечалось. У пациентов с исходной ФВ менее 30% (n=18) отмечено ее повышение в среднем с  $26,4 \pm 2,9\%$  до  $39,1 \pm 4,6\%$ ; с ФВ от 30 до 40% (n=22) - с ФВ  $36,9 \pm 4,2\%$  до  $47,1 \pm 3,9\%$ ; с ФВ от 41 до 50%

(n=25) - с  $47,1 \pm 5,7\%$  до  $51,6 \pm 6,1\%$ ; с ФВ выше 50% (n=12) - с  $53,7 \pm 6,7\%$  до  $54,9 \pm 6,8\%$ . Также отмечено уменьшение КДО ЛЖ с  $196,6 \pm 11,6$  до  $180,2 \pm 14,7$  мл (p<0,05). При этом у больных с исходной КДО более 200 мл (в среднем  $213,1 \pm 19,2$  мл) динамика была умеренно выражена и в среднем составила  $204,1 \pm 19,7$  мл. У 8 (9,4%) больных зоны гипокинезии уменьшились, а у 51 (60%) - сократимость полностью восстановилась. В 6 (7,1%) случаях появилась кинетика ранее выявленных зон акинезии, в 7 (8,2%) - зоны акинезии уменьшились. Среднее число зон гипокинезии после стентирования коронарных артерий снизилось с  $2,1 \pm 0,4$  до  $0,6 \pm 0,3$  сегмента, число зон акинезии - с  $1,14 \pm 0,5$  до  $0,7 \pm 0,2$  сегментов.

#### Заключение:

Адекватное восстановление коронарного кровотока у больных РПС приводит к статистически достоверному улучшению функциональных характеристик левого желудочка.

### 6.35. КРОВΟΣБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИИ, 20 ЛЕТ ОПЫТА

Бурмистрова И.В., Партигулов С.А.,  
Водясов В.Д., Розенблит Г.Ю.

ФГУ РКНПК, ОССХ, ЛАБОРАТОРИЯ ИК, КБ «ВЗЛЕТ»

#### Введение(цели/задачи):

В последнее время, в связи с ростом заболеваемости вирусным гепатитом, ВИЧ-инфекцией, цитомегаловирусом и социальными проблемами донорства особенно остро встал вопрос о гемотрансфузии. Решение этой проблемы может быть достигнуто только путем максимально широкого использования аутокрови в кардиохирургии, что не возможно без широкого внедрения в клиническую практику «Cell-Saver» техники. Цели нашей работы: 1. Определить показания и методику применения аутоотрансфузии в сочетании с искусственным кровообращением на основании 20-ти летнего опыта работы. 2. Изучить маркеры неспецифического воспаления (протеиназы и их ингибиторы) при операциях коронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения и аутоотрансфузионной техники. 3. Оценить эффективность применения аппарата для аутогемотрансфузии российского производства «Агат» в гематологическом, биохимическом и гемодинамическом аспектах.

#### Материал и методы:

С 1988 по 2008 гг. в отделе сердечно - сосудистой хирургии проведено 6220 кардиохирургических операций, в том числе 3250 с использованием аутоотрансфузионной техники. В качестве аппаратуры для аутоотрансфузии мы использовали аппарат фирмы «Didaco» (Compact) Италия. Исследования проведены у больных, которым выполнялись различные кардиохирургические операции (КШ, операции на клапанах сердца) в условиях ИК и фармакоологической кардиоплегии. Средний возраст больных составил 61,3 г. ИК проводилось по стандартной методике с перфузионным индексом  $2,4$  л/мин. $\cdot$ м $^2$  в условиях умеренной гипотермии  $28,2$  °С. Больные разделены были на 2 группы: группа больных (CS – группа) - 3250 чел., у которых методика проведения ИК сочеталась с интра- и послеоперационным сбором аутокрови и реинфузией отмытых и концентрированных эритроцитов, 2-я группа - без использования данной техники (2970 чел.). Оценивались показатели гемокоагуляции, объем кровопотери, гематокрит, частота рестернотомий. Изучение протеиназно - ингибитор-

ного баланса плазмы крови как показателя компенсаторных возможностей организма в условиях ИК с использованием аутоотрансфузионной техники при проведении операций КШ проведено у 258 пациентов. Ингибиторный потенциал плазмы оценивали по антитриптической активности (АТА)  $\alpha$ 1-ПИ и коэффициентов АТА  $\alpha$ 1-ПИ/трипсин и АТА  $\alpha$ 1-ПИ/химотрипсин. Концентрацию плазминогена в плазме крови определяли, используя субстрат S-2251, синтезированный по оригинальной методике. Кровь брали до операции, после ИК, через 1 час после окончания ИК, на 1, 3 и 7-е сутки после операции. Проведено 55 операций с искусственным кровообращением и использованием аппарата для аутогемотрансфузии российского производства «Агат», из них 42 больным выполнены операции КШ, 10 больным выполнены операции протезирования митрального клапана (ПМК) и 3 пациентам – сочетанные операции протезирования аортального клапана и коронарного шунтирования. Контрольная группа без применения аутоотрансфузии составила 30 больных после операции КШ.

**Результаты:**

При исследовании гематокрита (Ht) в полученной аутоэритроmasсе этот показатель был стабилен на всех этапах применения CS и был равен 55% с отклонениями в ту или другую сторону не более 4,5% в независимости от исходного уровня Ht. АСТ во время операции составило для CS -группы 495+28 секунд и 502+33 секунды для контрольной группы – разница статистически не достоверна. В послеоперационном периоде АСТ составляло, соответственно, 119+9 и 112+12 сек. (разница недостоверна). При анализе уровня гематокрита интраоперационно и, в первые 24 часа после операции, достоверных различий в обеих группах не получено, что объясняется одинаковым подходом к введению больных во время проведения операций. Разница лишь в том, что в первом случае восполнение кровопотери идет за счет аутокрови, а во втором – донорской. Обращает на себя внимание только более высокие показатели Ht в CS -группе (25 и 18 соответственно) во время перфузии, что объясняется хорошо управляемой гемодилюцией. Достоверных различий в абсолютной величине кровопотери и уровне гемоглобина в обеих группах к концу первых суток после операции не отмечается. Обращает на себя внимание, что частота рестернотомий (учитывались рестернотомии, когда не было выявлено явного источника кровотечения) по поводу так называемых “диффузных” кровотечений была значительно выше в контрольной группе. Это можно объяснить различной тактикой в ведении послеоперационного периода у двух групп больных. В контрольной группе при резком увеличении поступления крови по дренажам в ближайшие часы после операции и неэффективности гемостатической терапии единственным выходом является рестернотомия. У больных первой группы в такой же ситуации есть возможность постоянно и адекватно восполнять кровопотерю и проводить планомерную гемостатическую терапию. Вымывание продуктов деградации фибриногена, калликреина и других биологически активных веществ в цикле получения аутоэритроцитарной массы из дренажной крови и восполнение факторов свертываемости за счет донорской плазмы позволяет у ряда больных нормализовать гемостаз и избежать рестернотомии. Активность химотрипсина- и трипсиноподобных протеиназ в плазме крови больных до операции не превышала аналогичные показатели в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Активность протеиназ у больных 1-ой группы достоверно ( $p < 0,01$ ) превышала исходную активность во все периоды операции и после

нее. Для пациентов 2-ой группы во время операции активность трипсиноподобных протеиназ была достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), или не отличались от активности, установленной для пациентов до операции. Активность химотрипсиноподобных протеаз в плазме крови у больных 2-ой группы во время операции не изменялась по сравнению с дооперационным уровнем ( $p < 0,05$ ). Активность трипсиноподобных протеиназ пациентов обеих групп на 7-е сутки после операции имела тенденцию к снижению и была достоверно ниже активности в 1-е сутки после операции, хотя продолжала превышать исходный дооперационный уровень. Количество септических и легочных осложнений в исследуемой группе составило 1,3% (5,2% в контрольной), на 65-70% уменьшилась потребность в донорской крови и на 20% снизилось время пребывания больных в стационаре. При изучении гематологических, биохимических и гемодинамических аспектов применения аппарата для аутогемотрансфузии российского производства «Агат», в исследуемых группах больных летальных исходов не было. Переливание донорской крови понадобилось 6 больным в группе КШ, 2 больным в группе ПМК и одному больному при сочетанных операциях. У двух больных отмечалось значительное поступление крови по дренажам (до 1400 мл в течение 4 часов), однако, возврат аутоэритроmasсы, параллельно с терапией свертывающей системы позволил избежать рестернотомии. Сравнение с контрольной группой больных, оперированных без аппарата «Агат», показало значительное уменьшение потребности в донорской крови – на 75%, легочных осложнений в основной группе не было, в контрольной – 4,8%. Уровень гемоглобина и гематокрита в основной группе практически возвращалась к исходной через 36-48 час. после операции. В контрольной группе 2 больным выполнены рестернотомии, по поводу кровотечения.

**Заключение:**

Таким образом, на основании нашего опыта использования аутоотрансфузионной техники и проведенных исследований мы можем сделать следующие выводы: 1. Применение Cell Saver техники при проведении кардиохирургических операций с искусственным кровообращением не влияет существенно образом на свертывающую систему крови, значительно уменьшает потребность в донорской крови (на 26,1%), а в экстренных случаях является единственным средством для спасения жизни больного. Также на 58% снижено количество инфекционных осложнений по сравнению с контрольной группой. Экономический эффект составил 45%. В идеале – всем больным, оперируемым в условиях ИК необходимо интра- и послеоперационно использовать системы для аутоотрансфузии. 2. использование аутоотрансфузионной техники значительно снижает частоту и тяжесть воспалительной реакции за счет сепарации части плазмы с биологически активными компонентами и существенно уменьшает потребность в донорской крови в послеоперационном периоде. 3. Использование аппарата российского производства «Агат», также как и зарубежных аналоги, при операциях с искусственным кровообращением позволяет значительно сократить потребность в донорской крови, снизить число инфекционных и трансфузионных осложнений, сократить сроки пребывания больных в реанимационном отделении и в стационаре. Оснащение аппарата «Агат» автономным источником питания и системой быстрого возврата крови позволяют использовать его не только в стационаре, но и в военно-полевой хирургии.

**6.36. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ**

ВЛАСОВА Э.Е., ТАРАСОВА Л.В., АКЧУРИН Р.С.

ФГУ РКНПК РосЗДРАВА

**Введение(цели/задачи):**

Разработать алгоритмы подготовки к КШ, позволяющие улучшить результаты и сократить период госпитальной реабилитации. Проанализировать течение послеоперационного периода в неосложненных случаях и в “проблемных” группах при использовании направленной терапевтической подготовки к КШ.

**Материал и методы:**

Исследовано 369 больных с ОКС, оперированных с января 01 по декабрь 08, и отдельно - 910 больных, оперированных в ОССХ с января 07 по декабрь 08 и включенных в программу “ускоренной госпитальной реабилитации”, подразумевающей ряд дополнительных терапевтических мероприятий при подготовке к КШ. Анализировались: а) частота осложнений при достижении стабилизации (подгруппа 1) и сохраняющейся нестабильности (подгруппа 2), б) частота геморрагических осложнений при агрессивной (подгруппа 3) и стандартной (подгруппа 4) антитромботической терапии, в) частота осложнений и длительность периода восстановления у пациентов с неврологическим дефицитом (подгруппа 5), нарушением функции почек (подгруппа 6) и пациентов старше 70 лет (подгруппа 7) и г) эти же показатели у стандартной категории больных (подгруппа 8) при использовании направленной терапевтической подготовки.

**Результаты:**

В подгруппах 1 и 2 периоперационная летальность составила соотв. 2.2% и 9.1%, периоперационный инфаркт миокарда развился соотв. в 2.5% и 7.3% случаев, острая сердечная недостаточность – соотв. в 5.3% и 18.0% случаев, длительность госпитального послеоперационного периода составила соотв. 12.2 и 16.8 суток. В подгруппах 3 и 4 кровотечения с необходимостью рестернотомии развились соотв. в 3.5% и 3.1% случаев. Введение дополнительных терапевтических мероприятий в период подготовки к КШ позволило сократить среднюю длительность периода восстановления на 4.35 суток во всей группе оперированных, и на 6.25 суток – в неосложненных случаях.

**Заключение:**

Дополнительные терапевтические мероприятия, предпринятые в период подготовки к КШ, позволяют улучшить результаты операции и течение восстановительного периода.

**6.37. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТО-АРТЕРИИТ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ**

СУЛТАНОВ Д.Д., ГУЛЬМУРАДОВ У.Т.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ г. Душанбе, Таджикистан

**Введение (цели/задачи):**

Сообщить о нашем опыте по хирургическому лечению неспецифического аорто-артериита ветвей дуги аорты

**Материал и методы:**

Анализируются результаты хирургического лечения 42 больных с неспецифическим аорто-артериитом ветвей дуги аор-

ты. Женщины - 37, Мужчин - 5, в возрасте от 20 до 44 лет. Поражения других артериальных бассейнов выявлено только у 2 (4,8%) женщин, у которых выявлены множественные поражения ветвей дуги аорты, брюшной аорты и почечных артерий. Методы исследования: УЗДГ, дуплексное сканирование и ангиография.

**Результаты:**

По результатам ангиографии у 14 больных отмечались множественные поражения (2 и более) ветвей дуги аорты. У остальных 28 - поражение только одного сосуда (протяженные окклюзии подключичной артерии). Следует отметить, что при множественных поражениях у больных все классические признаки аорто-артериита были выражены. В анамнезе у обследованных пациентов были выявлены характерные прогрессирующие стадии болезни Такаса до поступления в клинику. У 14 больных с множественными поражениями ветвей дуги аорты на первый план выступали поражения двух артериальных бассейнов - мозгового и брахиального. У всех больных отмечались симптомы нарушения мозгового кровообращения в виде хронической сосудисто-мозговой недостаточности в сочетании транзиторными ишемическими атаками часто в вертебро-базиллярном, реже в каротидном бассейнах. Брахиальная ишемия также была выраженной и зависела от протяженности окклюзирующего поражения. У остальных 28 больных отмечалась только ишемия руки, мозговое кровообращение не страдало. Степень ишемии руки достигала 2-3 степени в зависимости от протяженности окклюзии. При множественных поражениях брахиоцифальных артерий выбор методов операций, хирургического доступа зависели от локализации окклюзирующего поражения, количества пораженных артерий. Благоприятным считалось поражение сонной и подключичной артерий с левой стороны. В таких ситуациях нами разработан левосторонний торакотомный доступ, менее травматичный, с меньшим риском послеоперационных осложнений. Виды выполненных операций: аорто-сонно-подключичное шунтирование слева левосторонней торакотомией (8), аорто-сонное протезирование слева+протезно-плечевое аутовенозное шунтирование (2), аорто-сонно-подключичное шунтирование справа стернотомным доступом (3), протезирование правой общей сонной и подключично-подмышечное шунтирование (Г). Остальным 28 больным были выполнены экстраторакальные шунтирующие операции: сонно-подключичное шунтирование (4), подключично-плечевое шунтирование (11), сонно-плечевое аутовенозное шунтирование (9), протезирование ПКА (3), сонно-локтевое шунтирование (1). Летальный случай в раннем послеоперационном периоде отмечался у одной больной (2,4%). Ранний тромбоз шунта отмечался у двух больных (4,8%) с сонно-плечевым шунтированием, которые были повторно оперированы и восстановлен кровоток.

**Заключение:**

Таким образом, при интраторакальных способах реконструкции ветвей дуги аорты малотравматичным доступом является левосторонняя боковая торакотомия. Стернотомный доступ показан при правосторонних окклюзиях сонной и подключичной артерий, а также БЦ ствола. Основными видами реконструкций при поражениях проксимальных сегментов артерий верхних конечностей является экстраторакальные методы переключающих и шунтирующих операций.

# 7. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХСН

## 7.1. ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНОМ НА ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Марданов Б.У., Абдуллаев Т.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

### Введение(цели/задачи):

Оценка влияния терапии тестостероном на показатели трофологического статуса (ТС) больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

### Материал и методы:

В исследование включено 60 больных ДКМП мужского пола, которые были рандомизированы на две: I (n=30, средним возрастом 41,9±2,35 лет) и II (n=30, 43,5±2,3 года) группы. Наряду с клиническим осмотром и оценкой тяжести состояния проводилось определение уровней общего тестостерона (ОТ) и про-статаспецифического антигена плазмы. Оценка ТС включала определение общей и тощей массы тела (ТМТ), последняя, представляющая собой совокупную массу костно-мышечной системы и висцеральных органов, как наиболее точного показателя состояния питания больных, измерялась с помощью калиперометрического метода по Durnin-Womersley. Пациенты I группы, дополнительно к препаратам стандартной терапии СН получали внутримышечные инъекции препарата тестостерона пролонгированной формы, представляющего собой смесь его эфиров (препарат Омнадрен 250 – 1.0мл, Jelfa, Польша). Частота инъекций составляла 1 раз в 3 недели. Курс терапии составлял 12 недель. Другие препараты, обладающие метаболическим и анаболическим эффектами у больных не применялись.

### Результаты:

Частота встречаемости гипотрофии среди обследуемых пациентов составила 53,3% (32 больных), определяемая антропометрическим способом. При этом 1 степень гипотрофии (ИМТ 17,5-18,9) выявлена у 10 (16,7%), 2 степень (ИМТ 15,5-17,4) – у 13 (23,3%), и 3 степень (кахексия, ИМТ ниже 15,5) – у 9 (15%) пациентов СН, включенных в наше исследование. Исходные средние значения общей и ТМТ у больных обеих групп соответственно составляли 71,8±2,1кг и 69,3±2,4кг (p>0,05 при межгрупповом сравнении), и 46,3±1,7кг и 44,2±1,9кг (p>0,05). Необходимо отметить, что у больных обеих групп отмечался дефицит ТМТ относительно должной, составивший соответственно 5,5% и 6,3% (p>0,05). По окончании периода исследования повторные измерения данных показателей выявили следующее. Общая масса тела больных обеих групп имела тенденцию к некоторому уменьшению, составившая 0,9% и 0,7% соответственно (p>0,05 для обеих групп относительно исходных величин). Однако, при оценке ТМТ, выявлено, что у больных I группы отмечалось его увеличение на 7,5% (p<0,05), в то время как у больных сравняваемой группы снижение общей массы тела сопровождалось аналогичной динамикой и ТМТ (уменьшение ТМТ составило 3,8%, p>0,05).

### Заключение:

Таким образом, у больных ДКМП, в более чем половине случаев развивается гипотрофия различной степени, а проведение заместительной терапии тестостероном приводит к улучшению их питательного статуса, проявляющегося увеличением ТМТ.

## 7.2. СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Шукурджанова С.М., Камилова У.К.,  
Нуриддинова Н.Б., Шоалимова З.М.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

### Введение(цели/задачи):

Изучить особенности изменения уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал) в крови у больных ПИКС, в зависимости от локализации перенесенного инфаркта миокарда.

### Материал и методы:

Обследованы 68 больных, мужчины с ПИКС, осложненным ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на группы по функциональным классам ХСН согласно классификации NYHA, 1 группу составили 35 больных ХСН ФК II, 2 группу – 33 больных ХСН ФК III. Нейрогуморальный статус больных изучался по плазменной концентрации МНУП и Ал, определение которых проводилось на иммуноферментном анализаторе ELISA с использованием реактивов фирмы «Biomedica» Параметры описывались в виде: среднее арифметическое ± стандартное отклонение (M±SD).

### Результаты:

Результаты исследования показали, что содержание МНУП в плазме крови у больных 1 группы было значительно выше при перенесенном переднем ИМ и составляло 738,3±151,96 фмоль/мл, что превышало уровни показателей при перенесенном заднем ИМ (515,4±103,9 фмоль/мл) – в 1,4 раза. Уровень Ал в этой группе при перенесенном переднем ИМ составлял 274,2±52,6 пг/мл и превышал в 1,3 раза данный показатель при заднем ИМ (210,0±36,7 пг/мл). У больных 2 группы наблюдали аналогичную закономерность изменения нейрогуморальных факторов. Значительно высокое содержание МНУП и Ал наблюдали у больных с перенесенным передним ИМ - содержание Ал увеличивалось в 1,9 раза при перенесенном переднем ИМ и в 1,4 раза при заднем ИМ соответственно.

### Заключение:

Увеличение нейрогормонов в крови у больных ПИКС, осложненным ХСН зависит от локализации перенесенного ИМ - высокий уровень МНУП и Ал наблюдается преимущественно при перенесенном переднем ИМ.

### 7.3. НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ШУКУРДЖАНОВА С.М., КАМИЛОВА У.К., АЛИЕВА Т.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

#### Введение(цели/задачи):

Изучить особенности изменения уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал) в крови у больных ПИКС, в зависимости от тяжести ХСН.

#### Материал и методы:

Обследованы 68 больных с ПИКС, осложненным ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены на группы по ФК ХСН согласно классификации NYHA. 1 группу составили 35 больных ХСН ФК II, 2 группу – 33 больных ХСН ФК III. Нейрогуморальный статус больных изучался по плазменной концентрации МНУП и Ал, определение которых проводилось на иммуноферментном анализаторе ELISA с использованием реактивов фирмы «Biomedica». Параметры описывались в виде: среднее арифметическое  $\pm$  стандартное отклонение (M $\pm$ SD).

#### Результаты:

Анализ исходных показателей содержания МНУП и Ал в плазме крови показал, что у больных 1 группы уровень МНУП составлял 634,4 $\pm$ 169,55 фмоль/мл, а уровень Ал 246,3 $\pm$ 57,92 пг/мл. Во 2 группе больных уровень МНУП и Ал составлял 943,9 $\pm$ 233,1 фмоль/мл и 299,5 $\pm$ 76,74 пг/мл соответственно. Как видно из представленных данных, при увеличении ФК ХСН достоверно увеличивается содержание МНУП и Ал в плазме крови и эти изменения прямо коррелируют с тяжестью течения СН. Колебания уровня МНУП у больных 1 группы составляло от 430,5 до 912,6 фмоль/мл и Ал от 180,2 до 361,1 пг/мл соответственно. Во 2 группе эти колебания составляли 675,5 до 1423,1 фмоль/мл и 219,1 до 435,7 пг/мл соответственно. Высокий уровень МНУП и Ал наблюдался у 45,7% и 37,2% в 1 группе больных соответственно. У больных 2 группы высокий уровень повышения МНУП отмечался у 57,6%, а Ал у 63,6% больных.

#### Заключение:

У больных ХСН в крови отмечается увеличение МНУП и Ал и их уровень коррелирует с тяжестью СН: при II ФК ХСН наблюдалось преобладание средневысоких уровней, а при ФК III высоких уровней нейрогормонов.

### 7.4. ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕБИВОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

КОМИССАРОВА С.М., ВАЙХАНСКАЯ Т.Г., АРАБЕЙ А.А., ПЕТРОВСКАЯ М.Е.

РНПЦ «Кардиология»

#### Введение(цели/задачи):

Исследовать влияние небиволола на динамику провоспалительных маркеров, оксидативного стресса, показатели вазодилатирующей функции эндотелия и состояние скелетной мускулатуры у пациентов ИБС, осложненной ХСН ФК II–III NYHA.

#### Материал и методы:

Обследовано 62 пациента (средний возраст 58,2 $\pm$ 6,8 лет, 60 мужчин) с ХСН ишемического генеза II–III ФК NYHA с

систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ ЛЖ < 45%). Исследовали ЭхоКГ, вазомоторную функцию эндотелия, состояние мышечной системы при помощи биоимпедансометрии, тредмил-тест по модифицированному протоколу Bruce, тест 6-мин ходьбы. Определяли концентрацию провоспалительных маркеров (ФНО $\alpha$ , вч-СРБ) и окислительного стресса. Всем пациентам назначался небиволол в дозах 2,5 – 5 мг в течение 6 месяцев.

#### Результаты:

Терапия небивололом способствовала увеличению эндотелийзависимой вазодилатации (с 6,84 $\pm$ 0,78% до 12,3 $\pm$ 0,82%,  $p < 0,01$ ), уменьшению дефицита мышечной массы (с 24,3 $\pm$ 3,28% до 13,5 $\pm$ 1,2%,  $p < 0,01$ ) и избытка внеклеточной жидкости (с 14,3 $\pm$ 1,4% до 1,9 $\pm$ 0,1%,  $p < 0,01$ ), увеличению дистанции теста 6 – мин ходьбы (от 300,7 $\pm$ 27,0 до 420 $\pm$ 32,2 м,  $p < 0,01$ ) и объема выполненной работы по данным тредмил-теста (от 3,4  $\pm$  0,12 до 8,0 $\pm$ 0,22 МЕТ,  $p < 0,05$ ). На фоне лечения небивололом отмечено снижение уровня hsCRP (с 4,34 $\pm$ 0,36 до 1,98 $\pm$ 0,01 г/л,  $p < 0,01$ ), ФНО- $\alpha$  (с 22,3 $\pm$ 3,21 до 12,8 $\pm$ 1,56 пг/мл,  $p < 0,01$ ) и увеличение уровня глутатионпероксидазы (с 261,8 $\pm$ 24,6 до 482,0 $\pm$ 38,6 мкМ/мин\*1 г,  $p < 0,001$ ).

#### Заключение:

Применение небиволола у больных ХСН II–III NYHA сопровождается реализацией плейотропного эффекта, благоприятно влияющего на уровень провоспалительных маркеров и окислительного стресса, показатели функции эндотелия, состояние скелетной мускулатуры и толерантность к физической нагрузке.

### 7.5. СОСТОЯНИЕ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ТИПАХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ЖУСУПОВА Г.К., ЗАГОРУЛЯ Н.Л., ШАЙХИНА М.Д.

АО МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. АСТАНА, РДЦ, г. АСТАНА

#### Введение(цели/задачи):

#### Материал и методы:

Оценка тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) проведена по результатам показателей вариабельности ритма (ВР) при холтеровском мониторинге ЭКГ у 118 пациентов с симптомами сердечной недостаточности (СН) обусловленной артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца или их сочетанием. 1-ая группа - 32 пациента (27,1%) с систолической СН (ССН), 2-ая группа - 86 пациентов (72,9%) с диастолической СН (ДСН). Критериями ССН были наличие симптомов СН при снижении фракции выброса (ФВ) < 50%, ДСН – наличие симптомов СН при ФВ  $\geq$  50% и признаки диастолической дисфункции. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0. Количественные параметры анализировались с использованием критерия Колмогорова-Смирнова, качественные с использованием критерия  $\chi^2$ .

#### Результаты:

При анализе показателей ВР ни по одному показателю, отражающему активацию симпатических или парасимпатических параметров ВНС у пациентов с различными гемодинамическими вариантами СН значимых различий не выявлено. При анализе временного показателя ВР сердца в группе пациентов с ДСН SDNN оказался несколько ниже, однако достоверных различий со сравняемой группой не выявлено. При анализе спектральных показателей ВР сердца отмечается превали-

рование симпатической нервной регуляции, что отражено в высоком показателе LF/ HF в обеих группах ( $4,7 \pm 2,4$  при ССН и  $4,6 \pm 2,8$  при ДСН), однако различий в превалировании тонуса симпатического отдела ВНС при том или другом варианте СН при анализе спектральных показателей ВР (LF, HF, VLF) также не отмечено. В 38 случаях (32,2%) выявлялся сниженный временный показатель ВР ( $SDNN < 100$ мс), при этом различий в его частоте при ССН и ДСН не отмечено ( $p = 0,08$ ). Подтверждено, что имеется связь между снижением ВР и низкой ФВ, в группе пациентов с показателем  $SDNN < 100$ мс ФВ была ниже ( $53,5 \pm 10,1\%$ , в группе с  $SDNN \geq 100$ - $56,1 \pm 7,9\%$ ,  $p < 0,025$ ).

**Заключение:**

При обоих вариантах СН имеет место преобладание симпатического тонуса ВНС. Гиперактивация симпатического тонуса у пациентов с СН, определяемая по временным и спектральным показателям ВР не зависит от гемодинамического типа СН. При ССН имеется корреляционная зависимость между временным показателем ВР и ФВ, требуются дальнейшие исследования для выявления зависимых параметров при ДСН.

---

**7.6. НЕЙРОГОРМОНЫ И ЦИТОКИНЫ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Усманова У.И., Хужамбердиев М.А.,  
Мирсайдуллаев М.М.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Реальная практика лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) показывает, что ингибиторы АПФ вместо ожидаемых 100% позволяют добиться снижения риска смерти в среднем на 23%. Одной из причин «низкой» эффективности ИАПФ может явиться то, что наряду с нейрогормонами центральную роль в патогенезе заболевания играют еще какие-то другие (в частности, иммунные) механизмы, т.е. провоспалительные цитокины: ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 и ИЛ-6. Иммунная защита организма «срабатывает» не только при инфекционных агрессиях, но реагирует также на ишемию, гемодинамическую перегрузку, т.е. на те воздействия, которые являются причиной развития и ХСН. Механизм действия цитокинов при ХСН складывается, по крайней мере, из четырех ключевых процессов: 1) отрицательного инотропного действия; 2) ремоделирования сердца (необратимая дилатация полостей и гипертрофия кардиомиоцитов); 3) нарушения эндотелий-зависимой дилатации артериол; 4) усиления процесса апоптоза кардиомиоцитов и клеток периферической мускулатуры. Источником избытка цитокинов при сердечной недостаточности могут быть «перенапряженные» кардиомиоциты или клетки периферической мускулатуры. 1990 г. Levine и соавт. впервые показали, что уровень ФНО- $\alpha$  в сыворотке больных с тяжелой сердечной недостаточностью (III-IV функциональный класс NYHA) на порядок выше, чем у здоровых лиц:  $115 \pm 25$  U/ml против  $9 \pm 3$  U/ml соответственно. Причем повышение активности ФНО- $\alpha$  было более выраженным ( $> 39$ U/ml) у пациентов с более тяжелыми клиническими проявлениями декомпенсации и тесная корреляционная связь уровня ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 и ИЛ-6 активностью нейрогуморального фона (в том числе САС). Важными для формирования ХСН являются «долговременные» эффекты провоспалительных ци-

токинов, проявляющиеся постепенным разрушением внеклеточного коллагенового матрикса миокарда, дилатацией и гипертрофией кардиомиоцитов, данные изменения, лежащие в основе феномена ремоделирования сердца, носят необратимый характер и наряду с цитокин-индуцированным усилением апоптоза кардиомиоцитов способствуют возникновению и прогрессированию ХСН.

**Заключение:**

Таким образом, «цитокиновая» модель патогенеза не противоречит нейрогуморальной теории, а дополняет наши представления о механизмах развития ХСН. Участие медиаторов воспаления в схеме заболевания расширяет «базу терапевтического вмешательства» и открывает новые перспективы для повышения эффективности лечения. Уже сейчас серьезно обсуждаются пути воздействия на цитокиновое звено сердечной недостаточности от стерилизации кишечника с помощью антибиотиков до блокады синтеза цитокинов или рецепторов к ФНО- $\alpha$ . И не исключено, что вскоре антицитокиновые препараты станут таким же обычным средством лечения больных ХСН, как сердечные гликозиды или ИАПФ.

---

**7.7. БИВЕНТРИКУЛЯРНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Абдрахманов А.С., Байгенжин А.К.,  
Досаханов А.Х., Пя Ю.В., Алимбаев С.А.

Национальный научный медицинский центр

**Введение(цели/задачи):**

Представить наш первый опыт имплантации трехкамерного электрокардиостимулятора для бивентрикулярной стимуляции сердца.

**Материал и методы:**

Пациент К., 56 лет, с дилатационной кардиомиопатией и хронической сердечной недостаточностью. ЭКГ от 10.04.09: PQ=240ms, QRS=198ms, QT=440ms. Ритм синусовый ЧСС 67 уд/мин. АВ-блокада 1 степени и ПБЛНПГ. ЭХОКГ от 10.04.09: Снижение глобальной сократимости левого желудочка. ФИ-35-40% Гипо-акинез базально-заднего и базально-бокового сегментов левого желудочка. Гипертрофия левого желудочка. Минимальная митральная регургитация. Дилатация всех камер сердца (больше левых отделов). 10.04.2009г. проведена коронарорентрокулография - коронарные сосуды без обструктивных поражений. ФВ-22%.

**Результаты:**

11 апреля 2009 года в кардиохирургической клинике Национального научного медицинского центра больному имплантирован трехкамерный электрокардиостимулятор Medtronic INSYNC III 8042 с первичной эндокардиальной системой с возможностью проведения бивентрикулярной стимуляции сердца (ресинхронизирующей терапии). Проведено медикаментозное лечение: дилатренд, престариум, фуросемид, ве-рошпирон, цефазолин, кетонал.

**Заключение:**

Первый успешный опыт имплантации многокамерного ЭКС с функцией кардиоресинхронизирующей терапии Medtronic INSYNC III 8042, устанавливает тот факт, что мы еще на один шаг приблизились к универсальному имплантируемому устройству для электротерапии сердечной недостаточности.



### 7.8. ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ТРЕХКАМЕРНОГО ИКД С ФУНКЦИЕЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ СЕРДЦА MEDTRONIC INSYNC MAXIMO 7304

АБДРАХМАНОВ А.С., БАЙГЕНЖИН А.К., ДОСАХАНОВ А.Х., ПЯ Ю.В., КАБАЕВ У.Т., АЛИМБАЕВ С.А., АБИКЕЕВА Л.С.

Национальный научный медицинский центр

#### Введение(цели/задачи):

Главным фактором риска внезапной сердечной смерти (ВСС), является нарушение функции левого желудочка, основным показателем которой является фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Снижение последней до 30% считается критическим, а присоединение клинических признаков сердечной недостаточности увеличивает риск внезапной смерти [Luu M., Stevenson WG., Stevenson LW., 1989]. Цель: представить наш первый клинический опыт имплантации кардиовертера-дефибриллятора с функцией ресинхронизирующей терапии.

#### Материал и методы:

Пациент Б., 41 лет, с хронической ишемической болезнью сердца, атеросклеротическим коронаро-кардиосклерозом, ишемической кардиомиопатией и хронической сердечной недостаточностью. В 2006 и феврале 2008 гг перенес Q-волновые инфаркты миокарда. После последнего инфаркта миокарда отмечает выраженную отдышку при малейшей физической нагрузке. 26.03.2008г. проведена коронаро-вентрикулография, выявлено 2-сосудистое поражение коронарного русла: ПМЖВ: критический стеноз п/3. ОВ: б/о. ПКА: окклюзия п/3. Левая вентрикулография: диссинхрония передне-латерального, верхушечного, диафрагмального, задне-базального сегментов, ФВ-12%. 14.04.2008г. проведено мамарно-коронарное шунтирование ПМЖВ, ПКА на работающем сердце. После операции улучшения состояния не отмечает. Объективно: состояние тяжелое. В легких перкуторно – легочной звук, дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. АД 90/60 мм рт.ст., пульс 80 уд/мин. Печень +4см выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. ЭКГ от 15.07.08: PQ= 240ms, QRS= 198ms, QT= 440ms. Ритм синусовый ЧСС 58 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. АВ-блокада 1 степени и ПБЛНПГ. ЭХОКГ от 08.07.08: Ao-3,46, раскрытие-1,45, восходящая Ao-3,35, ЛП-4,76-4,9, ПЖ-3,9, КСР-5,9, КДР-7,07, КСО-165, КДО-213, УО-48%, МЖПс-0,8, МЖПд-0,65, ЗСЛЖс-0,85, ЗСЛЖд-0,6, ЕМК-0,77, АМК-0,2, Мах.Ао-0,71, ЕТК-0,65, АТК-0,2, Мах.ЛА-0,63, ФИ-22%. Закл: состояние после АКШ. Дилатация всех камер сердца. Относительная митральная (+) и трикуспидальная (+) регургитация. Дисинхрония всего перегородочного сегмента с захватом перегородочно-верхушечного. Снижение глобальной сократимости. ФИ-22%. Признаки легочной гипертензии (расчетное систолическое давление – 42 мм рт.ст.). Диастолическая дисфункция левого желудочка по рестриктивному типу.

#### Результаты:

Впервые в Республике Казахстан, 16 июля 2008года, в Кардиохирургической клинике Национального научного медицинского центра больному имплантирован трехкамерный ИКД Medtronic INSYNC MAXIMO 7304 с возможностью проведения бивентрикулярной стимуляции сердца (ресинхронизирующей терапии). Проведено медикаментозное лечение: дилатренд, престариум, фуросемид, верошпирон, кордарон, клексан, коаксил, цефазолин, омес. ЭКГ после имплантации ИКД+КРТ

(ICD+CRT): предсердносинхронизирующая бивентрикулярная стимуляция сердца. ЭХОКГ от 17.07.08: Ao-2,87, раскрытие-1,62, Ao на ур-не синусов Вальсальвы-3,31, восходящая Ao-3,1, ЛП-4,87, ПЖ-3,98, КСР-5,34, КДР-6,27, КСО-107, КДО-160, УО-53, МЖПс-0,9, МЖПд-0,72, ЗСЛЖс-1,09, ЗСЛЖд-0,84, ЕМК-0,91, АМК-0,41, Мах.Ао-0,65, ЕТК-0,54, АТК- , Мах.ЛА-0,52, ФИ-30%. Закл: состояние после АКШ. ИКДФ+КРТ. Дилатация всех камер сердца. Относительная митральная (1,5+), трикуспидальная (+) регургитация. Снижение глобальной сократимости миокарда. ФИ-30%. Признаки легочной гипертензии (расчетное систолическое давление – 39 мм рт.ст.).

#### Закключение:

Первый успешный опыт имплантации многокамерного ИКД V поколения Medtronic INSYNC MAXIMO 7304, устанавливает тот факт, что мы еще на один шаг приблизились к универсальному имплантируемому устройству для электротерапии сердечной недостаточности, жизнеугрожающих форм тахикардий и профилактики внезапной сердечной смерти.

### 7.9. ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Бейшенкулов М.Т., Баитова Г.М., Чазымова З.М.

НЦКТ имени акад. М. МИРРАХИМОВА,  
Кыргызстан, г. Бишкек

#### Введение(цели/задачи):

Изучение частоты выявления и клинико- функциональных особенностей острой диастолической сердечной недостаточности (ДСН) при инфаркте миокарда (ИМ).

#### Материал и методы:

Обследовано 46 больных передне-перегородочным ИМ с СН Killip II. Больные получали стрептокиназу 1,5 млн., аспирин 125мг, гепарин 15 тыс.Ед/с, эналаприл (20мг/с), фуросемид 20мг, карведилол 6,25мг, аторвастатин 10 мг. Проводилсь ЭКГ, ЭХОКГ, доплерЭХОКГ.

#### Результаты:

Больные разделены на 2 группы: 1-я (n=30) – больные с систоло-диастолической СН, ФВ ЛЖ < 40%, 2-я (n=16)- с изолированной диастолической СН, ФВ ЛЖ >40%. Из 46 больных ИМ с СН II класса по Киллип изолированная диастолическая СН диагностирована в 34,7% случаев. В 1 группе на 3 сутки была дилатация ЛЖ, ФВ ЛЖ составила 38,4±2,7% против 45,32± 2,12% во 2-й (p<0,05). Диастолическая функция (ДФ) ЛЖ в обеих группах была изменена в равной степени в виде нарушения релаксации, так например диастолическое отношение Е/А составило 0,70±0,06 в 1-й и 0,68±0,04 во 2-й (p>0,05) группах. Форма ЛЖ у больных 1-й группы была более шарообразной, чем у больных 2-й группы, систолический индекс сферичности составил 0,64±0,02 ед и 0,51±0,01 ед соответственно. К 30 суткам нормализация ДФ ЛЖ в 1-й группе произошла в 5,2% случаев, а вот во 2-й – в 2,8% случаев (p<0,05), к 6 месяцу в 10,3% и 35,5% соответственно. Тяжелые формы хронической СН (ФК III, IV) в 1 группе развились в 41,4% случаев, а во 2-й группе – только в 22,6% случаев.

#### Закключение:

Таким образом, у больных ИМ острая застойная СН в 34,8% случаев обусловлена изолированной диастолической дисфункцией ЛЖ. Для ИМ, осложненного острой диастолической СН, характерно менее выраженные ДД, дезадаптивное ремоделирование ЛЖ и более благоприятное клиническое течение заболевания.



**7.10. ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

БЕКЖАНОВА Ж.С.

МЦ ЗКГМУ им. М. Оспанова, г. АКТОБЕ

**Введение(цели/задачи):**

Дать оценку медикаментозной терапии больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы:**

среди 2019 больных, госпитализированных в терапевтические, кардиологические отделения и 2000 амбулаторных пациентов был проведен скрининг. Для оценки степени выраженности клинических симптомов ХСН была использована шкала оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева и тест шестиминутной ходьбы (ТШХ). В результате скрининга ХСН на фоне ИБС установлена у 50,2% (из них с рубцовыми изменениями – 38%). Мужчин 73,5%, в возрасте 58±8 лет, ХСН в течение 6±3 лет, с избыточной массой тела (ИМТ) 27±4 кг/м<sup>2</sup>, с гиперхолестеринемией (8±2,2 ммоль/л), с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в 80% случаев. По ШОКС набрано 6±3 балла, по результатам ТШХ IIIФК составил 43%, IVФК - 36%. Женщины оказались 26,5%, в возрасте 63±6 года, ХСН в течение 4±2,5 лет, с ИМТ 28±7кг/м<sup>2</sup>, у 78% выявлена ГЛЖ. По ШОКС набрано 6±2 балла, по результатам ТШХ III ФК у 48%, IVФК у 37%.

**Результаты:**

В 91% случаев пациенты принимали ингибиторы АПФ, Бета – адреноблокаторы (БАБ) применяли 68% больных (в том числе бисопролол 5мг – 44%, метопролол 50 мг – 16% больных). Диуретики были назначены в 54% случаев (в том числе фуросемид 40 мг – 32%, спиронолактон - 45%). Статины по 20 мг применяли 72% больных, по 40 мг – 28%. Сердечные гликозиды получали 63% больных (из них с фибрилляцией предсердий – 40%). Практически все больные получали ацетилсалициловую кислоту 100 мг 96% больных. Клопидогрель 75мг был назначен 58% больным. Антиаритмические препараты (кордарон 200мг) были прописаны 10%. Нитраты принимали 97% случаев.

**Заключение:**

Полученные результаты говорят о приверженности кардиологов и терапевтов к современным рекомендациям по ведению больных ХСН на фоне ИБС. Это приведет к повышению продолжительности и качества жизни, снижению инвалидизации. Однако встречаются случаи назначения не рекомендованного БАБ (метопролол 50 мг 16%).

**7.11. СТРУКТУРА ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

БАХРОМИ М.Т., ГАИБОВА З.В.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе, Таджикистан

**Введение(цели/задачи):**

Проанализировать структуру медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных пожилого возраста в условиях стационара.

**Материал и методы:**

Были проанализированы схемы лечения 30 больных ХСН II или III функционального класса (ФК) по классификации NYHA, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст больных составил 73±1,2 года, 20 из которых были женщины и 10 мужчин. Развитие ХСН и его усугубление было связано с наличием у обследованных ишемической болезни сердца (ИБС), стабильной стенокардии напряжения III или IV ФК, перенесенного инфаркта миокарда, наличием и прогрессированием артериальной гипертензии (АГ), нарушениями ритма сердца (постоянная форма мерцательной аритмии). Диагноз ХСН устанавливался на основании данных общеклинического обследования, результатов электрокардиографического исследования (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и рентгенографии органов грудной клетки. За время пребывания в стационаре больным проводился индивидуальный подбор фармакотерапии в соответствии принятыми стандартами.

**Результаты:**

При рассмотрении структуры медикаментозной терапии было выявлено, что наиболее назначаемыми препаратами явились диуретики (93,3%), при этом у подавляющего большинства пациентов (83,4%) применялись их различные комбинации, включающие гипотиазид, фуросемид, верошпирон; лишь 16,6 % пациентов принимали монотерапию гидрохлортиазидом. Частое использование диуретиков объясняется тяжестью состояния пациентов при поступлении в стационар, при этом параллельно проводилась коррекция электролитов что особенно актуально у лиц старших возрастных групп. Согласно принятым рекомендациям, для лечения больных ХСН, у 90% больных в терапии широко использовались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, преимущественно в виде лизиноприла (81,5%) и эналаприла (18,5%). β-адреноблокаторы применялись у 70% больных, при этом препаратом выбора явился атенолол (85,7 % всех назначений), а остальные пациенты (14,3 %) получали бисопролол или метопролол. Также обнаружено частое назначение препаратов из группы нитратов пролонгированного действия (98,2%), что отчасти объяснимо наличием ИБС, требующей применения этой группы лекарственных средств. У 46,6 % больных были использованы блокаторы медленных кальциевых каналов в виде амлодипина (15 %) или верапамила (31,6%), что было связано с тяжестью протекающей ИБС, необходимостью коррекции АГ, а также наличием сопутствующей хронической обструктивной болезни легких или непереносимостью препаратов других групп. В меньшей степени назначались сердечные гликозиды (15%), антикоагулянты (15%) и статины (12%). Таким образом, врачебные назначения госпитального уровня были вполне обоснованными и в 83,3% случаях соответствовали принятым протоколам лечения ХСН.

**Заключение:**

Выявлена структура препаратов, применяемых для лечения ХСН у больных пожилого и старческого возраста в условиях стационара. Проведенное исследование выявило в целом достаточно высокую приверженность врачей к выполнению современных рекомендаций по лечению ХСН.

## 7.12. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Юлдашев Э.Ч., Юсупова М.Б.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
КАРДИОЛОГИИ, г. ДУШАНБЕ, ТАДЖИКИСТАН

### Введение(цели/задачи):

Целью исследования явилось определение клинической эффективности карвидила (карведилол компании «Grindex», Латвия) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

### Материал и методы:

Обследовано 20 больных с клинически выраженной хронической сердечной недостаточности (ХСН), средний возраст  $65,3 \pm 2,3$  года. Среди больных было 15 мужчин (80,0%, средний возраст составил  $66,1 \pm 2,6$  лет) и 5 женщин (20,0%, средний возраст  $62,0 \pm 4,5$  лет). В зависимости от функционального класса (ФК) и стадии ХСН, больные распределились следующим образом: II ФК имели 11 пациентов (43,3%), из них — 92,3% мужчин и 7,7% -женщин; III ФК - 9 пациентов (56,7%), среди которых 70,6% мужчин и 29,4% женщин. В соответствии с протоколом исследования, всем больным был назначен карвидил в начальной суточной дозе 6,25 мг, разделенной на два приема. В течение 6-8 недель проводилось титрование дозы карвидила (12,5 мг, 25 мг и 50 мг). У больных с массой тела больше 85 кг допускалось увеличения дозы карвидила до 100 мг в сутки. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца.

Для оценки эффективности, безопасности и обоснованности лечения карвидилом, в начале исследования и через 3 месяца проводилось клиническое обследование больных, включающее, помимо определения стандартных показателей деятельности сердечно-сосудистой системы, исследование теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка функционального класса ХСН. Кроме того, в начале исследования и через

3 месяца приема карвидила всем больным выполнялось эхокардиографическое исследование с определением фракции выброса (EF%) левого желудочка.

### Результаты:

Согласно критериям включения в исследование, все больные были с ХСН П-III ФК, по данным эхокардиографии имели ФВ левого желудочка  $< 45\%$ , систолическое АД  $\geq 90$  мм рт. ст., получали общепринятое лечение ХСН, включающее: иАПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, при необходимости - диуретики, сердечные гликозиды; не имели противопоказаний к назначению  $\beta$ -блокаторов. Причиной ХСН в 75% случаев была ИБС и в 25% Артериальная гипертензия. Вызывает интерес анализ влияния терапии карвидилом на цифры артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Так, исходный средний уровень систолического АД в общей группе больных составил  $136,7 \pm 2,2$  мм рт.ст., диастолического АД -  $80,2 \pm 1,5$ . Через 3 месяца лечения, включающего карвидил, наблюдалось достоверное снижение среднего систолического АД на 14,7%, диастолического АД - на 10,8%. ЧСС за период наблюдения уменьшилась с  $78,1 \pm 1,5$  до  $65,8 \pm 0,9$ , т.е. на 15,7%. Следует отметить, что через 3 месяца лечения регистрировалось достоверное повышение ФВ левого желудочка на 15,4%, уменьшение конечного систолического объема (КСО) на 10,7% и конечного диастолического объема левого желудочка (КДО) на 7,0%, снижение конечного диастолического размера (КДР) на 11,9% и конечного систолического размера (КСР) на 6,6%. При этом ТШХ возрос в среднем с  $280 \pm 21,6$  м до  $396 \pm 17,1$  м на 41,4% ( $p < 0,05$ ).

### Заключение:

при применении карведилола отмечается достоверное повышение ФВ левого желудочка на 15,4%, уменьшение КСО - на 10,7% и КДО - на 7,0%, что свидетельствует о существенном положительном влиянии карведилола на ремоделирование левого желудочка у больных с ХСН и достоверное повышение толерантности к физической нагрузке.

# 8. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: НОВЫЕ ДАННЫЕ В ИЗУЧЕНИИ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ ТЕРАПИИ

## 8.1. ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОСНОВНОГО СТВОЛА КОРОНАРНОГО РУСЛА ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Мирсайдуллаев М.М.(млад), Мирсайдуллаев М.М., Хужамбердиев М.А., Узбекова Н.Р.

НАМАНГАНСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП, АндГосМИ, г. НАМАНГАН, УЗБЕКИСТАН

### Введение(цели/задачи):

Установить особенности ОКС у больных сельской местности при гемодинамически значимом поражении ствола левой коронарной артерии.

### Материал и методы:

Обследовано 30 пациентов с ОКС, у которых по данным коронароангиографии, выполненной в первые 48 часов от развития заболевания, выявлены гемодинамически значимые изменения коронарных артерий. В зависимости от характера поражения коронарного русла пациенты разделены на две группы: I группа – 6 больных с поражением основного ствола левой коронарной артерии (5 муж., 1 жен., средний возраст  $62,9 \pm 9,0$  года) и II группа (группа контроля) – 24 пациент без поражения основного ствола левой коронарной артерии (18 муж., 6 жен., средний возраст  $55,9 \pm 9,7$  лет). Проанализированы анамнестические, клинические данные, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований.

### Результаты:

Изолированное поражение ствола левой коронарной артерии выявлено только у одного больного. В 33,3% случаях поражение ствола левой коронарной артерии сочеталось со стенозами проксимальных и средних отделов коронарных артерий. У 36,6% больных наряду с поражением ствола левой коронарной артерии выявлены стенозы коронарных артерий всех калибров. Возраст больных I группы был достоверно старше, чем у больных группы контроля ( $p=0,01$ ). В I группе исследуемых выявлена положительная корреляция между возрастом пациентов и частотой поражения ствола левой коронарной артерии. Так, при возрасте пациентов менее 50 лет частота поражения основного ствола левой коронарной артерии составила 10%, в группе больных от 51 до 60 лет – 13,3%, от 61 до 70 лет – 33,3%, а в группе обследованных старше 70 лет частота стволового поражения достигла 43,4%. Больные с поражением ствола левой коронарной артерии достоверно чаще по сравнению с группой контроля имели указания на перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (23,3% и 3,3% больных соответственно;  $p=0,01$ ) и большую частоту атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей ( $p=0,04$ ). При анализе клинической картины заболевания желудочковые нарушения ритма была достоверно чаще регистрировались у пациентов I группы по сравнению с группой контроля ( $p=0,03$ ), других различий в группах не установлено. Показатели лабораторных и инструментальных исследований так же достоверно не различались.

### Заключение:

У больных ОКС частота поражения ствола левой коронарной

артерии увеличивается с возрастом пациентов и часто сочетается с атеросклеротическим поражением крупных сосудов.

## 8.2. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МАГНЕРОТОМ НА ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Мартынов А.И., Акатова Е.В., Николин О.П.

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ №1, г. МОСКВА, РОССИЯ

У пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) имеется комплекс симптомов, преимущественно обусловленный сосудистой дисфункцией: липотимии, синкопы, мигрень, головокружения, изменение окраски конечностей. Частота липотимий (комплекс ощущений, предшествующих потере сознания) и синкопов при ПМК варьирует от 4,0 до 33,4%. Доказано, что у этих лиц имеется особая форма сосудистой дисфункции, проявляющаяся генерализованными нарушениями вазомоторной иннервации, преимущественно в виде неустойчивости тонуса церебральных и периферических сосудов. В последние годы выявлена взаимосвязь мигрени с пониженным уровнем ионов Mg.

### Введение(цели/задачи):

Провести оценку эффективности применения магнерота на тяжесть синдрома сосудистых нарушений у больных с ПМК.

### Материал и методы:

В ходе простого слепого плацебоконтролируемого исследования наблюдали 84 пациента с идиопатическим ПМК. Среди них было 44% мужчин и 56% женщин. Наблюдаемые лица были разделены на две рандомизированные группы – основную (получающие магнерот) и плацебоконтроля. Средний возраст больных в основной группе составил  $30,8 \pm 0,4$  лет. Группа плацебоконтроля была сопоставима по возрасту (средний возраст  $31,1 \pm 0,2$ ) и полу. Среди обследованных лиц обеих групп преобладали женщины. Пациенты основной группы получали таблетки Магнерот, содержащие 500 мг оротата Mg (32,8 мг элементарного Mg), в дозе 3000 мг в сутки (196,8 мг элементарного Mg) в течение 6-ти месяцев.

### Результаты:

У больных с ПМК в конце срока лечения отмечено достоверное уменьшение всех анализируемых клинических симптомов, при этом на фоне терапии магнеротом более значительно по сравнению с плацебо уменьшилась частота и степень тяжести сосудистых нарушений. Клинически значимое уменьшение выраженности синдрома сосудистых нарушений отмечено у 71,3% больных с ПМК. Достоверно уменьшилась после терапии тяжесть сосудистых нарушений. Так, если до лечения легкая, средняя и тяжелая степени были диагностированы у 30,2%, 55,9% и 13,9% лиц соответственно, то после лечения в 16,3% случаев сосудистые нарушения отсутствовали, в 2,5 раза увеличилось число лиц с легкой степенью тяжести, а тяжелая степень не выявлена. Клинически значимая эффектив-

ность терапии на тяжесть сосудистых нарушений выявлена у 72,1% пациентов (70,8% мужчин и 73,7% женщин).

#### **Заключение:**

Эффект терапии магнеротом проявляется в достоверном уменьшении частоты и степени тяжести сосудистых нарушений, уменьшении тяжести клинической картины в целом. Степень тяжести сосудистых нарушений у женщин была более выраженной как до, так и после лечения. При этом клинически значимая эффективность лечения была высокой.

### **8.3. ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ. ПРИВЫЧНОЕ ПОНЯТИЕ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?**

ДЕГТЯРЁВ В.А.

ЗАО «Компания «МАКСИМА», г. Москва

Измерения АД у больных изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ) разработанным нами методом объёмной компрессионной осциллометрии (ОКО) выполнено у 100 человек. Методом случайной выборки отобраны 10 протоколов (5 женщин и 5 мужчин). средний возраст 72 года). АД по методу Короткова было у этих лиц в среднем 156/71 мм рт.ст. По результатам измерений АД с помощью ОКО у всех обследуемых оно оказалось нормальными и составило систолическое (АДс)-108, диастолическое (АДд - 57, средне-динамическое - 83, мм. рт. ст. Фактическое периферическое сопротивление было ниже должного в среднем на 22%.

Формирование повышенных показателей АДс при ИСАГ связано с формированием выраженного гемодинамического удара при пережатии плечевой артерии давлением, создаваемым в манжете. После того, как оно достигает величины АДс каждая очередная порция крови, поступающая в артерию и несущая в себе заряд кинетической энергии, открывает просвет артерии, преодолевая давление в манжете. Кровь, устремляясь дистальнее манжеты, вызывает звуковые эффекты. При определении АД по тонам Короткова регистрируется ложное АДс. Оно будет тем выше, чем больше аортальная камера теряет способность демпфировать энергию выброса крови и чем больше жёсткость стенок артериальных сосудов. Жёсткие артерии, ускоряя ход отражённой от периферии пульсовой волны, накладывают её на основную пульсовую волну. В итоге энергия потока крови в плечевой артерии при сужении её просвета пережимной манжетой, как и в любом артериальном сосуде, просвет которого сужен в результате склерозирования, резко возрастает. Величина гемодинамического удара (разница между действительным и ложным АДс) отражает степень склерозирования артериальных сосудов. Она тем выше, чем больше эта разница. Её уменьшение может быть показателем успешности терапии. Резкое уменьшение величины этого показателя - тревожный симптом, который у больных ИСАГ может быть связан со значительным нарушением сократительной функции миокарда. По ОКО, помимо измерения АД, можно определять ударный и минутный объёмы крови, податливость артерий, периферическое сопротивление сосудов. Это расширяет возможности врача в оценке изменений указанных показателей, выборе лекарственных средств и их дозировки. В частности, по динамике УО, по-видимому, можно судить об эффективности дегидратационной терапии, которая, снижая его, уменьшает гидродинамический удар. Терапия, направленная на снижение периферического сопротивления у больных ИСАГ может создать угрозу ортостатического коллапса.

### **8.4. ОСОБЕННОСТИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

МАРТЫНОВ А.И., ГОРОХОВСКАЯ Г.Н., МАРТЫНОВ Д.А.

МГМСУ, КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ № 1

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить особенности развития безболевого ишемии миокарда (БИМ) в зависимости от колебаний артериального давления ( АД ).

#### **Материал и методы:**

Под наблюдением находились 36 мужчин, возраст которых составил в среднем 58,3 г. У всех было сочетание ГБ с ИБС безболевого форма. Гипертоническая болезнь (ГБ) была II - III стадии с повышением АД при поступлении в среднем до 2,1 степени. В анамнезе у 11 был инфаркт миокарда. Длительность ГБ составила в среднем 8,3 г. БИМ была выявлена либо при пробе с физической нагрузкой, либо при суточном мониторинге ЭКГ (горизонтальная депрессия ST-сегмента ЭКГ более 1 мм). У 27 больных был сахарный диабет 2-го типа или нарушение толерантности к глюкозе, у 17 – избыточный вес или ожирение I – III степени у 16 – гиперурикемия, у 15 – недостаточность кровообращения 2-й стадии по Стражеско – Василенко и у 9 – субклинический гипотиреоз. Наличие атерогенной дислипидемии выявлено у 29 из 36 больных). Наблюдение проводилось в стационаре, куда больные поступили в связи с повышением цифр АД. Стабилизировать АД с помощью комбинированной медикаментозной терапии на уровне менее 140/90 мм рт.ст. удалось у 27 из 36 больных в среднем за 11,8 дней. У остальных – АД стало в среднем 146/87 мм рт.ст. Терапия по поводу ИБС оставалась той, которая была назначена в поликлинике. В начале лечения и перед выпиской всем больным была проведена синхронная суточная регистрация ЭКГ и АД.

#### **Результаты:**

При анализе показателей БИМ данные частоты и длительности эпизодов претерпели отрицательную динамику и составили в среднем с 1,9 до 2,4 (p<0,05) и с 26,3 до 34,8 мин (p<0,01). Полученные данные свидетельствуют о том, что быстрое снижение АД до уровня целевых значений у больных ИБС с множественной сопутствующей патологией приводит к ухудшению течения БИМ. Из этого следует сделать вывод о том, что у больных ГБ в сочетании с БИМ снижение АД должно проводится постепенно и под контролем синхронной регистрации суточных изменений АД и ЭКГ. В противном случае быстрая нормализация АД может привести к прогрессированию кардиосклероза по механизму преходящей ишемии, инфаркту миокарда или внезапной смерти. Особенно это следует учитывать при сочетании ГБ и ИБС с нарушением углеводного обмена, избыточной массой тела или ожирением, гиперурикемией, недостаточностью кровообращения и при снижении функции щитовидной железы Эти признаки . часто представлены у больных в сочетании.

#### **Заключение:**

Снижение АД у больных ГБ в сочетании с БИМ, особенно при наличии другой патологии, относящейся к факторам риска ИБС, следует проводить медленно и под контролем суточной динамики частоты и длительности БИМ в сопоставлении с АД.

**8.5. ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ДЕПРЕССИИ**

Ливенцева М.М., Нечесова Т.А., Павлова О.С., Коробко И.Ю., Горбат Т.В., Айзберг О.Р.

РНПЦ «Кардиология», БелМАПО

**Введение(цели/задачи):**

Лица с высоким нормальным артериальным давлением (АД) 130-139/85-89 мм рт.ст.рассматриваются как потенциальные участники формирования высокой заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то же время в популяции чрезвычайно распространенным заболеванием становится депрессия.Целью исследования явилось изучить частоту встречаемости высокого нормального АД и депрессии у лиц с высоким нормальным АД, выявить взаимосвязь социально-демографических и кардиоваскулярных факторов риска этих заболеваний.

**Материал и методы:**

Проанализировано 8545 карт амбулаторного наблюдения работающих на двух промышленных предприятиях. В 983 (!!,5%) случаях выявлено высокое нормальное АД. Выявленные лица проанкетированы с уточнением данных о поле, возрасте, семейном положении, наличии детей, социально-трудовом статусе, уровнях образования и дохода, курении, употреблении алкоголя, наследственности, уровне физической активности, перенесенных психотравмирующих событиях в течение последнего года, уровне психоэмоционального стресса, весе, росте, окружности талии, индексе массы тела. Для выявления и цифрового выражения депрессивных расстройств применена шкала-опросник Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D).

**Результаты:**

Отклик на тестирование составил 88,0%. Из 865 лиц с высоким нормальным АД у 265 человек (30,6%) было выявлено 19 баллов и выше по шкале CES-D. Лица с высоким нормальным уровнем АД были разделены на две группы в зависимости от количества баллов, набранных по опроснику CES-D. В 1 группу вошли лица с количеством баллов по шкале депрессии (D) менее 19, во 2 группу – 19 и более баллов. Первую группу составило 600 человек ( $D = 13,4 \pm 0,66$  баллов), вторую – 265 человек ( $D = 22,2 \pm 0,59$  баллов,  $p < 0,001$ ). Лица в обеих группах не различались по полу и возрасту, семейному положению, наличию детей, курению, уровню психоэмоционального стресса. У участников исследования из 2 группы достоверно чаще была отягощена наследственность (9,1% в 1 группе против 2 = 17,2,  $p \pm 63,2\%$  во 2 группе,  $< 0,001$ ), они достоверно чаще не употребляют алкоголь (6,1% в 1 группе против 47,4% во 2 группе, 12,3,  $p < 0,001$ ) и имеют низкий уровень физической активности (3,0% в 1 группе против 42,1% во 2 группе,  $< 0,001$ ).

**Заключение:**

Лица с выявленной депрессией и высоким нормальным АД по сравнению с таковыми без депрессии достоверно чаще имеют отягощенную наследственность по ССЗ, низкий уровень физической культуры и чаще не употребляют алкоголь

**8.6. ДИНАМИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Махкамова Н.У., Ходжаев А.И., Ходжаев А.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, МЗ РУЗ

**Введение(цели/задачи):**

Оценить динамику цереброваскулярных осложнений (ЦВО) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) при 3х месячной антигипертензивной терапии.

**Материал и методы:**

Обследованы 20 больных обоего пола с АГ I-III степени и наличием ЦВО. Средний возраст больных составил  $52,5 \pm 6,2$  лет. В среднем уровень систолического АД составил  $160,7 \pm 12,1$  мм рт.ст., а диастолического  $92,3 \pm 8,82$  мм рт.ст. До и после 3х месячной терапии лерканидипином (леркамен) в дозе 10-20 мг/сут проводились клинические, нейрофизиологические (РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭС) исследования и суточное мониторирование АД (СМАД).

**Результаты:**

Исходно все больные предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, снижения памяти, нарушение ночного сна. В динамике целевого уровня АД удалось достигнуть у 71,7% пациентов ( $p < 0,005$ ). У остальных пациентов через 2 недели проводили постепенное титрование дозы лерканидипина до 20 мг/сут. Улучшились параметры суточного профиля АД: снижение уровня суточного САД и ДАД на 17,6 и 10% соответственно ( $p < 0,05$ ), улучшение показателей вариабельности дневного и ночного САД 25,3 и 30,1% ( $p < 0,05$ ), индекса времени дневного и ночного САД на 41,2 и 40,3% ( $p < 0,05$ ), увеличение суточного индекса САД на 38,4% ( $p < 0,05$ ). Головные боли сохранялись только у 6 (15%), головокружение у 4 (9,7%) пациентов. Улучшение памяти отметили 12,3% больных, качества и продолжительности ночного сна 28,4% пациентов. Объективно отмечены уменьшение степени пареза VII и или XII пар ЧМН, регресс симптомов орального автоматизма и сухожильной анизорефлексии и улучшение дискоординаторных расстройств у 1/3 больных. Данные нейрофизиологических исследований выявили полный регресс симптомов внутричерепной ликворной гипертензии, снижение на 50% признаков затруднения венозного оттока из полости черепа, улучшение биоэлектрической активности головного мозга у 60% больных.

**Заключение:**

Применение лерканидипина в качестве гипотензивного средства у больных АГ с ЦВО оказывает положительное влияние на церебральный кровоток, действуя как на артериальную, так и на венозную систему головного мозга.

**8.7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТЮМЕНИ У ЛИЦ С УСТОЙЧИВЫМИ БАЗОВЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ**

Наймушина А.Г., Соловьева С.В.

ГОУ ВПО Тюменский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Введение(цели/задачи):**

В настоящее время, многие ученые объясняют связь между артериальной гипертензией (АГ) и такими факторами риска как социальная угнетенность, материальные трудности, про-

фессиональные психологические перегрузки. В то время как исследований распространенности АГ у лиц с устойчивыми базовыми социальными характеристиками (высокий уровень образования, профессиональная адаптация и стабильный брачный статус) нами встречено не было. Цель исследования: определить распространенность стресс-индуцированной АГ в открытой популяции г. Тюмени у лиц с устойчивыми базовыми социальными характеристиками.

#### **Материал и методы:**

Обследовано 5274 человек в возрасте 25-55 лет. Проведено комплексное клиничко-анамнестическое и стандартное кардиологическое исследование (измерение АД, вычисление ИМТ, ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ почек, определение уровня холестерина и глюкозы, исследование глазного дна). Психодиагностическое тестирование включало: метод прямого опроса (Хомская Е. Д., 1998), измерение уровня тревожности по J. Taylor (1953), определение стрессоустойчивости по методу Т. Н. Holmes, R. H. Rahe (1967, 1982).

#### **Результаты:**

По результатам дифференциального клиничко-анамнестического анализа была сформирована выборка мужчин и женщин в состоянии длительного психоэмоционального стресса (ПЭС) с устойчивыми базовыми социальными характеристиками. На основании метода прямого опроса и определения стрессоустойчивости по методу Т. Н. Holmes, R. H. Rahe (1967) была выявлена прямая причинно-следственная связь возникновения артериальной гипертензии и ПЭС. Распространенность АГ у женщин составила 37,7% и была в два раза ниже, чем у мужчин (84%). В возрастной группе 25-34 года распространенность АГ у мужчин составила 14,22%, у женщин - 4,36%, в возрасте 35-44 лет распространенность АГ у мужчин была 29,58 %, у женщин - 10, 67%. У мужчин и женщин в возрасте 45-55 лет распространенность АГ была соответственно 40,20% и 22,75%. Интенсивный показатель распространенности указывал на то, что с возрастом частота АГ увеличивалась как у мужчин, так и среди женщин.

#### **Заключение:**

Определен высокий риск психоэмоционального стресса как независимого фактора риска формирования артериальной гипертензии у лиц активного трудоспособного возраста с устойчивыми базовыми социальными характеристиками.

### **8.8. ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО РЕЗЕРВА ЛЕГКИХ И ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

Иванов С.Н., Волкова Т.Г., Нарциссова Г.П., Волков Р.В., Горбатов Ю.Н., Курьгина С.В.

ФГУ «НИИ патологии кровообращения» г. Новосибирск

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить влияние силденафила на резервные возможности сосудов легких и оценить возможности современной фармакотерапии в коррекции резидуальной легочной гипертензии (ЛГ) у детей с врожденными пороками сердца (ВПС).

#### **Материал и методы:**

Обследованы 75 детей с ВПС, отягощенными высокой ЛГ. Для определения операбельности больных проводили зондирование полостей сердца с расчетом Qp/Qs, общелегочного сопротивления и легочной резистивности при пробе с кислородом.

Дополнительно проведен острый лекарственный тест с силденафилом (Виагра®, Pfizer). До и пике действия препарата по данным эхокардиография рассчитывали систолическое давление в правом желудочке, величину сброса крови, а так же значения пульсоксиметрии.

#### **Результаты:**

Положительные пробы с кислородом и/или с силденафилом указывали на сохранение функциональных резервов сосудов легких и наблюдались у операбельных детей с ЛГ II-III степени. В раннем послеоперационном периоде при выраженной сердечной недостаточности и высокой ЛГ назначали милринон в дозе 0,05-0,1 мкг/кг /мин. внутривенно. В течение 1-7 дней лечения отмечалась положительная клиничко-функциональная динамика, что позволяло перевести пациентов на прием силденафила из расчета 0,25-0,5 мг/кг 3 раза в сутки. После коррекции порока давление в легочной артерии нормализовалось у 58% детей. В отдаленные сроки наблюдения признаки резидуальной ЛГ констатированы в 26,5% случаев. У 86% детей с ВПС наблюдалось снижение эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии менее 10%. Базальный уровень нитритов превышал 10 микромоль/л. В этих случаях рекомендовано длительное использование траклира (бозентан) из расчета 62,5 мг два раза в день с последующим увеличением дозы и контролем функции печени.

#### **Заключение:**

Таким образом, ингибиторы фосфодиэстеразы и траклир могут использоваться для определения степени операбельности больных с ВПС, а так же являются эффективными препаратами в коррекции резидуальной легочной гипертензии.

### **8.9. ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СРЕДНЕГО И ВЫСОКОГО РИСКОВ**

Коньсбекова А.У., Джусипов А.К., Джунусбекова Г.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней,  
Алматинский институт усовершенствования врачей

#### **Введение(цели/задачи):**

Оценить показатели временного и спектрального анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР) в зависимости от изменения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам различного типа у больных артериальной гипертензией среднего и высокого рисков.

#### **Материал и методы:**

В исследование включено 47 больных артериальной гипертензией 2-3 степени среднего и высокого риска (19 мужчин/28 женщин, средний возраст 53,7±3,28 лет, средняя продолжительность заболевания АГ составила 14,3±3,7 лет). Анализ ВСР проводился с помощью регистрации ритмограмм на аппаратно-программном комплексе «Полиспектр-12» («Нейрософт», Иваново). СРПВ измеряли методом сфигмографии по сосудам эластического (СРПВэ) и мышечного (СРПВм) типов на аппарате «Полиспектр-12» («Нейрософт», Иваново). Исследование проводили в первой половине дня, не менее чем через 2 часа после приема пищи, после 20-минутной адаптации пациента. Исследуемые пациенты были разделены на две группы в зависимости от показателя медианы распределения по уровню СРПВэ 8,37 м/с.

**Результаты:**

Во второй группе больных с уровнем СРПВ<sub>m</sub>>8,37 м/с выявлено снижение показателей тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы RMSSD и rNN50 по сравнению с группой больных АГ с меньшим уровнем СРПВ<sub>m</sub> (26,1±4,8 мс и 37,1±3,9, p<0,05, 8,1±5,12 и 13,7±6,4, p<0,05). При этом отмечено снижение общей ВСР (SDNN, CV) при увеличении показателей СРПВ<sub>m</sub> и СРПВ<sub>э</sub>. По результатам спектрального анализа с увеличением показателя СРПВ<sub>m</sub> и СРПВ<sub>э</sub> у больных АГ общая мощность спектра снижалась за счет уменьшения всех составляющих спектра (VLF, LF, HF). В группе с СРПВ<sub>э</sub>>8,37 м/с отмечено значимое увеличение симпатовагального индекса (LF/HF) преимущественно за счет снижения мощности спектра в диапазоне очень низких частот (VLF) и увеличения спектра низких частот (LF).

**Заключение:**

Анализ спектральных и временных показателей показал, что повышение показателей СРПВ по сосудам различного типа у больных с АГ среднего и высокого рисков сопровождается изменениями вегетативной регуляции в виде снижения общей ВСР, изменения симпатовагального баланса с увеличением симпатической и подавления парасимпатической активности вегетативной регуляции.

---

**8.10. ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНКЕТЫ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ» ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ**

Югай Н.В.

Южно-Казахстанская государственная  
медицинская академия

**Введение(цели/задачи):**

Разработать методологию оценки качества жизни больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне желчнокаменной болезни.

**Материал и методы:**

В исследование включено 32 больных артериальной гипертензией I-III степени с недостаточностью кровообращения I-III ФК на фоне желчнокаменной болезни, в возрасте от 38 до 69 лет, мужчин - 6, женщин - 26. Всем больным проводились общеклинические, биохимические, инструментальные исследования. Разработана анкета «Качество жизни больных АГ на фоне желчнокаменной болезни» для оценки качества жизни на основе адаптации официальных опросников и апробирована в рамках данного исследования. Анкета состоит из двух частей: первая часть оценивает функциональный статус больного и включает шкалы ограничений в связи с заболеванием, вторая часть включает вопросы о наличии субъективных ощущений. Определяли два интегральных показателя: индекс качества жизни по первой части и индекс тяжести болезни по второй части. Оценка показателей рассчитывалась до и после лечения, затем высчитывалась терапевтическая эффективность.

**Результаты:**

Разработка анкеты проводилась поэтапно согласно рекомендациям Межнационального центра исследования качества жизни: I. Разработка вопросов проведена на основании адаптации официальных опросников с последующим тестированием на больных. Тестирование не выявило никаких су-

щественных недостатков структуры, содержания и способа заполнения собственной анкеты. II. Оптимизация перечня вопросов собственной анкеты с сохранением: часто повторяющихся; представляющих наибольшую важность с точки зрения артериальной гипертензии и желчнокаменной болезни, выделенных факторным анализом. III. Предварительное тестирование проведено на 32 больных АГ на фоне желчнокаменной болезни до и после лечения. IV. Оценка психометрических характеристик. Показано, что анкета имеет высокие показатели надежности, валидности и чувствительности. V. Культурная адаптация.

**Заключение:**

Таким образом, разработанная методология оценки качества жизни может быть использована при сочетанной кардиологической патологии и заболеваниях желчного пузыря.

---

**8.11. ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОКОЛОСУТОЧНЫХ РИТМОВ АД НА ХРОНОТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ**

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

Тюменский кардиологический центр, МСЧ  
ООО ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ

**Введение(цели/задачи):**

Изучить изменения хронобиологических параметров циркадианных ритмов АД на 14 день хронотерапии лизиноприлом в зависимости от хронотипа артериальной гипертензии у больных с АГ 2 стадии, 2 степени (АГ2) в условиях заполярной вахты.

**Материал и методы:**

Обследовано 228 лиц мужского пола в возрасте 30- 59 лет, работников заполярной вахты. Из них здоровых лиц - 66 чел. и пациентов с АГ 2 стадии - 162 чел. Группы не различались по возрасту и стажу работы вахтовым методом. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК 2008 г. Во время первого приема всем обследованным СМАД выполнено на «чистом» фоне или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов и 41 пациенту с АГ 2 ст. на 14 сутки монотерапии лизиноприлом в дозе 5 -10мг/сутки. У 25 пациентов терапия была скорректирована с учетом хронобиологических параметров, 16 человек были пролечены в обычном режиме. Кроме стандартного был проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипа АД. На основании хронобиологических нормативных коридоров (хронодезмов) выделены 9 хронотипов нормо- и гипертензии: 1. нормотензия. 2. изонормотензия. 3. аллонормотензия. 4. МЕЗОР – гипертензия. 5. амплитудная гипертензия. 6. фазовая гипертензия. 7. аперидическая гипертензия. 8 фазовая МЕЗОР гипертензия. 9. амплитудно – фазовая гипертензия.

**Результаты:**

Первичное исследование показало, что наиболее распространенными хронотипами АД у здоровых лиц были нормотензия (43,9%), аллонормотензия (39,4%) и изонормотензия (10,6%). У лиц с АГ 2 ст. - МЕЗОР АГ (39,5%) и Фазовая МЕЗОР АГ (40,1%). Данное распределение подтвердилось высоким процентом нарушенного суточного профиля АД (non dippers и night peakers) как среди больных АГ, так и в группе контроля. На 10 день монотерапии лизиноприлом (без значи-



мого изменения суточной дозы приема) у лиц, лечившихся в режиме «хроно», на фоне лучшей клинической переносимости приема препарата отмечено более выраженное снижение суточных значений АД, особенно САД в ночные часы (на 11,9 мм рт.ст. против 6,0 мм рт.ст.) Значимое улучшение «хроно» характеристик: увеличение процентных вкладов и амплитуд ритмов АД на фоне смещения акрофаз на уровни физиологических часов (с ночи и раннего утра – на 12 – 16 часов) с уменьшением их «размытости». Уменьшение % вкладов экстрациркадианных составляющих ритмов АД.

#### **Заключение:**

В условиях заполярной вахты течение АГ характеризуется выраженным нарушением суточных ритмов АД. Хронокоррекция терапии лизиноприлом у больных АГ 2 ст. улучшает характеристики суточных ритмов АД, что способствует лучшей переносимости препарата и более существенному снижению АД.

### **8.12. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ РИГИДНОСТИ АРТЕРИЙ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Узунян Т.Г., Ароян С.А., Зелвеян П.А.

НИИ Кардиологии

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучение взаимосвязи между скоростью пульсовой волны (СПВ) – маркера ригидности артерий, и суточного профиля артериального давления (СПАД) у больных артериальной гипертонией (АГ) I и II стадий.

#### **Материал и методы:**

В исследование были включены 45 (25 мужчин) нелеченных больных с АГ в возрасте 25-70 (средний  $50 \pm 12$ ) лет. После проведения общеклинического обследования у больных измерялись артериальное давление (АД) с помощью anerоидного сфигмоманометра и суточного мониторирования (СМАД), каротидно-радиальная и каротидно-феморальная СПВ. Взаимосвязь между общеклиническими параметрами, СПАД и СПВ была оценена методом корреляционного анализа по Пирсону.

#### **Результаты:**

Межгрупповая разница между средними значениями каротидно-радиальной (КР) и каротидно-феморальной (КФ) СПВ не была статистически значимой ( $11,0 \pm 1,7$  и  $11,9 \pm 1,7$  соответственно). Практически все исследуемые больные имели избышек массы тела и более трети страдали ожирением. КФ СПВ (в отличие от КР СПВ) достоверно коррелировала с возрастом ( $R=0,69$ ,  $p<0,000$ ), но с другими антропометрическими и общеклиническими параметрами (индекс массы тела, уровни липидов и глюкозы в крови и др.), являющимися известными сердечно-сосудистыми (СС) факторами риска, значительной корреляции не было выявлено. Была обнаружена статистически значимая корреляция между уровнями среднесуточных систолического, пульсового и среднего АД и КФ СПВ ( $R=0,52$ ,  $R=0,40$  и  $R=0,49$  соответственно,  $p<0,05$ ) с сохранением достоверной корреляции между указанными показателями как в дневные, так и в ночные часы. Вариабельность систолического АД в дневные часы и КР СПВ также достоверно коррелировали между собой. Не было выявлено взаимосвязи между степенью ночного снижения АД и величиной СПВ, а также между показателями АД, измеренных в клинике.

#### **Заключение:**

Результаты исследования показали, что у больных АГ имеется статистически значимая взаимосвязь между каротидно-феморальной СПВ и АД, измеренного с помощью СМАД. С показателями ригидности артерий наилучшим образом взаимосвязаны величины систолического и пульсового АД.

### **8.13. ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ И МЕТОПРОЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ АРТЕРИЙ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Узунян Т.Г., Ароян С.А., Зелвеян П.А.

НИИ Кардиологии

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучение взаимосвязи между изменениями показателей ригидности артерий и суточного профиля артериального давления (СПАД) на фоне антигипертензивной терапии периндоприлом и метопрололом у больных артериальной гипертонией (АГ) I и II стадий.

#### **Материал и методы:**

В исследование были включены 45 (25 мужчин) нелеченных больных АГ в возрасте 25-70 (средний  $50 \pm 12$ ) лет. После проведения общеклинического обследования больные были рандомизированы на 2 группы: группа принимавших периндоприл ( $n=23$ ) и группа принимавших метопролол ( $n=22$ ). У больных проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и измерялась каротидно-радиальная и каротидно-феморальная скорости пульсовых волн (КР СПВ и КФ СПВ) до и после трехмесячной монотерапии периндоприлом (8 мг/сут) и метопрололом (50 мг/сут). Посредством корреляционного анализа по Пирсону была оценена взаимосвязь между изменениями СПАД и СПВ. Для оценки достоверности меж- и внутригрупповых различий проводили t-тест.

#### **Результаты:**

В обеих группах АД и СПВ достоверно понижались по сравнению с исходными величинами, причем КФ СПВ значительно замедлялась в 1-ой группе. По сравнению с периндоприлом метопролол более значительно влиял на систолическое АД (САД) и пульсовое АД (ПАД). Изменения КФ СПВ наиболее тесно коррелировали с изменениями среднесуточных САД и ПАД ( $R=0,63$  и  $R=0,65$  соответственно  $p<0,05$ ), а также со снижением диастолического АД (ДАД) в ночное время в группе периндоприла ( $R=0,49$ ,  $p<0,05$ ) и среднесуточного САД ( $R=0,46$ ,  $p<0,05$ ) в группе метопролола. Несмотря на максимальное влияние периндоприла на ДАД, коэффициент Пирсона между изменениями ДАД и КФ СПВ был минимальным. Снижение частоты сердечных сокращений под действием метопролола тесно ассоциировалось со снижением ригидности аорты ( $R=0,75$ ,  $p<0,05$  для КФ СПВ).

#### **Заключение:**

Оба антигипертензивных препарата достоверно уменьшают ригидность артерий. Наблюдалось АД-независимое снижение ригидности артерий под влиянием обоих лекарств. АД-опосредованное уменьшение артериальной ригидности было обусловлено понижением САД и ПАД, а также со степенью снижения ночного АД.



**8.14. ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС**

Туткушева Ж.Б., Сегизбаева А.К.

Национальный научный медицинский центр,  
г. Астана, Городская больница №2, г. Астана

**Введение(цели/задачи):**

изучить влияние сопутствующей артериальной гипертензии (АГ) на отдаленные клинико-функциональные и ангиографические результаты коронарного шунтирования (КШ) и стентирования (КС) у больных ИБС.

**Материал и методы:**

В исследование включено 96 больных ИБС. Из них 49 больным (1 группа) проведена баллонная ангиопластика со стентированием или прямое стентирование стентами «Yukon DES», 47 больным (2 группа) проведено шунтирование коронарных артерий с использованием аутоартериальных и аутовенозных кондуитов. В зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей АГ больные были разделены на подгруппы А и Б. Всем больным исходно, через 6 и 12 месяцев проведен тредмил тест, оценивались показатели METs, общее время выполнения непрерывной нагрузки, прирост «двойного произведения» (ПДП). Коронароангиография проведена исходно и через 6 месяцев после КС больным 1 группы, больным 2 группы – по показаниям. Статистические расчеты проведены с помощью пакета программ STATISTICA 5,5 (StatSoft) с использованием параметрических и непараметрических критериев. Показателем 0,05. Результаты статистической значимости служило значение p представлены в виде M±SD.

**Результаты:**

Через 12 месяцев наблюдения частота рецидива стенокардии в 1 группе была практически одинаковой, составив 27,6% в 1А и 25% в 1Б группах. Однако при ангиографическом исследовании рестеноз внутри стента был чаще у больных 1А группы (24,1%) в сравнении с больными без АГ (10%) (p=0,03). В 6,9% случаев больных 1А группы и 10% случаев больных 1Б группы рецидив стенокардии был за счет прогрессирования атеросклероза, у 5% больных 1Б группы - за счет неполной реваскуляризации. Необходимость в проведении повторной реваскуляризации составила 31% в 1А группе и 10% в 1Б группе. Через 1 год после КШ частота рецидива была также выше в группе больных ИБС с АГ (13,3%) в сравнении с больными без АГ (5,8%) (p=0,04). При исследовании толерантности к физической нагрузке (METs, общее время выполнения непрерывной нагрузки, ПДП) было выявлено значимое ее повышение через 6 и 12 месяцев после реваскуляризации методом КС и КШ. Динамика показателя METs в группе 1А была следующей: исходно 2,8±0,8, через 6 месяцев 4,8±1,8, через 12 месяцев 4,5±1,5 (p<0,05), в 1Б группе соответственно 3,3±0,3 - 5,7±1,9 - 5,4±2,4 (p<0,05), во 2А группе также 2,9±1,2 - 3,8±1,4 - 4,7±1,7 (p<0,05), во 2Б группе соответственно 3,4±1,2 - 6,3±1,9 - 7,1±1,7 (p<0,001). Изменения показателя ПДП носили аналогичный характер в 1А группе: 92,2±7,5 - 116,6±11,6 - 119,7±16,8 (p<0,05), в 1Б группе: 102,7±10,7 - 129,4±14,5 - 131,4±11,2 (p<0,05), во 2А группе: 93,4±8,1 - 121,4±14 - 125,3±15,9 (p<0,05), во 2Б группе: 103,1±6,2 - 132,2±7,3 - 135,9±7,4 (p<0,05). В то же время, при сравнительном анализе результатов нагрузочного теста в группах больных ИБС с АГ и без АГ были выявлены различия в соответствующих показателях METs и ПДП, что характери-

зовало меньшие адаптивные возможности к физической нагрузке у больных с сопутствующей АГ до и после операции реваскуляризации.

**Заключение:**

У больных ИБС, протекающей на фоне АГ выявлена большая частота рестеноза внутри стента после КС (24,1%) и рецидива стенокардии после КШ (13,3%) в сравнении с больными без АГ (10% и 5,8% соответственно). Необходимость в повторной реваскуляризации была в 3,1 раза выше у больных ИБС с сопутствующей АГ после КС, в сравнении с больными без АГ. Более низкие показатели тредмил теста у больных ИБС с сопутствующей АГ до и после реваскуляризации свидетельствуют о негативном АГ на коронарный резерв миокарда.

**8.15. КУПИРОВАНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Турдалин Н.Б., Бейсеева С.П., Жангелова Ш.Б.,  
Куттыгожин Е.Ж., Нурмакова М.А.,  
Попельная Л.А., Альмухамбетова Р.К., Енокян С.Г.

Городской кардиологический центр, г. Алматы, КазНМУ

**Введение(цели/задачи):**

При оценке распространенности гипертонических кризов (ГК) отмечается рост частоты вызовов скорой помощи и госпитализации за последние 3 года. Среди лиц с ГК преобладали женщины (84,2%), большинство (72%) не получали плановой гипотензивной терапии, а более 62% пациентов не имели целевого уровня АД, рекомендованного ВНОК. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности сублингвального приема метопролола (Эгилока) и тофизопама (Грандаксина) с целью получения быстрого эффекта при купировании ГК на догоспитальном этапе или в условиях приемного покоя городского кардиологического центра.

**Материал и методы:**

Мы использовали кардиоселективный бета-адреноблокатор метопролол (Эгилок, фирма «EGIS») сублингвально в дозе 50 мг и вегетокорректор Тофизопам (Грандаксин, фирма «EGIS») в дозе 100 мг, обладающий выраженным антитревожным эффектом у 181 больного при следующих состояниях: неосложненный ГК - 78 больных, сопровождающийся нормо- или тахикардией, при ГК с выраженной вегетативной и психоэмоциональной окраской - 57 больных, при ГК с острым коронарным синдромом - 46 больных. Особенно эффективна при ГК с острым коронарным синдромом комбинация изокета (10-20 мг внутривенно капельно в 400 мл физиологического раствора), эгилока (до 300 мг - суточная доза.) под контролем АД и ЧСС при различных видах тахикардий и грандаксина (до 100 мг).

**Результаты:**

Результаты исследования показали, что применение эгилока при нейро-циркуляторной дистонии, при так называемых «панических атаках», гипертонических кризах I типа у молодых лиц достаточно эффективно позволяет купировать гипертонический криз без осложнений. Показательным фактом является высокая эффективность Эгилока при лечении артериальной гипертонии у больных с хронической обструктивной болезнью легких, при этом применяемая доза до 200 мг не вызывает обструкции или ухудшения вентиляционной способности легких, что было подтверждено данными компьютерной спирометрии. Налицо четкие признаки снижения АД,

ЧСС, исчезновение субъективных жалоб (нехватки воздуха, похолодание и судороги конечностей и т.д.) при отсутствии побочных эффектов. Гипотензивный эффект - снижение САД и ДАД соответственно на 16,4% и 12,9% наступал в течение 15-30 минут, а также наступало улучшение субъективного состояния. Применение Эгилока и Грандаксина в 3 раза уменьшает частоту госпитализации и в 2,5 раза уменьшает количество повторных вызовов скорой помощи.

#### **Заключение:**

Применение эгилока и грандаксина позволяет отойти от привычного (в большинстве случаев вредного для здоровья больных) использования анальгетиков и типичных транквилизаторов на догоспитальном этапе. Учитывая наш опыт применения эгилока в сочетании с грандаксином, мы предлагаем использовать данную комбинацию препаратов для быстрого купирования ГК и вегетокоррекции при следующих состояниях: неосложненные ГК, ГК I типа (профилактика острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, отёка лёгких), нейро-циркуляторной дистонии с симпатоадреналовыми кризами, острый коронарный синдром в сочетании с тахикардиями, артериальной гипертензией, тиреотоксикозом. Антитревожный эффект грандаксина способствует более устойчивой стабилизации АД у больных с артериальной гипертензией и ИБС.

### **8.16. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Срождинова Н.З.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

#### **Введение(цели/задачи):**

В связи с высоким сердечно-сосудистым риском больные с метаболическим синдромом (МС) требуют более жесткого контроля АД с использованием комбинированных схем метаболических нейтральных препаратов. Цель исследования: Оценить антигипертензивную и антиремоделирующую эффективность комбинированной терапии амлодипином и моксонидином у больных МС.

#### **Материал и методы:**

В исследование включены 29 больных с МС. Средний возраст составил 48,7±11,2 лет. Критерии МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2005. Измерение офисного АД проводилось по методу Короткова. Всем больным проводилось ЭхоКГ с доплерографией для определения параметров внутрисердечной гемодинамики. Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) оценивалась с помощью теста реактивной гиперемии. Толщину комплекса интима-медиа (КИМ) определяли методом дуплексного сканирования. Микроальбуминурию (МАУ) определяли методом ИФА. Всем больным назначалась комбинированная терапия амлодипином (Норваск, «Пфайзер») и моксонидином (Физиотенз, «Солвей-Фарма») в течение 12-недель. Средняя доза амлодипина составила 7,9±2,3 мг/сут, а доза моксонидина была фиксированная 0,4мг/сут.

#### **Результаты:**

Исходные значения САД были 158,9±15,2 мм рт.ст., ДАД – 100,5±6,7 мм рт.ст., ЧСС 80,5±7,8 уд/мин. К концу 12-недельной терапии САД составило 128,6±7,7мм рт.ст. (p=0,000), ДАД – 84,7±6,2мм рт.ст., (p=0,000), ЧСС 68,8±8,9 уд/

мин (p>0,05), а степень снижения САД составила 18,53±7,65%, ДАД 15,47±7,86%, ЧСС достоверно не менялся. На фоне терапии наблюдалась существенная динамика параметров внутрисердечной гемодинамики. Так, ММЛЖ в процессе терапии уменьшилась на 13,47±5,22%, (327,7±64,9г против 283,1±56,7г, p=0,000), а ИММЛЖ уменьшился на 13,47±5,31% (162,4±36,6г/м2 против 140,5±32,7г/м2, p=0,000). В целом количество больных с ГЛЖ снизилось до 20 (68%) против 25 больных (86,6%) на исходе ( $\chi^2=1,586$ ; p=0,208). Также отмечалось улучшение диастолической релаксации по динамике ВИР до 0,11±0,04мс против 0,13±0,04мс на исходе (p=0,027). На фоне терапии отмечалось улучшение ЭЗВД с приростом диаметра плечевой артерии от 4,05±5,6 до 10,0±4,8% (p=0,002). Указанная динамика ЭЗВД сопровождалась положительным изменением в снижении толщины КИМ от 0,89±0,22 до 0,8±0,21мм (p=0,000) и коррекцией уровня МАУ от 19,44±17,9 до 11,77±8,97мг/л (p=0,001).

#### **Заключение:**

Комбинированная терапия амлодипином с моксонидином способствует достоверной регрессии ГЛЖ, улучшению диастолических свойств ЛЖ, значительной положительной динамике ЭЗВД и сдерживанию процесса ремоделирования сонных артерий по толщине КИМ, а также полному контролю МАУ.

### **8.17. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

Салимова Н.Р., Ходжаев А.И., Худайбердыева У.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии РУз МЗ

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить эффективность аутогенной тренировки (АТ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с психопатологическими расстройствами невротического уровня (ПРНУ).

#### **Материал и методы:**

Обследованы 80 больных АГ I-II степени обоего пола (средний возраст 54,8±5,8 лет) с ПРНУ на фоне базисной антигипертензивной терапией (БАГТ) бисопрололом и индапамидом. Далее больные разделены на две группы. В основной группе (n=50) проводилась АТ, модифицированная авторами с учетом языковой принадлежности, этнических и культуральных особенностей жителей среднеазиатского региона. Сеансы АТ проводились лечащим врачом в подгруппах (n=8-10) в удобном для пациента положении по 30-45 минут ежедневно, № 10. Контрольная группа (n=30) получала только БАГТ. Для оценки эффективности лечения использовались результаты общеклинических, неврологических, психодиагностических (шкалы тревоги Спилбергера и депрессии Цунга) исследований и суточного мониторинга АД.

#### **Результаты:**

Сравнительный анализ полученных результатов показал, что в основной группе с улучшением психологического состояния целевое АД достигнуто у 50% больных на фоне БАГТ, у 30% - со снижением ее дозы или переходом на монотерапию, еще у 20% - с повышением дозы БАГТ. В результате в основной группе выраженная гипотензивная эффективность достигла 80%. При этом АТ наиболее благоприятно влияла на тревогу, фобию и тревожную депрессию, нежели депрессивно-

ипохондрические и анозогнозические расстройства. В контрольной группе целевое АД достигнуто на фоне БАГТ в 40% случаев, а в 60% случаев - уже с увеличением ее дозы. Т.е. выраженный эффект БАГТ в группе контроля оказался в два раза ниже, нежели в основной группе ( $P < 0,01$ ).

**Заключение:**

У больных АГ с ПРНУ использование АТ позволяет в ранние сроки увеличить долю больных с выраженным эффектом БАГТ благодаря достоверному улучшению психологического состояния и повышению доверия (приверженности) пациента к врачу и лечебному процессу в целом.

**8.18. ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Салимова Н.Р., Ходжаев А.И., Сарманов Ф.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ РУЗ МЗ

**Введение(цели/задачи):**

Изучить динамику психопатологических расстройств неврологического уровня (ПРНУ) у больных артериальной гипертензией (АГ) при различных вариантах многокомпонентной антигипертензивной терапии (АГТ).

**Материал и методы:**

У 180 больных АГ (средний возраст  $56,9 \pm 6,7$ ) прослежена динамика ПРНУ на фоне АГТ. Всем больным проводились исследования кардиологического, психовегетативного статуса по общепринятым методикам до и после 3-х месячного лечения с включением мониторинга АД, психодиагностических тестов различной целевой направленности. В качестве базисной терапии (БТ) все больные получали бисопролол (2,5-5 мг/с) и индапамид (2,5 мг/с). Далее группы различались по третьему гипотензивному препарату: БТ+моксонидин 4 мг/с ( $n=45$ ), БТ+эпросартан 600 мг/с ( $n=45$ ), БТ+антагонисты кальция амлодипин 5-10 мг/с ( $n=52$ ) или нифедипин 30 мг/с ( $n=38$ ). Группу контроля составили 30 больных с БТ.

**Результаты:**

Исходно у 170 (94,4%) больных АГ диагностированы ПРНУ: тревожная депрессия у 35,6%, тревога - у 30,6%, ипохондрия - у 11,1%, обсессивная фобия -10,6%, анозогнозия (7,2%). В динамике лечения у больных, получавших БТ+моксонидин отмечался достоверный регресс ПРНУ легких степеней с устранением психовегетативной неустойчивости и панических атак ( $P < 0,05$ ). На фоне БТ+эпросартан достигнут регресс легких и умеренных степеней ПРНУ, больше у пожилых со стрессиндуцированной и изолированной систолической АГ ( $P < 0,05$ ). В группе БТ+антагонисты кальция отмечалась наиболее быстрая стабилизация психологического состояния, по сравнению с группами моксонидина ( $P < 0,05$ ) и эпросартана ( $P < 0,01$ ) в большей степени у социально активных лиц ( $P < 0,05$ ).

**Заключение:**

Влияние вариантов многокомпонентной АГТ на динамику ПРНУ может быть различным. Моксонидин в большей степени приводит к редукции вегетативной неустойчивости и панических атак; эпросартан эффективен при стрессиндуцированной лабильности психосоматического состояния; антагонисты кальция благоприятны в плане устранения вариабельности настроения.

**8.19. НЕЙРОПРОТЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ**

Нурмакова М.А., Жангелова Ш.Б., Тукбаева А.Г.,  
Енокян С.Г., Косанова А.К., Зиманова Г.С., Токтаров Б.С.

КазНМУ им. Д. Асфендиярова, ГКЦ, г. Алматы

**Введение(цели/задачи):**

В настоящее время остро встает вопрос о поиске адекватных способов профилактики и лечения гипертонической энцефалопатии (ГЭ). Принципами профилактики и лечения ГЭ являются: постоянная антигипертензивная терапия с достижением целевого АД препаратами пролонгированного действия (24 часа), антиагрегантная терапия, нейропротективная терапия. Цель лечения артериальной гипертензии - снижение максимального риска развития ее осложнений (инсульт, инфаркт миокарда и др.) и смерти от них.

**Материал и методы:**

Под нашим наблюдением находилось 56 больных с артериальной гипертензией с проявлениями ГЭ в возрасте от 57 до 70 лет. Им поведено обследование в соответствии с протоколами диагностики и лечения, утвержденными Министерством здравоохранения РК (2008). В качестве гипотензивного препарата больные принимали бисопролол (Конкор) в дозе 5-10 мг. Высокая селективность обеспечивает безопасность Конкора у больных с сахарным диабетом, нарушениями периферического кровообращения, нарушениями липидного обмена, у курильщиков, а длительный период полувыведения обуславливает отсутствие синдрома отмены. Конкор безопасен у больных с нарушением функции печени и почек. В качестве антиагреганта больным был назначен кардиомагнил 75 мг, в связи с его меньшей токсичностью для слизистой ЖКТ и достаточно эффективной дозой. Это первая комбинация ацетилсалициловой кислоты с антацидом (гидроксид магния) в России и Казахстане. Минимально низкие, но доказанно эффективные дозы аспирина, соответствующие международным стандартам (75 и 150 мг), специальная форма таблетки 75 мг в виде "сердца", не противопоказан при язвенной болезни вне обострения с низким спектром побочных эффектов способствует профилактике сосудистых событий при артериальной гипертензии и ИБС. Также больным был назначен антигипоксант - актовегин в дозе 400 - 800 мл в/в капельно 10-14 дней, в сочетании с инновационным нейропротектором Цераксоном, который в назначался в дозе 1000 мг в/в капельно 1 раза в день.

**Результаты:**

Результаты исследования показали достоверное улучшение по всем исследуемым показателям субъективного и объективного статуса: стойкая стабилизация АД, адекватная антиагрегантная терапия по показателям коагулограммы, улучшение кровоснабжения головного мозга по данным доплерэхографии сосудов головного мозга и улучшение когнитивных процессов согласно тест-опросников.

**Заключение:**

Таким образом, взаимно потенцирующее действие Актовегина и Цераксона позволяет рассматривать эту комбинацию препаратов, как оптимальную и наиболее эффективную исходя из их различных, и вместе с тем взаимодополняющих защитных механизмов действия в условиях ишемии головного мозга (Румянцев С.А.) Успех терапии церебро-васкулярных заболеваний зависит от активного выявления и устранения

основных факторов риска, а также раннего и адекватного назначения современных препаратов, улучшающих метаболизм и кровообращение головного мозга на фоне планового лечения АГ и антиагрегантной терапии.

## 8.20. КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ НЕБИЛЕТОМ

МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М., МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М.(млад)

НАМАНГАНСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП, УЗБЕКИСТАН

### Введение(цели/задачи):

Оценить у больных АГ клинические, гемодинамические эффекты длительного применения кардиоселективного β-блокатора 3-го поколения – небилета.

### Материал и методы:

Под наблюдением находились 20 больных (5 мужчин и 15 женщин; средний возраст-58,2±8,6 года). Длительность АГ составляет 12,5±7,6 года. У всех пациентов была избыточная масса тела. Средний уровень систолического АД составлял 170,0±2,7мм.рт.ст., диастолического АД- 92,8±1,8мм.рт.ст. У больных исходно отмечались гиперхолестеринемия (6,0±0,6ммоль/л) и гипертриглицеридемия (2,9±0,4ммоль/л). Все больные получали небилет в начальной дозе 2,5 мг/сут с последующим ее увеличением до 5 мг/сут до достижения целевого гипотензивного эффекта. Продолжительность терапии составила 12 недель.

### Результаты:

На фоне терапии небилетом отмечалось улучшение показателей липидного обмена: нормализовался уровень ХС-4,2±1,3ммоль/л (p>0,05); уровень ТГ достиг 1,8±0,5ммоль/л (p>0,05). Через 12 недель терапии небилетом у 80% больных было достигнуто целевое АД, в том числе у 67% больных целевое АД наступило уже на 4-5 недели лечения. Уменьшилась степень нагрузки давлением, нормализовались показатели вариабельности АД в ночные часы, а также пульсового АД в дневные и ночные часы.

### Заключение:

Таким образом, небилет обладает высоким гипотензивным эффектом. Кроме того, установлено положительное действие небилета на липидный обмен, что особенно важно для данной категории больных.

## 8.21. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

КУДРАТБЕКОВ А.А., СОИБНАЗАРОВ Х., СУЛАЙМОНОВ Х.М., РАМИХУДОВА Н., ШОЗОДАЕВА З.

ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, Г. ХОРОГА, ТАДЖИКИСТАН, ОБЛАСТНОЙ КАРДИОЦЕНТР ГБАО, ФОНД АГАХАНА (ЗДРАВООХРАНЕНИЕ), НЦССХ ИМ. А.Н.БАКУЛЕВА

### Введение(цели/задачи):

Горно-Бадахшанская Автономная Область(ГБАО) является высокогорным регионом Таджикистана(2-7000метров) и составляет 43% территории Таджикистана. Учитывая особенностей ГБАО поставлены следующие задачи:1. Выявить распространённость и факторы риска артериальной гипертензии(АГ)с учётом особенностей региона (традиции, диета, привычки)2. Разработать меры профилактики с учётом местной особенности(изменение образа

жизни).3.Обучение терапевтов и врачей первичного звена современным методом диагностики и лечения. 4.Подготовка материала(брошюр).

### Материал и методы:

ВГБАО имеются 29000 дворов и 206000 населения. Нами исследованы 4500 человек, в возрасте >18 лет. Мужчин -1769(39,3%), женщин- 2731(60,7%). Только 2200 обследуемых(48,9%) раньше измерили у себя АД,60% знали о наличии у себя АГ.Курением в основном занимались мужчины-380(21,5%) человек, из них 18,6% традиционно курили «нас». В лечении в основном принимали нифедипин,метилдопа,обзидан и атенолол. Исследование включало: измерение АД, роста, веса и анкетирование. АГ определялся как систолическая>140мм.рт.ст., так и диастолическая>90 мм.рт.ст.

### Результаты:

Распространённость АГ была 17%(765 человек), У 125 обследуемых(16%) АГ сочеталась с ожирением 2-3ст. У женщин АГ было значительно меньше, чем у мужчин(13% и 21%), соответственно. 21% АГ отмечалась в возрасте 60-69 лет. У курильщиков «наса» АГ отмечалась-47%. 70% лечились от АГ препаратом нифедипина 10мг,и 50% метилдопой, которые раздаются бесплатно по линии гуманитарной помощи.

### Заключение:

Распространённость АГ среди женщин было меньше, чем у мужчин в связи с наличием вредных привычек у последних. Традиционная еда ширчай содержит в составе большое количество поваренной соли(по вкусу), является основным фактором развития АГ и жителей ГБАО. Непросвещённость населения о болезни, недостаток в профилактике и лечении АГ требует дальнейшего изучения и анализа институтами здравоохранения.

## 8.22. ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ТАХИКАРДИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

КАЛКАБАЕВА С.А.

ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

### Введение(цели/задачи):

гипертензивные кризы не часто привлекают внимание специалистов, так как рассматриваются в качестве эпизода гипертонической болезни. Тем не менее гипертензивные кризы (ГК) составляют около 20% вызовов бригад скорой помощи и тенденция к их уменьшению отсутствует. Цель исследования - создание эффективного способа купирования гипертензивных кризов сопровождающихся тахикардией, на догоспитальном этапе, позволяющего сократить сроки адекватного снижения артериального давления и снизить выраженность гипертензивных кризов и обеспечить профилактику сердечно-сосудистых катастроф.

### Материал и методы:

В исследование включили 96 больных (62 женщины и 34 мужчин в возрасте 55±4,1 года) с осложненным ГК и длительностью течения АГ 7,4 ±1,1 года. 45 больным дали в качестве β- адреноблокатора - метопролол (эгилок) в дозе 50 мг сублингвально (основная группа) и одновременно внутривенно ввели 40 мг фуросемид и 51 - группа препаратов, не относящихся к гипотензивным средствам: дибазол, папаверин, сульфат магния, но-шпа, платифиллин (контрольная группа);

Критериями эффективности были снижение АД на 22,8 - 26% в течение 30 минут.

**Результаты:**

Уменьшение выраженности клинических симптомов в исследуемых группах были разные. У больных основной группы боли в области сердца сохранились в 21,0%, учащенное сердцебиение – в 18,5%, тогда как в контрольной группе кардиалгический синдром составил 40,0%, а тахикардия 78,0%. Через 15 минут наблюдалось снижение у больных основной группы САД на 7,3 мм рт.ст., ДАД на 8,7 мм рт.ст., против контрольной группы, где САД снизилось на 1,6 мм рт.ст., ДАД на 3,3 мм рт.ст. Через 30 минут САД снизилось на 47,6 мм рт.ст. (26,0%) и ДАД на 23,8 мм рт.ст. (22,8%) от исходного у больных основной группы, в то время как в контрольной группе САД снизилось на 31,5 мм рт.ст. (17,3%), а ДАД на 13,3 мм рт.ст. (12,8%).

**Заключение:**

Комбинированное назначение Эгилока содержащего метопролол под язык и фуросемида при купировании гипертензивного криза, протекающего на фоне тахикардии, способствует мягкому адекватному снижению АД при хорошей переносимости, при отсутствии побочных эффектов и не вызывает лекарственной гипотонии, опасной в плане ишемии органов мишеней при артериальной гипертензии. В оснащении бригад скорой помощи для эффективной терапии гипертензивных кризов должен быть внесен Эгилок, содержащий метопролол.

**8.23. ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Ибакова Ж.О., Джусипов А.К., Джунусбекова Г.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, АГИУВ

**Введение(цели/задачи):**

Оценить особенности суточного ритма артериального давления (АД) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы:**

Обследовано 79 пациентов с ЭГ I-III степенями, 2-3 факторами риска, из них у 34 больных отмечено сочетание ЭГ с ХОБЛ (1 группа), у остальных 45 пациентов бронхолегочная патология отсутствовала (2 группа). Наличие ХОБЛ устанавливали по критериям GOLD (2006 г.) с исследованием функции внешнего дыхания на спирографе «Micro Lab» (Великобритания). Оценку циркадного ритма АД проводили в ходе 24-часового суточного мониторирования АД (СМАД) с использованием портативного аппарата «VPLab» (Россия). Исследование осуществляли в конце двухнедельного «отмывочного» периода.

**Результаты:**

Сравнительный анализ циркадного ритма АД у больных 1 и 2 групп наблюдения показал значимое повышение среднесуточных значений систолического (САД) и пульсового АД, суточного индекса диастолического АД (ДАД), ночной вариабельности и степени утреннего подъема САД у больных АГ в сочетании с ХОБЛ. При проведении анализа групп по типам индивидуального суточного ритма АД выявлен во 1 группе меньший процент пациентов с нормальным (дипперы) и недостаточным снижением ночного давления (нон-дипперы), что обусловлено преобладанием лиц с ночной гипертензией (найтпикеры), а также наличием больных с чрезмерным ночным снижением и выраженным утренним подъемом артериально-

го давления (овер-дипперы). В этой группе установлены значимые корреляционные связи показателей СМАД и функции внешнего дыхания. Индекс Тиффно - соотношение объема форсированного выдоха за первую секунду к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ1/ФЖЕЛ) - обратно коррелировал со среднесуточным САД ( $r=-0,72$ ;  $p=0,002$ ), индексом времени ДАД за сутки ( $r=-0,61$ ;  $p=0,018$ ). ОФВ1 был связан с суточным индексом САД ( $r=0,56$ ;  $p=0,03$ ). ФЖЕЛ обратно коррелировала с величиной утреннего подъема ДАД ( $r=-0,33$ ;  $p=0,027$ ) и прямо с суточным индексом САД ( $r=0,35$ ;  $p=0,05$ ).

**Заключение:**

Коморбидность АГ и ХОБЛ усиливает нарушения циркадного ритма АД, что повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

**8.24. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В Г. ЕРЕВАНЕ**

Зелвеян П.А., Подосян Г.А., Ордян К.А., Подосян А.А.

НИИ кардиологии, Армянская мед.

АССОЦИАЦИЯ, ЦЕНТР ПРОФ. КАРДИОЛОГИИ

**Введение(цели/задачи):**

Исследование «Скрининг артериального давления и опрос взрослого населения г. Еревана» проводилось в 2004 г. среди 748 случайно выбранных жителей. В 2007 г. для рескрининга в данной популяции рандомизированным методом был отобран 121 житель, из которых 74 пациента страдали артериальной гипертензией (АГ). Цель: Оценка изменений приверженности антигипертензивного лечения и контроля артериального давления (АД) у пациентов с АГ в течение последних 3 лет.

**Материал и методы:**

Во время домашних визитов, подготовленные специалисты измеряли АД и проводили опрос, используя специальные опросники. «Антигипертензивное лечение» определялось как регулярное использование антигипертензивных лекарств. В результате проведенного опроса пациенты с АГ были разделены на 4 группы. Первая группа состояла из 18 пациентов, получавших антигипертензивное лечение во время первого скрининга и продолжавших его получать, 2-ая группа состояла из 5 пациентов, прекративших его получать, в 3-ей группе было 27 пациентов, ранее не получавших лечения, но начавших на данный период его получать и наконец, в 4-ую группу были включены 24 нелеченых пациента.

**Результаты:**

В 2004 только 23 пациента с АГ (31% выборки) получали антигипертензивное лечение, а АД эффективно контролировалось лишь у 39% из них. По результатам рескрининга 45 пациентов (60,8% выборки) получали антигипертензивное лечение, среди них АД успешно контролировалось у 44,4%. Не было выявлено статистически значимых отличий между средними значениями АД в 1-ой и 4-ой группах как по данным скрининга (2004 г.), так и рескрининга (2007 г.), в то время как в 1-ой группе средние значения АД были достоверно ниже по сравнению с остальными группами.

**Заключение:**

Результаты рескрининга показывают, что в течение последних трех лет приверженность антигипертензивного лечения у больных с АГ удвоилась, была также увеличена степень контролируемости АД у указанных больных.

### 8.25. ГИПОТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЛЕРКАНИДИПИНА С ЭПРОСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ЭГ

ЗАКИРОВА Ф.А., КАРИМОВА Б.Ш.,  
ХАФИЗОВА Л.Ш., ЕЛИСЕЕВА М.Р.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

#### Введение(цели/задачи):

Оценить гипотензивную и органопротективную эффективность трехмесячной комбинированной терапии леркамена с теветеном.

#### Материал и методы:

В исследование были включены 18 больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) I-III степени (ВОЗ/МОГ, 1999) со средним возрастом  $43,07 \pm 14,09$  лет, с длительностью заболевания –  $3,83 \pm 2,95$  лет. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ультразвуковой системы «SONOLINE VERSA PRO». Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при индексе миокарда левого желудочка (ИММЛЖ)  $> 125 \text{ г/м}^2$ . Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра ( $\Delta D\%$ ) плечевой артерии. Степень микроальбуминурии (МАУ) определялась полуколичественным методом иммуно-ферментного анализа (ИФА). Всем больным назначалась комбинированная терапия лерканидипина (Леркамен, фирма “Berlin-Chemi”, Германия) с эпросартаном (Теветен, фирма “Solvay-Pharma”, Германия). Терапия продолжалась в течение трех месяцев. Критерием целевого снижения артериального давления (АД) было САД  $< 140$  мм рт. ст., ДАД  $< 90$  мм рт. ст. Результаты исследований подвергались статистической обработке на основе программы BIOSTATISTICS.

#### Результаты:

На фоне трехмесячной комбинированной терапии отмечен отличный гипотензивный эффект при хорошей переносимости препарата. Снижение САД в целом по группе составило  $15,98 \pm 3,92\%$ , ДАД –  $16,9 \pm 6,92\%$ , АДср –  $16,6 \pm 4,7\%$ . Целевой САД достигнут у  $76,5\%$  больных, ДАД у  $70,6\%$  больных. Органопротективная эффективность терапии выражалось снижением ИММЛЖ на  $14,5$  г и улучшением ЭЗВД, снижением степени МАУ до  $10,09 \pm 11,6$  мг/л, без изменений уровня липидов крови.

#### Заключение:

В процессе трехмесячной комбинированной терапии леркамена с теветеном отмечена высокая гипотензивная эффективность препарата на фоне хорошей переносимости. Органопротективная эффективность терапии ассоциировалась регрессией ГЛЖ и улучшением ЭЗВД, при этом препарат оказался метаболически нейтральным.

### 8.26. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ЖУСУПОВА Г.К., ЗАГОРУЛЯ Н.Л., АБЫЛКАСЫМОВА Г.У.

АО Медицинский Университет Астана, РДЦ

#### Введение(цели/задачи):

#### Материал и методы:

Оценка структурно-функциональных особенностей сердца в зависимости от гемодинамического типа сердечной недостаточности (СН) проведена по результатам эхокардиографии у

1129 пациентов с симптомами СН обусловленной артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) или их сочетанием. 1-ая группа - 182 пациента (16,1%) с систолической СН (ССН), 2-ая группа - 947 пациентов (83,9%) с диастолической СН (ДСН). Критериями ССН были наличие симптомов СН при фракции выброса (ФВ)  $< 50\%$ , ДСН – наличие симптомов СН при ФВ  $\geq 50\%$  и признаки диастолической дисфункции (ДД). Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0, использованы критерий Колмогорова-Смирнова, критерий  $\chi^2$ .

#### Результаты:

ССН и ДСН имеют особенности как по линейным и объемным показателям, так и по особенностям скоростных трансмитральных показателей, отражающих диастолическую функцию сердца (ДФ). Так, при ССН отмечается статистически достоверное превалирование линейных и объемных показателей левых отделов сердца и правого желудочка. При этом наиболее существенное различие отмечается по объемным показателям левого желудочка (ЛЖ), значительно меньше превалируют при ССН размеры левого предсердия и правого желудочка. При ДСН превалируют скоростные трансмитральные потоки и признаки гипертрофии ЛЖ, так ТМЖП при ДСН в 1,2 раза больше, чем при ССН. Чаще всего у пациентов с СН на фоне АГ и ИБС имеется концентрическая гипертрофия ЛЖ, несколько меньше эксцентрическая гипертрофия. Концентрическое ремоделирование ЛЖ чаще встречается при ДСН, при ССН преобладает эксцентрическая гипертрофия. При анализе особенностей ДФ выявлено, что у 123 (67,6%) пациентов из 182 с ССН имеются различные варианты ДД ЛЖ. Частыми вариантами ДД были рестриктивный (30,22%) и псевдонормальный (28,9%), при ДСН преобладал (78,35%) псевдонормальный тип ДД, типы с замедленной релаксацией и рестриктивный были представлены в равной степени.

#### Заключение:

Для ССН характерно увеличение объемных показателей, тогда как особенностями ДСН являются признаки ГЛЖ и изменение скоростных трансмитральных показателей. При СН, обусловленной АГ и ИБС как правило имеются признаки ремоделирования ЛЖ, при этом для ДСН более характерно наличие концентрической гипертрофии ЛЖ.

### 8.27. ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ И КОРРЕКЦИЯ СИМПАТИКОТОНИИ ВО ВРЕМЯ ПЛАНОВОГО СТРЕССА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ЖАНГЕЛОВА Ш.Б., ДАУЛЕТБАКОВА М.И.,  
ЗИМАНОВА Г.С., ПОПЕЛЬНАЯ Л.А., ТУЯКБАЕВА А.Г.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.  
С.Д. АСФЕНДИЯРОВА, ГОРОДСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

#### Введение(цели/задачи):

При разработке методов профилактики и коррекции планового стресса (тестирование и сдача экзаменов согласно расписания) следует учитывать особенности вегетативной нервной системы у лиц студенческого контингента. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение терапевтической эффективности вегетокорректора нового поколения – тофизопама (Грандаксина, фирма EGIS, Венгрия)

#### Материал и методы:

Обследовано 68 студентов в возрасте от 18 до 21 года, у которых были выявлены симптомы симпатикотонии, повы-

шенной тревожности, повышение АД при плановом стрессе – сдаче экзаменов или тестировании. Осведомленность о наличии АГ у подростков 12%, а гипотензивную терапию никто из подростков не получал. Диагноз стресс-индуцированной артериальной гипертензии был подтвержден данными суточного мониторирования артериального давления. Перед плановым стрессом назначали Грандаксин за 45-60 минут в дозе 150 мг. Контрольную группу составили 40 студентов, сопоставимых по возрасту и полу, которым во время планового стресса Грандаксин не назначали. Перед началом медикаментозного лечения мы получили информированное согласие подростка.

**Результаты:**

Результаты исследования показали, что применение Грандаксина при плановом стрессе позволило провести эффективную профилактику гипертензивного криза, снизить уровень тревожности и волнения, что существенным образом отражается на улучшении субъективного и объективного статуса пациентов во время сдачи экзаменов. В группе подростков со стресс-индуцированной артериальной гипертензией во время планового стресса и после в течение 24 часов на наблюдалось повышенного АД и ЧСС более 85 в минуту. Достоверные показатели были получены по снижению уровня АД и ЧСС во время планового стресса на фоне приема грандаксина. В день приема грандаксина эпизодов гипертонических кризов во время сдачи экзаменов не наблюдалось в группе подростков, у которых ранее во время сдачи экзаменов было зафиксировано повышение АД и ЧСС выше нормативных величин.

**Заключение:**

Применение вегетокорректора грандаксина для профилактики стресс – индуцированной АГ достоверно безопасно и оправдано у подростков студенческого контингента во время планового стресса (сдачи экзаменов). А уменьшение частоты эпизодов повышенного артериального давления снижает гемодинамическую нагрузку на органы – мишени при АГ, что в конечном итоге приведет к профилактике их поражения и более позднему становлению АГ.

---

**8.28. ВЕДУЩИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

Джунусбекова Г.А., Джусипов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК

**Введение(цели/задачи):**

Оценить ведущие единые механизмы развития сердечно-сосудистого и почечного ремоделирования при артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы:**

Обследовано 226 больных АГ I-III степени, 2-4 риска. Изучалась выраженность нейрогуморального дисбаланса, дисфункции эндотелия (ДЭ), оксидативного стресса (ОС), неспецифического воспаления и факторов роста (ФР) между 3 кластерами больных с различной степенью кардиоренального поражения (КРП), определяемого по выраженности сердечно-сосудистого ремоделирования и степени снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

**Результаты:**

По мере прогрессирования КРП при АГ отмечено снижение адаптивных реакций со стороны вегетативной нервной системы на фоне исходного преобладания симпатического тонуса.

Изучение ДЭ показало, что стадии умеренных КРП она проявляется в виде вазомоторной (снижение эндотелина-3 крови и эндотелийзависимой вазодилатации сосудов) и адгезивной (преобладание sICAM-1, sVCAM-1, E-селектина крови) типовых форм, а на стадии выраженных КРП присоединяется тромбофилическая форма (прирост адгезивности тромбоцитов и их индуцированной агрегации). Выраженность КРП определяется и степенью ОС – усилением свободно-радикальных процессов (увеличение общей концентрации перекисей, малонового диальдегида) на фоне снижения антиоксидантной активности (Cu/ZnSOD). Получены данные о вовлечении системного иммуновоспалительного процесса (повышение С-реактивного белка, фактора некроза опухоли- $\alpha$ , интерлейкина-8 крови) в патогенез КРП при АГ. Развитие КРП при АГ сопровождается повышенной экспрессией трансформирующего фактора роста- $\beta$  крови (TGF- $\beta$ 1) и нарушением соотношения компонентов системы MMP/TIMP. Выделение наиболее значимых патогенетических механизмов КРП при АГ проведено путем отдельного расчета отношения шансов каждого параметра с развитием гипертрофии левого желудочка и снижением СКФ < 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

**Заключение:**

Основными негемодинамическими механизмами формирования и прогрессирования КРП при АГ являются гипергомоцистеинемия, ДЭ, повышенная плазменная активность TGF- $\beta$ 1 и альдостерона.

---

**8.29. СКРИНИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Джунусбекова Г.А., Канатбаева А.Б., Кабулбаев К.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ

РК, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

**Введение(цели/задачи):**

Оценка частоты и структуры почечной дисфункции у больных с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы:**

Проведен анализ карт скрининга хронической болезни почек (ХБП) среди населения г. Алматы. Обследование проходило сплошным методом в 5 поликлиниках города. Измерялись рост, вес, артериальное давление (АД). Исследовалась произвольная порция мочи тест-полосками Combur10Test@UX, определялся креатинин (Кр) крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Cockcroft-Gault. Для анализа отобраны 3148 анкет лиц старше 18 лет.

**Результаты:**

АГ выявлена у 1759 человек, среди них преобладали мужчины, лица старшего возраста, повышенного питания, больные сахарным диабетом. Снижение почечной функции у больных АГ подтверждено преобладающим Кр и частотой протеинурии (ПУ). Однако в данной подгруппе была выше СКФ, что может быть обусловлено большей частотой гиперфильтрации. Действительно, в группе с АГ реже встречались больные с нормальной СКФ, преобладали лица с гиперфильтрацией и умеренным снижением СКФ, выявлен 1 пациент с терминальной почечной недостаточностью (ТПН). Анализ СКФ и частоты ПУ позволил выявить у 371 (26,6%) из 1393 больных с АГ (у которых определялась СКФ) ХБП. Среди пациентов с АГ больше больных с I и II стадиями ХБП. В отношении III-V стадий различий не выявлено.



**Заключение:**

Отмечена значительная частота дисфункции почек у пациентов с АГ. Так ПУ встречалась у 21% больных, изменение СКФ выявлено у 59,5% лиц с АГ. ХБП диагностирована у 26,6% больных АГ, из них I стадия - у 13,9%, II стадия - у 5,1%, III стадия - у 0,57%. У 1 больного АГ впервые была диагностирована ТПН. Результаты работы доказывают необходимость ранней диагностики почечной дисфункции у больных АГ и проведения адекватной нефропротективной терапии.

---

**8.30. УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Горбат Т.В., Нечесова Т.А., Ливенцева М.М.,  
Коробко И.Ю., Павлова О.С., Кузнецова Н.И.

РПНЦ «Кардиология», г. Минск

**Введение(цели/задачи):****Материал и методы:**

В исследование было включено 116 человек. Основную группу (n=41) составили лица, у которых различия между среднесуточными показателями систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД), полученными в рабочий и выходной дни при суточном мониторинге артериального давления (СМАД), были 6 и /или 3 и более мм рт. ст., что соответствовало диагностическим критериям стресс-индуцированной артериальной гипертензии (АГ). Контрольную группу (n=41) составили нормотензивные по результатам СМАД лица. В группу сравнения (n=34) были включены пациенты с АГ I-II ст. Группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы. Всем обследуемым было проведено СМАД в рабочий и выходной дни. Утренний уровень кортизола крови определяли иммуноферментным методом на анализаторе «Humareader» (норма- 140-600 нмоль/л). Уровень магния в плазме определяли колориметрическим методом на аппарате «Hitachi 902».

**Результаты:**

Среднесуточное АД лиц основной группы составило  $133 \pm 1,24/86 \pm 0,76$  мм рт. ст., у лиц контрольной группы -  $117 \pm 1,38/73 \pm 0,96$  мм рт. ст., у лиц группы сравнения -  $144 \pm 1,71/88,7 \pm 1,05$  мм рт. ст. соответственно. Прирост  $\Delta$ САД за сутки у лиц основной группы был 8 мм рт. ст.,  $\Delta$ ДАД за сутки - 6,6 мм рт.ст. Уровень кортизола у лиц основной группы (n=41) составил  $959,4 \pm 54,5$  нмоль/л, что достоверно выше ( $p < 0,0167$ ), чем у лиц контрольной группы (n=36) -  $687,2 \pm 53,15$  нмоль/л и у лиц группы сравнения (n=32) -  $638,3 \pm 53,42$  нмоль/л соответственно. Среди лиц со стресс-индуцированной гипертензией «гипомагниемия» (снижение концентрации магния в сыворотке крови ниже 0,87 ммоль/л) наблюдалась в 72% случаев, среди здоровых - в 21% случаев ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 3,4$ ), среди пациентов с АГ - в 57% случаев.

**Заключение:**

Пациенты со стресс-индуцированной гипертензией характеризуются достоверно более высоким уровнем кортизола, как маркера влияния стрессовых факторов, и достоверно более низким уровнем магния плазмы по сравнению с нормотензивными обследуемыми и с пациентами с АГ I-II степени.

---

**8.31. СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ**

Пушкарев Г.С., Акимова Е.В.

Филиал НИИК СО РАМН «Тюменский  
кардиологический центр»

**Введение(цели/задачи):**

Целью работы явилось изучение влияния уровней систолического артериального давления (САД) на относительный риск (ОР) сердечно-сосудистой смерти в открытой мужской популяции Тюмени.

**Материал и методы:**

Эпидемиологическое исследование было проведено стандартными методами на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан г. Тюмени 25-64 лет. В течение последующих 12 лет (1996-2008 гг.) вся обследованная мужская (795 человек) когорта 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. Оценивалось влияние уровней САД в квинтилях их распределения, на ОР смерти от ССЗ. Значение признака в первой квинтили было референсным. Статистический анализ проводился с помощью STATISTICA 6.0. Использовалась регрессионная модель Кокса, позволявшая определять величину ОР сердечно-сосудистой смерти в каждой квинтили относительно первой (референсной) и их 95% доверительный интервал.

**Результаты:**

Были получены следующие квинтили распределения для САД у мужчин: 1-ая квинтиль менее 120 мм рт.ст., 2-ая от 120 до 130 мм рт.ст. 3-ья от 130 до 140 мм рт.ст. 4-ая от 140 до 151 мм рт.ст 5-ая более 151 мм рт.ст. При построении регрессионной модели в зависимости от САД, ОР увеличивался от 2-ой квинтили к 5-ой квинтили. Для 2-ой квинтили ОР составил 1,9 (95% ДИ 0,7-4,7,  $p > 0,05$ ), для 3-ей ОР - 2,0 (95% ДИ 0,8-4,9,  $p > 0,05$ ), для 4-ой ОР - 2,9 (95% ДИ 1,2-7,0,  $p < 0,05$ ), для 5-ой ОР - 3,9 (95% ДИ 1,6-9,1,  $p < 0,005$ ). ОР сердечно-сосудистой смерти достоверно увеличивался с 4-й квинтили распределения САД, что соответствует 140 - 151 мм рт.ст и достигал максимума в 5-ой квинтили (более 151 мм рт.ст.).

**Заключение:**

Таким образом, в соответствии с моделью пропорционального риска Кокса, высокие уровни САД ассоциируются с высоким риском сердечно-сосудистой смерти у мужчин начиная со значений САД 140 мм рт.ст.

---

**8.32. АКТИВНОСТЬ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Полупанов А.Г., Романова Т.А.,  
Ческидова Н.Б., Джумагулова А.С.

НЦКТ им. Акад. М. Миррахимова при МЗ КР

**Введение(цели/задачи):**

Изучение терапевтической эффективности антагониста каль-

ция амлодипина с учетом активности кальциевых каналов в тромбоцитах.

**Материал и методы:**

Обследовано 25 больных эссенциальной гипертензией (ЭГ). Использовались методики суточного мониторирования артериального давления (АД), двухмерной эхокардиографии, а также определялись уровни базального и индуцированного  $Ca^{2+}$  в тромбоцитах с помощью флюоресцентного зонда фура-2. В качестве индуктора входа кальция в тромбоциты использовался аденозиндифосфат (АДФ) в концентрации 10 мкМ.

**Результаты:**

Лечение амлодипином (норваск фирмы «Pfizer», США) в дозе 5-10 мг/сутки продолжалось 6 месяцев. Больные ЭГ были разделены на 2 группы. В первую группу включены 18 пациентов, у которых под влиянием лечения среднесуточные величины среднего АД снижались на 10 мм рт.ст. и более. Вторая группа, состоящая из 7 пациентов, реагировала уменьшением среднесуточных величин среднего АД менее чем на 10 мм рт.ст. Эти группы отличались по фоновой активности кальциевых каналов. Так, у больных первой группы максимальный прирост внутриклеточного  $Ca^{++}$  при стимуляции АДФ достигал  $404,1 \pm 10,1$  нМ, а у второй группы -  $238,5 \pm 16,6$  нМ ( $p < 0,01$ ), хотя базальная концентрация свободного  $Ca^{++}$  в тромбоцитах у сравниваемых групп не различалась, но была достоверно выше, чем у здоровых лиц.

**Заключение:**

У больных с фоновой гиперактивностью кальциевых каналов применение антагонистов кальция обеспечивает более выраженную блокаду входа  $Ca^{++}$ , что сопровождается большей степенью гипотензивного эффекта и может использоваться в качестве предиктора терапевтической эффективности антагонистов кальция при лечении ЭГ.

---

**8.33. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Подпалов В.П., Счастливленко А.И.,  
Журова О.Н., Огризко Н.Н., Прокошина Н.Р.

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ, ВИТЕБСКАЯ ГОР. Б-ЦА №1

**Введение(цели/задачи):**

Целью работы явилось проведение скринингового исследования для мониторинга артериальной гипертензии (АГ) и достоверно значимых факторов риска ее развития для формирования первичной и вторичной профилактической модели данного заболевания среди неорганизованной городской популяции.

**Материал и методы:**

Для изучения распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний проведено одномоментное исследование среди неорганизованного городского населения в возрасте 18-59 лет, проживающего в районах обслуживания поликлиник № 3 и № 6 г. Витебска. В исследование включено 5 врачебных участков в поликлинике № 6 (1750 человек) и 6 врачебных участков в поликлинике № 3 (1800 человек), отобранных методом случайных чисел. Охват обследованием составил 95,7% (3399 человек). Обследование всего изучаемого контингента начинается с заполнения

разработанной регистрационной карты, которая включает: социально-демографические данные (возраст, профессия, семейное положение); антропометрию (рост, вес); стандартный опрос по кардиологической анкете для выявления сердечно-сосудистых факторов риска; измерения уровня артериального давления и частоты сердечных сокращений, показатели липидного скрининга, количественные уровни С-реактивного протеина и микроальбуминурии. Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA 5.0».

**Результаты:**

Изучение распространенности АГ по критериям ВОЗ/МОАГ, 1999 выявило высокую распространенность данной патологии в неорганизованной городской популяции. Достоверных различий в распространенности артериальной гипертензии между мужчинами и женщинами в изучаемой популяции выявлено не было. Так распространенность АГ среди мужчин  $2=0,9$ ;  $\chi^2$ составила 40,3%, а среди женщин 38,6% ( $df=1$ ;  $>0,05$ ). Изучена распространенность основных факторов риска АГ. Избыточная масса тела среди женщин составила 44,3%, а среди мужчин - 43,2% мужчин; наследственная отягощенность по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям среди женщин - 31,0%, а среди мужчин - 28,6%; вовлеченность в курение среди женщин 28,0%, а среди мужчин - 76,3%; злоупотребление алкоголем среди женщин - 6,9%, а среди мужчин - 32,7%; низкая физическая активность среди женщин - 37,6%, а среди мужчин - 24,9%; дислипидемии среди женщин - 44,9%, а среди мужчин - 45,1%; микроальбуминурия среди женщин - 20,6%, а среди мужчин - 15,7%. Распространенность АГ была достоверно взаимосвязана с возрастом ( $p < 0,001$ ), индексом массы тела ( $p < 0,001$ ), наследственной отягощенностью по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям ( $p < 0,001$ ), частотой сердечных сокращений ( $p < 0,001$ ), злоупотреблением алкоголем ( $p < 0,001$ ), С-реактивным протеином ( $p < 0,001$ ), низкой физической активностью ( $p < 0,001$ ), вовлеченностью в курение ( $p < 0,05$ ), общим холестерином ( $p < 0,05$ ) и отсутствием высшего образования ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

Таким образом, в связи с высокой распространенностью АГ и факторов риска ее развития в неорганизованной городской популяции, необходимо активное и индивидуализированное проведение первичной и вторичной профилактики этого заболевания.

---

**8.34. ТРЕХЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С ИЗЛИШНИМ ВЕСОМ**

Подосян Г.А., Ордян К.А., Зелвеян П.А.

Армянская медицинская ассоциация, Центр  
проф. кардиологии, НИИ кардиологии

**Введение(цели/задачи):**

Оценить риск развития артериальной гипертензии (АГ) у лиц с избытком массы тела среди взрослого населения г. Еревана.

**Материал и методы:**

Исследование «Скрининг артериального давления и опрос взрослого населения г. Еревана» проводилось в 2004 г. среди 748 случайно выбранных жителей г. Еревана. В результате исходного скрининга было выявлено 580 лиц с нормальным артериальным давлением (АД). В 2007 г. для рескрининга в

данной популяции рандомизированным методом были отобраны 179 жителей (статистическая сила – 0,8). Проводились измерения АД, веса и роста участников исследования, определен индекс массы тела (ИМТ). По уровню АД, измеренного во время рескрининга, участники были разделены на 2 группы: «А» – с нормальным АД (n=152), и «В» – с высоким АД (n=27). Статистический анализ результатов исследования был проведен с помощью Т-теста и Chi-квадратного теста.

#### Результаты:

По данным исходного скрининга средняя величина ИМТ в группе «В» была достоверно выше, чем в группе «А» (29,6±1,0 и 24,6±0,4 кг/м<sup>2</sup> соответственно). По данным рескрининга отмечалась тенденция к повышению ИМТ в обеих группах (30,4±1,0 и 25,1±0,4 кг/м<sup>2</sup> в группах «В» и «А» соответственно). Однако, несмотря на тенденцию повышения ИМТ, в группе «А» он был в пределах нормы. Из 92 участников исходного скрининга с нормальным ИМТ у 5 человек (5,4%) было обнаружено повышенное АД во время рескрининга, в то время как из 87 участников с избыточным весом у 22 (25,3%), во время рескрининга была выявлена АГ. Таким образом, в течение 3 лет риск АГ был увеличен в 4,6 раза среди лиц с высоким ИМТ по сравнению с лицами, имеющими нормальный ИМТ.

#### Заключение:

Исходя из полученных результатов можно заключить, что у взрослого населения г. Еревана избыточная масса тела четырехкратно увеличивает относительный риск развития артериальной гипертонии.

### 8.35. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КАНДЕСАРТАНом И ЭНАЛАПРИЛОМ у БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ в СОЧЕТАНИИ с АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Петелина Т.И., Гапон Л.И.,  
Стукалова Т.Г., Рычихина К.С.

ТЮМЕНСКИЙ КАРДИОЦЕНТР

#### Введение(цели/задачи):

Изучение влияния терапии кандесартаном и эналаприлом на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД), упругости сосудистой стенки и параметры перекисного окисления липидов у больных артериальной гипертонии (АГ) с абдоминальным ожирением (АО).

#### Материал и методы:

Обследовано 25 пациентов с мягкой и умеренной АГ в сочетании с абдоминальным ожирением (1гр. 15 человек – принимали кандесартан (16 мг/сут), 2 гр. 10 пациентов – эналаприл, 20 мг/сут. Обе группы сопоставимы по возрасту (44,68±1,02), стажу АГ, ИМТ, по офисному и среднесуточным показателям систолического и диастолического АД. Обследование проводилось на чистом фоне и через 4 недели терапии. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате АВРМ-04 венгерской фирмы Meditech. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) изучалась с использованием программного модуля «Поли-спектр – ФС» (Россия). Определяли показатели на каротидно-фemorальном (эластический тип артерий) и на каротидно-радиальном (мышечный тип артерий) сегменте (Сэ и См, соответственно), высчитывали модуль упругости по артериям эластического (Еэ) и мышечного (Ем) типов. Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивалось по влиянию на диеновые конъюгаты (ДК),

малоновый диальдегид (МДА), показатель антирадикальной защиты - супероксиддисмутаза (СОД).

#### Результаты:

Хороший гипотензивный эффект в 1 гр. составил по САД 61%, по ДАД 67%, во 2 гр. 52% и 64%. Целевой уровень достигли 62% и 61% пациентов, соответственно. По результатам СМАД выявлено достоверное снижение в обеих группах (p < 0,05) среднесуточного, среднедневного, средненочного САД и ДАД; индекса нагрузки временем и площадью САД и ДАД; среднедневного двойного произведения (ДП). В 1 гр. больных, получающих кандесартан, дополнительно зарегистрировано достоверное (p < 0,05) повышение процента лиц с адекватным суточным индексом (группа dipper СИ 10-22%), снижение скорости утреннего подъема (СУП) ДАД. Через 4 недели терапии в 1 группе пациентов выявлено достоверное снижение повышенных исходно показателей Сэ (м/с) и Еэ (1000\*дин/см<sup>2</sup>) (9,59±0,45 / 8,72±0,22; 11,4±0,37 / 9,35±0,33, соответственно). Параллельно выявленным изменениям СМАД, СРПВ в 1 гр. больных, зарегистрировано (p < 0,05) снижение уровня МДА, повышение уровня СОД (p < 0,05). Выявлены корреляционные взаимосвязи (p < 0,05) показателей САД и ДАД, индексов нагрузки АД, Сэ с уровнем МДА.

#### Заключение:

Отмечена высокая эффективность кандесартана и эналаприла на показатели СМАД. Увеличение процента лиц с адекватным СИ, снижение СУП, нормализация параметров СРПВ дает возможность использовать кандесартан для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ. Достоверное снижение уровня продуктов ПОЛ, повышение активности СОД на фоне нормализации показателей СМАД свидетельствует о наличии у кандесартана мембранно-клеточного механизма коррекции АД.

### 8.36. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА в ЗАВИСИМОСТИ от СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Азизов В.А., Эфендиева Л.Г., Гурбанова Х.И.,  
Ибрагимов Ш.С., Мурадова С.Р., Садыхова Т.А.

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,  
г. БАКУ, КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ II

#### Введение (цели/задачи):

Изучить сравнительное влияние ИАПФ и блокаторов АТ1-ангиотензиновых рецепторов на диастолическую функцию миокарда в зависимости от показателей суточного мониторирования АД у больных гипертонической болезнью (ГБ).

#### Материал и методы:

Объектом нашего исследования стали 100 больных ГБ. По классификации ВОЗ-1999 в зависимости от уровня артериального давления больные были распределены на 2 группы: на АГ I степени (n=66; 66±4,7%) и АГ II степени (n=34; 34±4,7%). Возраст больных колеблется от 35 до 80 лет. Мужчины – 32 больных, женщин – 68. Диагноз ГБ устанавливался на основании результатов двухэтапного клинико-инструментального исследования по общепринятой программе, предложенной Г.Г. Арабидзе (1978). В результате тщательной рандомизации группы больных принимавших эналаприл и лозартан были идентичны по исходному уровню АД (САД и ДАД), весу тела,

возрасту, полу, продолжительности и тяжести ГБ. Следовательно, полученные данные были сопоставимы. В исследовании 50 больных принимали из ИАПФ ЭНАЛАПРИЛ (эналаприл малеат) KRKA (Словения) в дозе от 5-20 мг/сут в течении 12 недель, другие 50 больных ЛОЗАРТАН (ангизаар) MKRTD by Brown London 25-50 мг/сут.

**Результаты:**

По результатам исследования оба препарата оказывали положительное действие хотя бы на один из параметров желудочкового наполнения при релаксативном типе ДДЛЖ у больных ГБ. Эналаприл достоверно увеличил отношение скоростей E/A на 8,3% ( $p<0,01$ ), а лозартан 7,4% ( $p<0,05$ ), ВИВРЛЖ уменьшилось при лечении эналаприлом на 6,3% ( $p<0,01$ ), а при лечении лозартаном на 6,7% ( $p<0,001$ ), ВЗРДН при лечении эналаприлом уменьшилось на 5,2% ( $p<0,05$ ), а при лечении лозартаном на 4,7% ( $p<0,06$ ).

Эналаприл по суточному профилю САД и ДАД показал тенденцию к улучшению ДФЛЖ преимущественно у нон-дипперов, так по сравнению с другими группами E/A увеличилось на 11,1% и 19% ( $p<0,01$ ); ВИВР уменьшилось на 7,1% и 6,8% ( $p<0,01$ ); ВЗРДН уменьшилось на 5,4% ( $p<0,01$ ) и 3,5% ( $p<0,05$ ). А лозартан по сравнению с другими группами улучшил ДФЛЖ преимущественно у найт-пикеров САД и ДАД: E/A увеличилась на 6,6% и 7,2% ( $p<0,01$ ); уменьшил ВИВР ЛЖ на 7,3% и 7,5% ( $p<0,001$ ), а ВЗРДН достоверно уменьшил на 4,6% и 5% ( $p<0,001$ ).

**Заключение:**

При изучении взаимосвязи между величиной ночного снижения АД и состоянием левого желудочка сердца у больных ГБ установлено, что конечный диастолический объем левого желудочка различаются у больных с выраженным и недостаточным ночным снижением АД. Как видно из результатов при выраженном ночном АД лозартан является наиболее перспективным.

---

**8.37. РЕНОПРОТЕКЦИЯ ХАРТИЛОМ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Настычук Г.В.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, КАФЕДРА  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3, НИИКиВБ

**Введение(цели/задачи):**

Инфекции мочевой системы (ИМС), в частности, хронический пиелонефрит (ХП), среди детей и подростков занимает второе место по распространенности после патологии органов дыхания. Актуальность проблемы хронического пиелонефрита у подростков обусловлена не только распространенностью данной патологии, но и заметным изменением клинической картины, нередко впервые проявляющейся уже симптомами почечной недостаточности. Вполне очевидно, что при наличии артериальной гипертензии и протеинурии у больных хроническим пиелонефритом необходимы антигипертензивные препараты, обладающие нефропротективными свойствами. Достижение антипротеинурического эффекта, наряду с эффективным контролем артериального давления (АД) – важнейшая цель в стратегии нефропротекции. С этой целью предпочтение отдается ингибиторам АПФ. Целью нашего исследования явилось изучение влияния ингибитора АПФ – хартила на некоторые функциональные показатели почек у подростков, страдающих хроническим пиелонефритом.

**Материал и методы:**

Под нашим наблюдением находилось 30 больных хроническим пиелонефритом в возрасте от 17 до 21 0,9); мужчин – 4, женщин – 26. Артериальная±года (средний возраст 19,3 гипертензия выявлена у 12 больных, протеинурия у 24 больных.

**Результаты:**

В процессе лечения хартилом отмечено снижение суточной экскреции белка с мочой у больных с изолированной протеинурией. Причем, степень уменьшения протеинурии не зависела от дозы препарата: при дозе 2,5 мг/сут в течении 4 недель – снижение на 35%, а при дозе 5 мг/сут – на 37,5%. В то же время динамика уровня АД только имела тенденцию к снижению и более выражена была при более высокой дозе препарата.

**Заключение:**

Достоверный гипотензивный эффект хартила проявлялся при дозе 5 мг/сут при сочетании АГ и протеинурии. СКФ оставалась при динамическом наблюдении без изменений, что свидетельствует о стабилизации процесса, отсутствии прогрессирования патологии почек. Побочного эффекта хартила в дозе 2,5-5 мг/сут у больных хроническим пиелонефритом не отмечено.

---

**8.38. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕРКАНИДИПИНА**

Андосова С.А., Бекбосынова М.С., Мурзабаева Р.Р.

РК, г. Астана, ГККП «Кардиологический центр» УЗ,  
г. Астана

**Введение(цели/задачи):**

В настоящее время существуют множество блокаторов кальциевых каналов с различными фармакодинамическими характеристиками. Блокатор кальциевых каналов (БКК) – лерканидипин (Леркамен, Berlin-Chemie, Германия) – обладает значительными преимуществами по сравнению с традиционными препаратами этой группы. Преимущество этого препарата связано с обладанием самой высокой липофильностью и сосудистой селективностью среди БКК, а также особой мембраноконтролируемой фармакокинетикой. Леркамен связываясь с кальциевым каналом мембраны, обеспечивает постепенное начало и значительную продолжительность действия (гипотензивный эффект сохраняется в течение суток). Период его полувыведения из плазмы составляет около 2 часов, таким образом, резко уменьшается нагрузка на экскреторные органы и улучшаются показатели переносимости. Частота побочных эффектов Леркамена намного ниже, чем у других препаратов третьего поколения. Частота периферических отеков на фоне приема лерканидипина в 10 раз меньше, чем на фоне амлодипина! Лерканидипин обладает самой высокой сосудистой селективностью среди известных антагонистов кальция, поэтому влияние его на коронарный кровоток и коронарное сопротивление более благоприятное. Леркамен снижает артериальное давление, не влияя на ЧСС, не ухудшая коронарный кровоток и не активируя симпато-адреналовую систему. Цели исследования. Основной целью данного исследования является оценка эффективности лерканидипина по сравнению с амлодипином в качестве монотерапии, у 39 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени в возрасте 45 – 65 лет. А также проводилось изучение переносимости и безопасности лерканидипина по сравнению с амлодипином.

**Материал и методы:**

Под наблюдением находилось 39 больных артериальной гипертензией 1-2 степени, риск 3 из них 16 мужчин и 23 женщины в возрасте от 37 до 65 лет (в среднем 51,45±4,7 лет). Диагноз артериальной гипертензии устанавливался согласно классификации ВОЗ/МОАГ(1999г.). Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, исходным значениям артериального давления. 1-я группа монотерапия Леркамен 10 мг. 1 раз в день. 2-я группа монотерапия Амлодипин 5 мг. 1 раз в день. Методы исследования. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) изучалось на аппарате (Vplab, Россия). Исследование начинали в 9:00ч. измерения АД осуществлялись каждые 30 минут в дневное время и каждые 60 минут в ночное время. Мониторирование АД проводилось 24 часа. Анализировались следующие показатели: среднесуточные систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД); средненочные и среднедневные показатели САД и ДАД; временной гипертонический индекс для САД и ДАД. Оценивалась вариабельность артериального давления (АД). Нормальными значениями считались АД ниже 130/80 мм рт.ст. в среднем за сутки, ниже 140/90 мм рт.ст. днем и ниже 120/70 мм рт.ст. ночью. Значения ВГИ >30% в соответствии с рекомендациями Американского гипертонического общества (1996) свидетельствовали о наличии артериальной гипертонии. В исследовании использовали значения вариабельности, предложенные Л. И. Ольбинской и соавт. (1998).

**Результаты:**

В результате трехмесячной терапии Леркаменом® с АГ I-II степени, было отмечено улучшение клинического состояния всех обследованных больных. Препарат хорошо переносился больными, нами была констатирована приверженность больных к лечению Леркаменом.® Для достижения целевых значений АД увеличение суточной дозы до 20 мг потребовалось 1 пациенту (5%), до 10 мг -15 больным (75%) и 5 мг принимали 4 пациента(20%). Целевой уровень АД (120/80 мм рт ст) к 3-му месяцу лечения был достигнут у 90% больных. Исходные показатели артериального давления у обследуемых больных составили: в I группе, принимавших Леркамен®, САД 135,2±13,5 мм рт.ст., ДАД 83,0±15,2мм рт.ст., во II группе САД 136,3±12,7 мм рт.ст., ДАД 83,1±12,9 мм рт.ст. На протяжении всего периода наблюдения (3 месяца) уровень систолического и диастолического артериального давления в обеих изучаемых группах снизилось. Через 3 месяца лечения Леркаменом ® САД снизилось на 14,5% (до 115,4±11,4 мм рт.ст.), ДАД – на 14,1% (71±10,2 мм рт.ст.). В группе Амлодипина через 3 месяца САД снизилось до 120,5±12,9 мм рт.ст., что на 11,6% ниже исходного уровня, ДАД – до 72,5±10,2 мм рт.ст., (на 12,7%). При анализе исходных показателей СМАД, в целом, было выявлено возможное повышение всех показателей, отражающих нагрузку артериальным давлением за сутки, день и ночь. У обследуемых больных отмечалось различие между среднедневным и средненочным АД, а также между показателями вариабельности АД в период бодрствования и отдыха. Через 3 месяца от начала терапии было отмечено достоверное снижение среднесуточного, среднедневного и средненочного САД и ДАД в обеих изучаемых группах, однако эти изменения были более выражены в группе пациентов, принимавших Леркамен ®. Так, в среднем уровень САД и ДАД в основной группе снизился на 19,8/11,8 мм рт.ст. (14,7%), в группе больных, принимавших стандартную терапию на 15,8/10,6 мм рт.ст. (12,2%). Установлено статистически зна-

чимое уменьшения временного гипертонического индекса (ВГИ)- более 80% от исходных величин. Вариабельность АД является одной из важных детерминант поражения органов-мишеней. Повышение этого показателя, в том числе и на фоне терапии, сопровождается повышением частоты развития сердечно-сосудистых осложнений. На фоне проводимой нами терапии отмечалось достоверное снижение вариабельности АД в обеих группах. Суточная вариабельность САД к концу периода наблюдения достоверно снизилась на 28-30%, уровень дневной вариабельности САД на 26%, показатели ночной вариабельности САД на 25-26 %. В группе больных, принимавших стандартную терапию вариабельность суточная САД снизилась на 23,8%, Вторичной целью данного исследования является изучение переносимости и безопасности Леркамена. В результате 3-х месячного исследования побочных явлений не отмечено, переносимость препарата удовлетворительная, 2 из 20 пациентов пожаловались на головную боль (10%) после снижения дозы до 5 мг головная боль прошла. В стандартной группе, через месяц лечения пациенты стали жаловаться на сердцебиение (36,8 %), головные боли (26%), головокружение (25%), гиперемия лица (15,7%), концу 2 месяца появление отеков на стопах нижних конечностей (15,6 %)

**Заключение:**

1. Леркамен является эффективным препаратом для лечения больных с артериальной гипертензией 1- 2 степени, оказывая положительное влияние, на уровень артериального давления достоверно снижая САД и ДАД тем самым уменьшая клинические признаки АГ и улучшая качество жизни больных. 2. По данным суточного мониторирования артериального давления, оба варианта терапии оказывают пролонгированное 24-часовое антигипертензивное действие (в период бодрствования, в ночные и в ранние утренние часы), что выражается в уменьшении средних показателей САД, ДАД в эти периоды. 3. Леркамен эффективно снижая АД и вариабельность систолического артериального давления, не влияет на ЧСС. 4. При применении Леркамена установлена хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов.

---

### **8.39. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩЕЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ, КОМОРБИДНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Вичкапов А.В., Джумагулова А.С.,  
Романова Т.А., Ческидова Н.Б.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии, Кыргызстан

**Введение(цели/задачи):**

В настоящее время имеют высокую распространённость случаи эссенциальной гипертензии (ЭГ), коморбидные с тревожными расстройствами. При сочетании с паническим расстройством (ПР), невротические приступы обычно протекают атипично – провоцируются дистрессом и имеют затяжное течение с высоким подъёмом АД. Стандартные методы фармакотерапии подобных случаев с применением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) зачастую не дают устойчивого эффекта.

**Материал и методы:**

Изучена эффективность обучения поведенческим методам купирования панических атак (ПА) на двух группах больных ЭГ с высоким уровнем тревоги и коморбидным течением

ПР: I группа (контрольная) – 19 больных, II группа – 24. Во II группе проводилась обучающая психотерапия по модели, включающей в себя: концентрацию на контроле тревоги, но не соматизированных симптомах; мышечная релаксация; контроль дыхания и приём анксиолитика клоназепам в дозе 0,5 мг сублингвально. В обеих группах для основного лечения ПР применялся пароксетин в дозе 20 мг в сутки. Для оценки уровня тревоги до начала терапии и через 2 месяца от её начала использовались стандартизованные шкалы - Гамильтона (HARS) и шкала самооценки тревоги Цунга.

**Результаты:**

Исходно выделенные группы были сопоставимы по уровню тревоги (индекс по шкале Цунга в I группе - составил  $0,75 \pm 0,08$ , во II группе  $0,73 \pm 0,14$ ,  $p > 0,4$ ; показатели по шкале HARS в I группе -  $40,0 \pm 5,56$  баллов, во II группе  $38,63 \pm 6,5$ ,  $p > 0,4$ ). В обеих группах при проведении психокоррекции уровень тревоги значительно снизился ( $p < 0,0001$ ), при этом обращает на себя внимание более значимое снижение показателей по обеим шкалам во II группе (индекс по шкале Цунга снизился на 63% по сравнению с аналогичным показателем в I группе 32%,  $p < 0,05$ ; показатели по шкале HARS во II группе снизились на 71% против 40,1% в I группе  $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

Таким образом, на фоне стандартной терапии СИОЗС применение обучающей психотерапии для купирования ПА показывает значительно большую эффективность лечения тревоги и может быть рекомендовано для коморбидных случаев ЭГ.

---

**8.40. АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ**

Дерьяева Г.Г., Бяшимова Д.

ТГМИ, г. Туркменистан

Артериальная гипертония (АГ) продолжает привлекать внимание исследователей различных областей медицины. АГ может быть клинически очерченной первичной и вторичной, развиваясь на фоне других заболеваний.

**Введение(цели/задачи):**

Целью работы является анализ структуры и частоты встречаемости болезней, сопутствующих АГ для определения доли участия патологии внутренних органов в её формировании.

**Материал и методы:**

Нами проанализированы 29 историй болезни больных с АГ - II ст. (женщин 26, мужчин 3). Средний возраст больных – составлял  $61 + 17,5$  лет. Давность основного заболевания в среднем была 18 лет. Диагноз АГ и сопутствующей патологии ставили на основании данных комплексного, клинико-лабораторного исследования. Больным проведено ЭКГ, ЭХОК графия, УЗИ внутренних органов, биохимические анализы крови и др.

**Результаты:**

Анализ клинического течения с АГ выявил, что только 12% больных не имели сопутствующей патологии. У большинства же больных АГ сопровождалась различной патологией внутренних органов и систем. Это были ИБС, пневмонии, пневмоклерозы, эмфиземы, гепатозы, хронические гастриты, хронические холециститы, болезни щитовидной железы, пиелонефриты, сахарный диабет, ревматизм, избыточная масса тела, анемии и др. У большинства больных отмечена гипопроteinемия, снижение белковых фракций, особенно альбуминов. Гиперхолестеринемия выявлена у 9 б/х; гипергликемия

у 5 б/х. Узи печени в обследуемой группе больных выявили гепатомегалию - у 4 больных; мелкозернистость структуры органа у 22 больных; жировой гепатоз -3. В желчевыводящих путях были обнаружены слоистые, различной экзогенности включения в виде густой желчи (сладж) у 3 больных; множественные и одиночные камни у 7 больных; уплотнение стенок желчного пузыря – 26 больных и др. Частота сопутствующих заболеваний существенно возрастала по мере увеличения давности болезни и возраста больного. При этом патология желудочно-кишечного тракта превосходила частоту любой другой клинической констелляции.

**Заключение:**

Таким образом, АГ и сопутствующие хронические заболевания внутренних органов и систем являются, чуть ли не самыми частыми сочетаниями, встречающимися в общей медицинской практике. При этом основу сопутствующей патологии составляют болезни желудочно – кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

---

**8.41. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Каримов О.О., Джурев Ш.М., Юлдашева М.Р.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе Таджикистан

Количество препаратов, используемых в лечении артериальной гипертонии, постоянно увеличивается, что может повлиять на принципы её рационального лечения. В соответствии с международными рекомендациями, наиболее удобным для больных является выбор препарата с пролонгированным механизмом действия, обладающий одновременно минимальным количеством побочных эффектов.

**Введение(цели/задачи):**

Изучить клиническую эффективность и безопасность препарата Амлодипин в условиях длительной монотерапии артериальной гипертонией (АГ) и его влияние на суточный профиль артериального давления.

**Материал и методы:**

Обследовано 42 больных (30 мужчин и 12 женщин, средний возраст  $53,4 \pm 2,7$  лет) с эссенциальной гипертонией II-III степени (ВОЗ, МОАГ 1999 г.), ранее получавших комбинированную фармакотерапию. Систолическое артериальное давление (САД) в начале исследования было в пределах  $-140-179$  мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) -  $90-109$  мм рт. ст. В исследование не включались лица с указаниями в анамнезе на заболевания почек, ишемической болезни сердца, сахарного диабета. Доза Амлодипина повышалась путём титрования до клинически эффективных значений с 5 мг/сут до 10 мг/сут (64,3%) и 15 мг/сут (35,7% больных). Больным до начала лечения и далее каждые две недели терапии амлодипином проводились исследования гемодинамики, ЭКГ, Эхо-КГ и лабораторное обследование.

**Результаты:**

Монотерапия Амлодипином привела к достоверному снижению САД и ДАД на 13% и 10% соответственно. При этом достоверных сдвигов в числе сердечных сокращений (ЧСС) за весь период наблюдения не было отмечено. В начале исследования ЧСС составила  $84 \pm 5,4$  сокращений в минуту,

через 3 месяца –  $82 \pm 7,4$  сокращений в минуту. У 5 больных (11,9%) наблюдалась пастозность в области лодыжек при повышении дозы препарата до 10 мг/сут, в результате чего возникла необходимость в уменьшении дозы препарата и присоединение к терапии ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприла) или кардиоселективного бета-адреноблокатора. В трёх других случаях (7,5%) возникла необходимость в добавлении антигипертензивных препаратов других групп (Лизиноприл, Гидрохлортиазид) из-за недостаточного гипотензивного эффекта Амлодипина в виде монотерапии в дозе 15 мг/сут. В 4-х наблюдениях (9,5%) на фоне приёма Амлодипина также отмечались побочные эффекты в виде ощущения жара, головокружения и головной боли.

#### **Заключение:**

Длительное применение блокатора медленных кальциевых каналов Амлодипина сопровождается недостаточным гипотензивным эффектом в суточной дозе 5 мг/сут (64,3%). Однако в дозе 15 мг/сут гипотензивный эффект достигается в 92,5% наблюдений. Клинически значимые побочные эффекты отмечены у 21,4% больных, получавших Амлодипин в дозе 15 мг/сут, что существенно лимитирует возможности монотерапии.

### **8.42. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ**

Нарзуллаева А.Р., Юлдашева М.Р.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе Таджикистан

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучение течения артериальной гипертензии (АГ) у женщин в период перименопаузы.

#### **Материал и методы:**

Было обследовано 95 женщин с артериальной гипертензией, обратившихся за консультативной помощью или находившихся на стационарном лечении средний возраст обследованных женщин составил  $44,6 \pm 4,8$  года (от 37 до 55 лет). Все больные были разделены на две группы: группа I - женщины, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 3-11 месяцев и женщины в пременопаузальном периоде – 30 человек (31,6%); группа II - женщины в менопаузальном и постменопаузальном периоде – 65 человек (68,4%). Контрольную группу составили здоровые женщины репродуктивного возраста – 30 человек. В исследование были включены женщины с артериальной гипертензией 1, 2, 3 степени (в соответствии с классификацией, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения и Международным Обществом по изучению АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999). У 15 женщин (15,8%) была диагностирована ишемическая болезнь сердца. Для эффективной оценки состояния сердечно-сосудистой системы женщин в период перименопаузы по ранее разработанной карте проводились общеклиническое обследование, оценка гемодинамики, ЭКГ, ЭхоКГ, проба с физической нагрузкой, лабораторные исследования.

#### **Результаты:**

Отмечена взаимосвязь времени появления первых жалоб на подъемы артериального давления (АД) с началом нарушений менструального цикла или с менопаузой как в I-ой – у 22 человек (73,3%), так и во II-ой группе у 36 человек (55,4%).

Кроме того, во II-ой группе замечена закономерность возникновения ангинозных болей с началом менопаузы - у 17 человек (26,2%). В 3 случаях (10%) I-й группы и 25 случаях (38,5%) II-ой, отмечено усугубление течения уже имеющегося несколько лет заболевания. Исследование показало, что в 61,1% случаях отмечена взаимосвязь времени появления первых жалоб на подъемы АД с началом нарушений менструального цикла или с менопаузой. Кроме того, по мере усугубления снижения функции яичников наблюдается и рост артериального давления. Так, в I группе, где только имеются начальные проявления климактерического синдрома АГ 1 степени была диагностирована у 16 человек (53,3%), АГ 2 степени - 10 человек (33,3%) и только у 2 человек (6,7%) имела место АГ 3 степени. Во II группе распределение по степени АГ отличалось от I группы. Так, АГ 1 степени была выявлена всего у 4 человек (6,1%), АГ 2 степени – у 19 человек (29,2%), тогда как АГ 3 степени - у 42 женщин (64,2%). ИБС среди обследованных встречалась чаще также во II группе и составляла 13 человек (20%), тогда как в I группе таких больных с ИБС было всего 2 человека (6,7%). Кроме того, во II группе у 6 человек (9,2%) были диагностированы нарушения ритма по типу мерцательной аритмии, суправентрикулярной тахикардии и наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, которые могут быть также трактоваться, как проявления ИБС.

#### **Заключение:**

С развитием перименопаузы у женщин наблюдается не только усугубление течения уже имеющейся артериальной гипертензии, но и увеличение риска возникновения ослаблений данной патологии.

### **8.43. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОПИКАРД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Раджабов М.Э., Назаров Б.Х., Мадалиев С.М.

Республиканский клинический центр кардиологии, г. Душанбе Таджикистан

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить антиангинальную и антигипертензивную эффективность препарата Лопикард, а также его влияние на качество жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) ассоциированной с артериальной гипертензией (АГ).

#### **Материал и методы:**

Обследовано 30 больных, из них женщин со стабильной стенокардией с сопутствующей АГ было 18 человек (60,0%), а мужчин – 12 (40%), в возрасте от 40 до 63 лет, средний возраст больных составил  $51,6 \pm 2,3$  лет. В начале исследования проводился отмывочный период в течение 5-ти дней, затем назначался Лопикард в дозе 5 мг/сут однократно утром, с возможным увеличением дозы до 10 мг/сут, при недостаточном снижении артериального давления (АД) в течении 10 – 15 дней. В качестве обязательной терапии использовался аспирин в дозах, соответствующих принципам медицины, основанной на доказательствах. Исходно и через четыре недели лечения, пациентам проводились суточный мониторинг артериального давления (СМАД), ЭхоКГ, ВЭМ-проба, заполнялись анкеты, в которые фиксировались частота суточных приступов стенокардии и потребность в нитроглицерине.



**Результаты:**

В результате приема препарата Лопикард в дозе 5мг/сут, в течение первых 12 дней были достигнуты целевые, офисные уровни АД у 20 (66.6%) больных, у 10 (33.4%) пациентов дозу препарата пришлось увеличить до 10мг/сут, причем у 1 больного возник отек голеней, из-за чего последовал отказ пациента от продолжения участия в исследовании. В результате 4-х недельной терапии препаратом Лопикард в средней дозе 5мг/сут, частота стенокардии снизилась на 51,2% в сутки, недельная потребность в нитроглицерине снизилась на 52,5%. По данным СМАД среднедневные показатели систолического артериального давления (ДАД) снизились до нормы – на 8,9%. Среднедневные показатели САД уменьшились на 12,4%, уровень ДАД приблизился к норме, снижаясь на 9,6%. Индекс времени (ИВ) САД уменьшился на 40,2%, ДАД – на 32,4%. Среднесуточная вариабельность САД снизилась на 8,5%, для ДАД – на 22,1%, ночью ИВ САД снижался на 12,1%, а уровень ДАД был в норме. Ночью САД достоверно (P=0,005) снижалось на 12,7%, ДАД также уменьшалось на 6,8%. При анализе анкет отмечено увеличение объема выполнения повседневных физических нагрузок.

**Заключение:**

Лопикард контролирует уровень АД в течение суток, нормализуя суточный профиль и уменьшая вариабельность АД, а также количество ангинозных приступов, недельную потребность в нитроглицерине и эпизоды безболевого ишемии миокарда. Таким образом, данное лекарственное средство отличается эффективностью и безопасностью и может с уверенностью использоваться при лечении больных ИБС и АГ.

**8.44. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗНЫХ ВИДОВ ЛЕГОЧНЫХ ГИПЕРТОНИЙ**

Наконечников С.Н., Зыков К.А.,  
МАСЕНКО В.П., ЧАЗОВА И.Е.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, г. Москва, Россия

Целью исследования было оценить уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1β, ФНО-α и СРБ у пациентов с легочной гипертензией различной этиологии: идиопатиче-

ской легочной гипертензией (ИЛГ), легочной гипертензией, ассоциированной с системной склеродермией (СС), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

В исследование включено: 16 пациентов с ИЛГ в возрасте 18-55, (36,8 ± 12,8) лет; 12 пациентов с СС в возрасте 23-70, (54,9 ± 3,9) лет; 12 пациентов с ТЭЛА в возрасте 32-64, (48,1 ± 12,2) лет; 4 группа 11 пациентов с ХОБЛ в возрасте 51-72, (64,7 ± 17,7) лет.

Уровни ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1β, ФНО-α и СРБ измерялись в плазме крови (ELISA).

Цитокины	Группа ИЛГ медиана (25;75 перцентиль)	Группа СС	Группа ТЭЛА	Группа ХОБЛ
ИЛ-1β, пг/мл	1,41(0,9;2,11)	0,9 (9,78;1,15) *	0,9 (0,64;1,03) *	0,51(0,38;0,77)**
ФНО-α, пг/мл	2,13 (1,18;2,41)	1,57 (1,11;1,85)	1,23 (1,01;1,4) **	1,23 (1,01;1,45)*

\*p<0,05; \*\*p<0,01 по сравнению с первой группой

Уровни провоспалительных цитокинов у больных с легочной гипертензией различной этиологии представлены в таблице.

Уровни интерлейкина – 1β и Уровни фактора некроза опухолей-α у больных с вторичной легочной гипертензией были достоверно ниже, чем у пациентов с ИЛГ.

Пациенты с легочной гипертензией различной этиологии характеризуются повышенными уровнями провоспалительных цитокинов, таких, как ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1β, ФНО-α и СРБ. Пациенты с ИЛГ отличаются от других групп больных достоверно более высокими уровнями ИЛ-1β и ФНО-α, что может свидетельствовать в пользу участия воспалительного компонента в патогенезе данного заболевания.

# 9. ГЕНЕТИКА И ФАРМАКОГЕНЕТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОЛОГИИ

## 9.1. РОЛЬ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА

МАЦКЕВИЧ С.А.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

### Введение(цели/задачи):

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости неревматическим миокардитом. Отечественными и зарубежными авторами обсуждается роль вирусной инфекции в возникновении неревматического миокардита, но вклад вирусных агентов в развитии этого заболевания до конца не выяснен. Цель исследования: определение иммуноглобулинов М к энтеровирусам и вирусам Коксаки В в сыворотках крови больных неревматическим миокардитом.

### Материал и методы:

Под наблюдением находилось 50 больных неревматическим миокардитом в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст составил 36,6±1,4 года): 33 мужчины (66%) и 17 женщин (34%). Больные разделены на 2 группы: 27 больных с подострым и 23 – с хроническим течением патологического процесса. Для уточнения участия энтеровирусной инфекции в возникновении миокардита проводили серологические исследования: в качестве серологического маркера энтеровирусной инфекции исследовали присутствие антиэнтеровирусных иммуноглобулинов (Ig) М в сыворотках крови больных миокардитом. Детекцию антиэнтеровирусных Ig М в сыворотках крови больных осуществляли непрямым методом флюоресцирующих антител и методом иммуноферментного анализа с использованием диагностических тест-систем для определения антител класса М к энтеровирусам и вирусам Коксаки В.

### Результаты:

В результате серологических исследований IgM к энтеровирусам обнаруживались в 85,2% сывороток больных с подострым течением миокардита и в 48% сывороток больных с хроническим течением патологического процесса. Из всех исследуемых сывороток IgM к вирусам группы Коксаки В выявлялись у подавляющего числа обследуемых больных миокардитом вне зависимости от варианта течения патологического процесса.

### Заключение:

Учитывая тот факт, что титр иммуноглобулинов М к энтеровирусам в сыворотке крови больных обычно сохраняется в течение 6 месяцев, можно предположить, что за последние 6 месяцев больные миокардитом перенесли энтеровирусную инфекцию, преимущественно группы Коксаки В, которая могла быть фактором риска и причиной возникновения миокардита.

## 9.2. ВЛИЯНИЕ ЭКДИСТЕНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭКГ И ЭНЕРГОЗАТРАТЫ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ

НАГАЕВА Г.А.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

### Введение(цели/задачи):

Оценка влияния отечественного тонизирующе-метаболического препарата экдистена (Э) на показатели ЭКГ и энергетические затраты сердечной мышцы у больных неревматическими миокардитами.

### Материал и методы:

Обследовано 47 больных обоего пола в возрасте от 19 до 52 лет (ср.возраст = 33,7±8,33 года). Больные были разделены на 2 группы: I гр. – 26 больных, получавших базисную терапию (БТ) (НПВП, ГИК, никотиновую к/ту, при необх. иАПФ, диуретики и антиаритмики), II гр. – 21 пациент получавшие БТ+Э в дозе 15 мг/сут в течении 30 дней. Всем больным проводились: клиничко-лабораторные исследования, запись ЭКГ в 12 отведениях, ВЭМ-проба. Стат.обработка полученных результатов проводилась на ПК Pentium-IV с использованием пакета программ «Biostatistics for windows, версия 4,03». Различия считали статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты:

При анализе стандартной ЭКГ у всех больных было выявлено нарушение процессов реполяризации миокарда (сглаженность, двухфазность или инверсия зубца Т). При этом изоэлектрический (сглаженный) зубец Т регистрировался у 61,54% - в I и 57,14% - во II группе. Инверсия зубца Т отмечена у 38,46% и 42,86% соответственно в I и II группах. После проведенного курса терапии анализ процессов реполяризации показал, что у больных I группы частота встречаемости изоэлектрического зубца Т снизилась на 30,77% ( $\chi^2 = 3,792$  и  $p = 0,052$ ); выявление инверсии зубца Т уредилось на 11,54% ( $\chi^2 = 0,350$  и  $p = 0,554$ ); а реверсия зубца Т зафиксирована лишь в 42,3% случаев ( $\chi^2 = 11,530$  и  $p = 0,000$ ). Во II группе аналогичные показатели составили соответственно: 38,09% ( $\chi^2 = 4,947$  и  $p = 0,026$ ); 23,78% ( $\chi^2 = 1,782$  и  $p = 0,182$ ); 61,9% ( $\chi^2 = 16,042$  и  $p = 0,000$ ). При проведении ВЭМ-пробы в контрольном периоде показатели групп существенно не отличались. Для выявления степени экономичности выполняемых нагрузок вычислялся индекс энергетических затрат (ИЭЗ) по величинам САД, ЧСС и ДП. Было выявлено, что у больных II гр., т.е. находившихся на приеме БТ+Э, ИЭЗ по всем анализируемым величинам оказался ниже, чем в группе сравнения: разница ИЭЗ по САД составила 6,94 у.е. (до 14,29у.е., после 7,65у.е.) против 4,87 у.е. (до 15,35у.е., после 10,48у.е.), соответственно для II и I групп; по ЧСС – 7,65 (до 21,44у.е., после 13,79у.е.) и 4,55 у.е. (до 21,22у.е., после 16,67у.е.) и по ДП – 18,00 (до 44,27у.е., после 26,27у.е.) и 12,14 у.е. (до 45,17у.е., после 33,03у.е.), что свидетельствует лишь о положительном метаболическом эффекте Э у данной категории больных. Ни у одного пациента на фоне терапии, как I, так и II групп, каких-либо побочных эффектов, а также причин требующих прекращения дальнейшего приема препаратов выявлено не было.

**Заключение:**

Комбинация базисной терапии с экидистеном у больных ревматическими миокардитами способствует улучшению и более быстрому восстановлению процессов реполяризации миокарда, а также улучшению энергетического обеспечения в сердечной мышце в период выполнения физических нагрузок.

**9.3. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРОЙ ФОРМОЙ МИОКАРДИТОВ**

Нагаева Г.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии

**Введение(цели/задачи):**

Оценка иммунологического статуса у мужчин и женщин, страдающих острой формой миокардитов.

**Материал и методы:**

Было обследовано 22 больных (10-мужчин, ср.возраст =32,89±1,45лет и 12 – женщин, ср.возраст=36,73±1,31лет). Всем больным проводились: клинико-лабораторные исследования, иммунологический статус крови, запись ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), ЭхоКГ. Стат.обработка полученных результатов проводилась на ПК Pentium-IV с использованием пакета программ «Biostatics for windows, версия 4,03». Различия считали статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты:**

Со стороны линейных ЭхоКГ-параметров существенных различий в группах выявлено не было (КДРм=5,34±0,61см, КДРж=4,97±0,56 (p=0,686); КСРм=3,24±0,60см, КСРж=2,98±0,64см (p=0,773)), однако структурные показатели выявили преобладание мышечной массы у лиц мужского пола (МЖПм=9,83±0,27мм, МЖПж=9,19±0,14 (p=0,039); ЗСЛЖм=10,36±0,38мм, ЗСЛЖж=9,53±0,13мм (p=0,038)), что возможно имело физиологическую основу (действие тестостерона). Тем не менее, на сократительной способности миокарда это никак не отразилось (ФВм=68,63±1,76, ФВж=70,43±1,33мм (p=0,416)). Анализ иммунологического статуса показал, что у лиц мужского пола параметры иммунного статуса несколько ниже аналогичных параметров лиц женского пола. В частности, регуляторная система «Т-хелперы-Т-супрессоры», представленная иммунорегуляторным индексом (ИРИ), у мужчин в 1,06 раза была ниже, чем у женщин (ИРИм=1,25±0,06у.е., ИРИж=1,33±0,11у.е. (p=0,553)). Однако, полученные результаты не достигали уровня достоверности, ввиду малого количества обследуемых. Как известно, естественные клетки-киллеры (ЕК-клетки), выступают в качестве первого барьера в противоопухолевом иммунитете, а также участвуют в выведении вирусинфицированных клеток. В нашем исследовании было выявлено, что у лиц мужского пола уровень ЕК-клеток на 22,10% оказался ниже, чем у женщин (ЕКм=13,50±2,32% и ЕКж=17,33±0,29% (p=0,087)), что также свидетельствует о низкой иммунной реакции мужского организма на «чужеродное».

**Заключение:**

Острая форма миокардитов у лиц мужского пола сопровождается более выраженной иммунодепрессией, чем у лиц женского пола, что проявляется в снижении уровня ИРИ на 6,4% и снижении уровня ЕК-клеток на 22,10%.

**9.4. А1166С-ПОЛИМОРФНЫЙ МАРКЕР ГЕНА АТ1R, СВЯЗЬ С СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АД И ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Хамидуллаева Г.А., Срождидинова Н.З., Елисеева М.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз

**Введение(цели/задачи):**

Изучение ассоциации А1166С-полиморфного маркера гена рецептора 1 типа ангиотензина II (АТ1R) с суточным профилем АД (СПАД) и дисфункцией эндотелия (ДЭ) у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) узбекской национальности.

**Материал и методы:**

В исследование включены 110 больных ЭГ, I-II степени (ВОЗ/МОАГ 2003г.), мужчин в среднем возрасте 46,5±9,4 лет. Амплификация А1166С-полиморфного маркера проводилась с помощью ПЦР с последующей рестрикцией ПЦР-продуктов ферментом BstDEI. Оценку СПАД проводили с помощью суточного мониторирования АД (ТОНОРОПОРТ V, Германия). Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии ( $\Delta D\%$ ) в пробе с реактивной гиперемией на ультразвуковом аппарате «SONOLINE VERSA PRO». ДЭ оценивали по нарушению ЭЗВД ( $\Delta D < 10\%$ ), при  $\Delta D < 0$  диагностировали парадоксальную вазоконстрикцию. Результаты исследования представлены в  $M \pm SD$ .

**Результаты:**

В результате генотипирования определяли АА-, АС- и СС-генотипы. Распределение генотипов и аллелей показало достоверное накопление АА генотипа (69%) и А-аллеля (83,6%) А1166С-полиморфного маркера гена АТ1R., при этом СС генотип встречался в 2% случаев, АС генотип в 29% случаев ( $\chi^2=113,3$ ;  $p=0,000$ ). С учетом малочисленности СС гомозигот были сформированы группы с АА- и АС+СС генотипами, А- и С-аллелями. При изучении ассоциации А1166С полиморфного маркера с показателями СПАД выявлена тенденция к повышению ср. суточных САД и ДАД ( $p=0,084$ ,  $p=0,074$ ), ср.ночного САД ( $p=0,057$ ), достоверное повышение ср.ночного ДАД ( $p=0,026$ ) у носителей С-аллеля по сравнению с А-аллелем. Изучение ЭЗВД показало достоверно выраженную степень ДЭ у больных АС+СС генотипом по сравнению с АА генотипом:  $\Delta D 0.35 \pm 10.62\%$  vs  $5.58 \pm 9.21\%$ ,  $p=0.01$ . Наличие парадоксальной вазоконстрикции ( $\Delta D < 0$ ) выявлено у 44% больных с АС+СС генотипом против 23.7% с АА генотипом ( $\chi^2=3.75$ ;  $p=0.05$ ).

**Заключение:**

АС+СС генотип и С-аллель А1166С полиморфного маркера гена АТ1R ассоциируются с высокой степенью ДЭ и с нарушениями СПАД у больных ЭГ узбекской национальности.

**9.5. ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ПРО - И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Нургалиева Г.К., Маншарипова А.Т.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

**Введение(цели/задачи):**

Целью работы было исследование баланса про и противовоспалительных цитокинов при хронической сердечной недостаточности.

**Материал и методы:**

Было обследовано 203 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со средним возрастом  $48,7 \pm 4,9$  года, из них 78 пациентов с нестабильной стенокардией, остальные 125 с острым инфарктом миокарда. У всех больных отмечались признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Исследование внутрисердечной гемодинамики проводилось при методом двухмерной эхокардиографии на аппарате "Combison – 530" фирмы "Kretztecnic" (Австрия). По общепринятым параметрам вычисляли конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО) ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ), которые соотносились с показателями практически здоровых лиц. Уровни цитокинов ИЛ-6, ИЛ-10, ТФР-бета, ИЛ-1-бета и ФНО-альфа определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью российских тест-систем, производимых в г.С-Петербурге.

Клиническая картина сердечной недостаточности I стадии по классификации Василенко-Стражеско наблюдалась у 49(39,2 %) больных ИМ, IА стадии – у 72(57,6 %), II В- у 4(3,2 %). Среди больных ИС на фоне постинфарктного кардиосклероза НК I стадии диагностирована у 27(34,6%), НКIIА - у 48(61,5%) и НК II В- у 3(3,8%).

**Результаты:**

В результате исследования выявлено, что у больных ИБС с ХСН уровень экспрессии провоспалительного цитокина ФНО-альфа достоверно возрастал по мере снижения фракции выброса, а также при нарастании функционального класса (ФК) ХСН. Гиперпродукция ФНО-альфа зарегистрирована у 34,2% больных с 1ФК, при 2ФК у 84,5% пациентов, у 98,7% больных с 3ФК и у 100% с 4ФК.

Полученные результаты позволяют полагать, что ФНО-альфа может принимать участие в развитии как гипертрофии миокарда, так и дилатации полостей левого желудочка у больных ИБС.

По мере прогрессирования ХСН, установлено постепенное нарастание уровня ИЛ-6, начиная со второго ФК. Увеличение уровня ИЛ-6 сопровождается снижением ФВ и ростом КДР с наличием корреляции между ФВ и ИЛ-6 при 4ФК ХСН. Развитие сердечной недостаточности у больных ИБС сопровождается сетевой активацией провоспалительных цитокинов с содружественным ростом продукции и прямой взаимосвязью между ФНО-альфа и ИЛ-6.

Согласно полученным данным следует отметить, что усугубление декомпенсации сердечной деятельности у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда сопровождается гиперцитокинемией провоспалительного характера, а при 4ФК происходит одновременное снижение уровня противовоспалительного ИЛ-10. Возможно, прогрессирование тяжести ХСН сопровождается дисрегуляцией цитокиновой сети с подавлением противовоспалительного звена как проявление дисбаланса в иммунной системе. ХСН у больных ИБС сопровождается нарастанием концентрации противовоспалительного медиатора ИЛ-10 и свидетельствует о повышении активности противовоспалительного звена иммунитета у больных ИБС. Увеличение содержания противовоспалительного цитокина ИЛ-10 сочетается с более интенсивным ростом концентрации ФНО-альфа. Нарушение баланса про- и противовоспалительных цитокинов, оцененного по коэффициенту ФНО-альфа/ИЛ-10 у больных 3-4 ФК ХСН свидетельствует о дисрегуляции цитокиновой сети с функциональным истощением противовоспалительного звена иммунной системы при тяжелой декомпенсации. Между ФВ и уровнем ИЛ-10 при нарастании

тяжести ХСН корреляция не выявлена, однако установлена отрицательная корреляция между ФВ и коэффициентом ФНО-альфа/ИЛ-10, что более точно отражает влияние нарушенного цитокинового баланса на функциональное состояние миокарда

**Заключение:**

Таким образом, с уменьшением клинических признаков сердечной недостаточности, улучшением показателей инотропной функции миокарда в равной степени уменьшалась продукция провоспалительных цитокинов.

**9.6. НАНОТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ**

Маншарипова А.Т., Джусипов А.К., Абылайулы Ж., Гильманов М.К.\* , Ахсан Али\*, Лекеров Е.М.\* , Гриневич Е.Е., Арынова А.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы, ТОО «Казнаномед»\*, РК, г. Алматы, АО «НИФ» РК, г. Алматы

Проблема системы транспорта лекарственных средств является одной из актуальных вопросов современной медицины. При лечении целого ряда терапевтических заболеваний необходимо создание системы транспорта для лекарственных средств, которая способна уменьшить появление побочных эффектов самого препарата.

**Введение(цели/задачи):**

Целью исследования явилось создание нанокапсулярной системы транспорта для лекарственных препаратов, применяемых для лечения сердечно-сосудистой и эндокринной патологии.

**Материал и методы:**

При разработке препаратов были использованы нанотехнологии, биотехнологические и фармацевтические методы. Основой нанокапсулярной системы транспорта лекарственных средств является фосфатидилинозитол, а активным веществом были изосорбид динитрат, алпростадил, препараты цитокинов, инсулин, диабетический чай. Фосфатидилинозитол содержит 6 атомный спирт - инозитол, который через остаток фосфорной кислоты соединяется с 3 углеродным атомом глицерина. К 1,2 углеродному атому глицерина через оксигруппы присоединяются 2 жирные кислоты. Для формирования везикул фосфолипидный раствор вносили в буферный раствор, затем подвергали ультразвуковой диспергации на ультразвуковом дезинтеграторе. После чего формируются бислоиные везикулы (шарообразные структуры) размером менее 300 нм. При этом полярные головки фосфата и инозитола ориентированы наружу, а гидрофобные хвосты обращены друг другу и образуют внутреннюю бислоиную структуру. В процессе работы разработан и запатентован метод загрузки системы транспорта лекарственными препаратами. Система транспорта с лекарственными препаратами приготовлена на мазевой основе, содержащей ланолин, подсолнечное масло, дистиллированную воду, препарат в соотношении 1:1:1:1. Приготовленная трансдермальная форма нанокапсул с лекарственными препаратами представляет собой взвесь белого цвета, является достаточно инертной, нейтральной. Проведено доклиническое исследование нанокапсулярного изосорбида динитрата, алпростадила, которые показывают наличие специфической активности препаратов. В настоящее

время проведены тесты на хроническую и острую токсичность и тесты на безопасность полученных нанопрепаратов.

**Результаты:**

Так, проведенные исследования показали, что нанокапсулярная трансдермальная система с изосорбидом динитратом, алпростадиллом снижает дозы самого препарата, уменьшает риск гипотонии, обладает противоапоптотическим действием, что свидетельствует о появлении новых фармакологических свойств препарата. При исследовании нанопрепарата с инсулином выявляется гипогликемический и противоапоптотический эффект.

**Заключение:**

Таким образом, разработанная нанокапсулярная трансдермальная система транспорта с изосорбидом динитратом, алпростадиллом и инсулином обладает дополнительными терапевтическими эффектами.

Работа поддержана грантами по фундаментальным и прикладным исследованиям АО «НИФ» РК, МОН РК.

---

**9.7. РАЗРАБОТКА НАНОКАПСУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИОКАРДИТОВ**

Маншарипова А.Т., Симбирцев А.С.,  
Джусипов А.К., Гильманов М.К., Абылай улы Ж.,  
Ахсан Али, Лигаи З.Г., Нугманова М.Н.

НИИ кардиологии и внутренних болезней  
МЗ РК, г. Алматы,  
ФГУП Государственный НИИ ОЧБП, г. С-ПЕТЕРБУРГ

Известно, что препараты цитокинов являются одними из эффективных препаратов при комплексном лечении терапевтических заболеваний.

**Введение(цели/задачи):**

Задачей исследования явилось создание новой нанокапсулярной формы препарата интервала трансдермального введения для коррекции миокардитов.

**Материал и методы:**

Материалом служил препарат интерваль (НИИОЧБ, г. С-Петербург) и нанокапсулы из фосфатидилинозитола. При разработке препарата применялись биотехнологические методы.

Основу нанокапсулярной формы составлял фосфатидилинозитол, а В качестве активного вещества в нанокапсуле выступал препарат интерферона альфа - интерваль. Фосфатидилинозитол содержал в своем составе 6-атомный спирт - инозитол, которой через остаток фосфорной кислоты соединен с 3 углеродным атомом глицерина. К 1,2 углеродному атому глицерина через оксигруппы были присоединены 2 жирные кислоты. Для формирования везикул раствор фосфолипида вносили в буферный раствор, и подвергали ультразвуковой диспергации на ультразвуковом дезинтеграторе УЗДМ-1 (Польша).

**Результаты:**

В результате формировались бислойные везикулы (шарообразные структуры) размером менее 1 микрон, у которой полярные головки фосфата и инозитола ориентированы наружу, а гидрофобные хвосты обращены друг другу и образовали внутреннюю бислойную структуру.

Нами был разработан и произведен оригинальный метод загрузки нанокапсулярных структур интервалем. Нанокапсулярная форма интервала приготовлена на мазевой основе, со-

державшей ланолин, подсолнечное масло, дистиллированную воду и интерваль соотношении 1:1:1:1. Приготовленная трансдермальная форма мицелл с интервалем представляет собой взвесь бело-желтого цвета, являлась достаточно инертной, нейтральной. В доклинических исследованиях препарат показывает достаточную стабильность раствора и отсутствие аллергических реакций при введении препарата.

**Заключение:**

Таким образом, разработана новая нанокапсулярная форма интервала для трансдермального введения, который может применяться в терапевтической практике.

---

**9.8. РАЗРАБОТКА НАНОКАПСУЛ С ВАЗОДИЛАТАТОРОМ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕССЫ АПОПТОЗА КАРДИОМИОЦИТОВ**

Маншарипова А.Т., Джусипов А.К., Гильманов М.К.,  
Булентаева З., Шокарева Г.В., Ахсан Али, Лекеров Е.М.

НИИ кардиологии и внутренних  
болезней МЗ РК, г. Алматы

Нами были разработаны нанокапсулы из фосфатидилинозитола с активным веществом, вазодилататором - изосорбидом динитратом.

**Введение(цели/задачи):**

Целью работы было изучение влияния нанокапсулярного изосорбида динитрата на апоптоз кардиомиоцитов при коронарной недостаточности в эксперименте.

**Материал и методы:**

При исследовании нами были использованы крысы-самцы неинбредной линии весом 200-250 г. Группа № 1 была сформирована из 15 животных, подвергнутых модели коронарной недостаточности. Группа № 2 была сформирована из 15 животных, подвергнутых модели коронарной недостаточности, которым перорально вводили изосорбида динитрат. Группа № 3 состояла из 15 животных, подвергнутых модели коронарной недостаточности и которым внутривенно вводили гестоген (известный ингибитор апоптоза). Группа № 4 включала 15 животных, подвергалась модели коронарной недостаточности, которым вводили нанокапсулярную форму изосорбида динитрата. Контрольная группа состояла из 15 интактных животных.

На 3, 7, 11 сутки опыта проводили иммуногистохимическое исследование миокарда животных всех групп с помощью TUNEL метода с подсчетом апоптотического индекса. Апоптотический индекс ткани миокарда рассчитывали как отношение числа позитивно окрашенных ядер к общему числу кардиомиоцитов. Подсчеты производились в 20 произвольных выбранных полях зрения при увеличении 400<sup>x</sup>. Исследования выполнены на микроскопе "Leica DM4000B" с объективом полуахроматическим/Fluotar, цифровой видеокамерой "Leica DFC 320" и разрешением 7,2 Мрх. фирмы «Leica Microsystems».

**Результаты:**

В результате исследования обнаружено, что апоптотический индекс миокарда животных группы № 2 на 3 сутки равнялся  $28,4 \pm 4,7 \%$  и в динамике практически не изменялся. Апоптотический индекс ткани миокарда животных опытной группы № 2 был в 4,5 раза выше по сравнению с такими же данными интактных животных ( $6,3 \pm 3,1 \%$ ) на 3 сутки,  $p < 0,001$ . В тоже время, апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 2 значительно не различался от аналогичного показателя ткани миокарда животных опытной группы № 1

( $21,4 \pm 3,5\%$ ). Анализ иммуногистохимического исследования показал, что апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 3 был равен  $3,4 \pm 2,3\%$ , что практически не отличалось от аналогичных данных животных контрольной группы и в динамике имел тенденцию к повышению. Апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 4 на 3 сутки был равен  $24,7 \pm 2,6\%$ , что было в 3,9 раза выше аналогичных данных животных контрольной группы ( $6,3 \pm 3,1\%$ ),  $p < 0,05$ . В тоже время апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 4 достоверно не различался от аналогичного показателя животных опытной группы № 1 ( $21,4 \pm 3,5\%$ ),  $p > 0,05$ . На 7 сутки апоптотический индекс ткани миокарда животных с коронарной недостаточностью и введенной нанокапсулярной формой изосорбида динитрата был равен  $16,3 \pm 2,5\%$ , что достоверно не различалось от аналогичного показателя на 3 сутки,  $p > 0,05$ . Однако, на 11 сутки апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 4 равнялся  $7,2 \pm 3,1\%$ , что было в 2,3 раза ниже аналогичного показателя на 7 сутки и в 3,4 раза ниже аналогичного показателя на 3 сутки эксперимента.

#### **Заключение:**

Таким образом, нанокапсулярный изосорбид динитрат тормозит апоптоз кардиомиоцитов при коронарной недостаточности. Кроме того, ингибирование апоптотического процесса в кардиомиоцитах напрямую зависит от длительности введения нового препарата.

### **9.9. ДЕТЕРМИНАНТЫ КОНЦЕНТРАЦИИ ГОМОЦИСТЕИНА У КАЗАХОВ, ПОПУЛЯЦИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ**

Акильжанова А.Р., Такамура Нобору, Ямашита Суничи

РГП «Национальный Центр биотехнологии Республики Казахстан», Университет Нагасаки

#### **Введение(цели/задачи):**

В многочисленных исследованиях показана роль гомоцистеина как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, играющего большую роль в патогенезе атерогенеза и тромбообразования. Высокий уровень гомоцистеина приводит к 3-кратному увеличению риска при цереброваскулярных болезнях, а значение гипергомоцистеинемии является важным для определения прогноза больным с уже установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания. В ходе недавно проведенных исследований была выявлена независимая связь между наличием легкой или умеренно выраженной гипергомоцистеинемии и развитием ИБС, инфаркта миокарда, заболеваний периферических сосудов и сосудов мозга, инсульта, васкулопатии сердечного аллотрансплантата и смертностью от ИБС. Гомоцистеин (промежуточный продукт обмена метионина) метаболизируется двумя путями: за счет переноса сульфатной группы, происходящего в присутствии витамина В6, или реметилирования, происходящего в присутствии витамина В12 и фолиевой кислоты. Нормальным считают уровень гомоцистеина в крови натощак в диапазоне от 5 до 15 мкмоль/л. В недавних наших исследованиях мы выявили низкий уровень фолиевой кислоты у казахов в Семипалатинском регионе, что возможно было связано в большей степени с особенностями питания. Фолиевая кислота участвует в метаболизме гомоцистеина, и дефицит фолиевой кислоты приводит к гипергомоцистеинемии. Целью исследова-

ния было определение биохимических и генетических маркеров метаболизма фолиевой кислоты и гомоцистеина для идентификации детерминант концентрации гомоцистеина среди казахов.

#### **Материал и методы:**

В исследование были включены 110 практически здоровых лиц (61 мужчин и 49 женщин, в возрасте от 20 до 77 лет), казахской национальности, проживающих в Семипалатинском регионе Казахстана. Средний возраст составил  $37,9 \pm 16,1$  лет. Группу сравнения составили 110 добровольцев японцев из общей популяции, сопоставимых по полу и возрасту (61 мужчин и 49 женщин, в возрасте от 20 до 76 лет), привлеченных из "National Insurance Health-Up Project", проводимого в префектуре Нагасаки, Япония и проанализированных по аналогичному протоколу исследования. Все участники дали письменное согласие на участие в исследовании. Был проведен забор крови с последующим разделением сыворотки, плазмы и клеток крови и хранением при  $-20^{\circ}\text{C}$  до анализа. Лабораторные и геномные исследования проводились авторами в Лабораториях молекулярной медицины и радиационной эпидемиологии, в Университете Нагасаки. Определяли концентрацию фолатов, витамина В12, креатинина, альбумина, гомоцистеина. Геномная ДНК была выделена из клеток крови автоматически с помощью MagExtractor MFX® (TOYOBO, Osaka, Japan). Для генотипирования C677T/MTHFR использовали метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР) TaqMan (Applied Biosystems Japan, Tokyo, Japan). Были подобраны 2 зонда, специфических для С и Т аллелей гена MTHFR и праймеры. ПЦР проводилась на термоциклере (Bio-Rad Laboratories, Hercules, USA), уровень флюоресценции измеряли на ABI PRISM 7900 Sequence Detector (Applied Biosystems Japan, Tokyo, Japan), с идентификацией трех генотипов C677T/MTHFR (СС, СТ, и ТТ). Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 16.0® (SPSS Japan Inc., Tokyo, Japan).

#### **Результаты:**

Концентрация фолатов в сыворотке крови в казахской популяции варьировала с 0.7 до 13.5 г/л. У 72 участников исследования из 110 (65.4 %) было выявлено фолиевое дефицитное состояние ( $<3.6$  г/л). Уровень гомоцистеина плазмы у казахов варьировал от 5.5 до 41.1 моль/л. Множественный регрессионный анализ, выровненный по возрасту и полу показал, что уровень альбумина сыворотки и креатинина не коррелировал с концентрацией гомоцистеина плазмы, в то время как отмечалась относительная корреляция уровня витамина В12 с уровнем гомоцистеина ( $\beta = -0.26$ ,  $p < 0.01$ ). Частота генотипов C677T/MTHFR составила 41.8% для СС, 44.5% для СТ, и 13.7% для ТТ в группе Казахов и в группе Японцев - 6.4%, 48.1%, 15.5% для СС, СТ, ТТ, соответственно. Уровень гомоцистеина плазмы у Казахов с генотипом ТТ был значительно выше, чем у участников исследования с генотипом СС и СТ ( $19.5 \pm 1.8$  моль/л vs.  $9.7 \pm 0.5$  моль/л;  $p < 0.001$ ). После выравнивания группы по полу и возрасту концентрация гомоцистеина у носителей генотипа ТТ была в два раза выше, чем у исследуемых с генотипами СС и СТ ( $19.7 \pm 1.8$  моль/л vs.  $9.7 \pm 0.5$  моль/л;  $p < 0.001$ ). С другой стороны уровень гомоцистеина при генотипе ТТ у Казахов был относительно выше в сравнении с уровнем гомоцистеина у Японцев с генотипами СС и СТ ( $12.7 \pm 0.6$  моль/л vs.  $11.6 \pm 0.2$  моль/л;  $p = 0.09$ ). В данном исследовании нами было выявлено, что концентрация фолатов сыворотки крови независимо коррелирует с уровнем гомоцистеина ( $p = 0.007$ ) и при генотипе ТТ гена C677T/MTHFR уровень гомоцистеина увели-

чивается в два раза по сравнению при генотипах СС и СТ. У 65.4% участников из казахской популяции отмечалась низкая концентрация фолиевой кислоты. Эффективное восполнение уровня фолатов у казахов в данном регионе позволит уменьшить концентрацию гомоцистеина.

**Заключение:**

Генотип C677T/MTHFR значительно коррелирует с концентрацией гомоцистеина и низким уровнем фолатов. У 65.4% участников из казахской популяции отмечалась низкая концентрация фолиевой кислоты. Восполнение уровня фолиевой кислоты у казахов может быть эффективным в контроле уровня гомоцистеина. Необходимы дальнейшие исследования по изучению дефицита фолиевой кислоты и гипергомоцистеинемии, для разработки профилактических мер при сердечно-сосудистых заболеваниях и других патологических состояниях.

---

**9.10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА**

Альмухамбетов М.К., Сейсенбаев А. Ш.

КАЗАХСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**Введение(цели/задачи):**

Антифосфолипидный синдром (АФС) - симптомокомплекс, включающий венозные и артериальные тромбозы, различные формы акушерской патологии, тромбоцитопению, разнообразные неврологические, сердечно-сосудистые, кожные, гематологические и другие нарушения, серологическим маркером которого являются антитела к фосфолипидам (антитела к кардиолипину (аКЛ), волчаночный антикоагулянт (ВА), бета2-гликопротеин-1-кофакторзависимые антитела.

**Материал и методы:**

Проведено ретроспективное исследование клинических проявлений АФС у 121 больных системной красной волчанкой (СКВ), находившихся на лечении в НИИ кардиологии и внутренних болезней, из них 114 женщины – 94,2%, 7 – мужчины- 5,8% (средний возраст 30,32±10,3 лет).

**Результаты:**

В результате ретроспективного исследования клинических проявлений АФС у больных СКВ, было установлено: • Венозные тромбозы (глубоких вен конечностей, сетчатки глаза) у 0,8% • Акушерская патология (привычное невынашивание беременности, мертворождение) у 9,9% • Поражение центральной нервной системы (хорея, астеноневротический синдром, мигрень, острые нарушения мозгового кровообращения) у 16,5% • Кожные проявления (эритема, сетчатое ливедо, фотосенсибилизация, синдром Шегрена) у 90,9% • Поражения сердца (кардиты, пороки клапанного аппарата) у 74,4% У 1 больного был диагностирован вторичный АФС на фоне СКВ, а у 2-х больных был первичный АФС.

**Заключение:**

Диагностика и лечение АФС – сложная и недостаточно разработанная проблема, что объясняется неоднородностью патогенетических механизмов, лежащих в основе АФС, отсутствием достоверных клинических и лабораторных показателей, позволяющих прогнозировать риск рецидивов тромбоза. До настоящего времени не существует общепринятых международных стандартов тактики ведения больных

с различными формами АФС. В связи с этим, исследование АФС имеет существенное теоретическое и практическое значение для разработки методов его ранней диагностики и лечения.

---

**9.11. РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА IL-1β, IL-6 И TNF-α В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ПОДРОСТКОВ**

Альмухамбетова Р.К., Даулетбакова М.И.,  
Жангелова Ш.Б.

КАЗНМУ им. С.Д. Асфендиярова,  
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

**Введение(цели/задачи):**

Артериальная гипертензия (АГ), как считают большинство авторов, при хроническом пиелонефрите (ХП) не характерна, в то же время до развития почечной недостаточности АГ наблюдается с той же частотой, что и в популяции, примерно в 15-20% случаев. Согласно данным последних лет, полиморфизм генов цитокинов оказывает существенное влияние не только на предрасположенность, но и на характер течения ХП. Целью нашего исследования явилось изучение полиморфизма генов IL-1β, IL-6 и TNF-α у подростков казахской национальности при АГ, ассоциированной с ХП.

**Материал и методы:**

Нами были обследованы 102 подростка в возрасте от 18 до 20 лет казахской национальности (средний возраст 18,5±0,6;), страдающих ХП. Для проведения анализа ассоциации полиморфных маркеров генов IL-1β, IL-6 и TNF-α с клиническими особенностями ХП были сформированы 2 группы, основанные на наличии артериальной гипертензии. Группу контроля составили 57 практически здоровых подростков. Содержание цитокинов (IL-1β, IL-6 и TNF-α) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Pro Con TNF-α, Pro Con IL-1β, Pro Con IL-6 согласно инструкциям к ним. Полиморфизм генов интерлейкинов изучали в лаборатории структурной и функциональной геномики Института молекулярной биологии и биохимии им. М.А.Айтхожина.

**Результаты:**

При наличии АГ частота генотипа СТ и генотипа ТТ IL-1β, а также аллеля С превышает частоты соответствующих генотипов и аллеля у больных ХП без АГ. Генотипы GC и GG гена IL-6 ассоциированы с АГ, тогда как генотип СС чаще встречается при отсутствии АГ, что, возможно, связано с его протективным действием. Наличие АГ у больных ХП соотносится с генотипом АГ и аллелем А гена TNF-α.

**Заключение:**

Таким образом, наше исследование показало, что АГ при ХП ассоциирована с гомозиготными вариантами генотипов ТТ IL-1β и GG IL-6; также гетерозиготными генотипами GC IL-6 и AG TNF-α. Данные генотипы могут являться маркерами риска развития указанной формы ХП, в то же время определяя ее течение и исход.



**9.12. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ГЕНОВ CCR2, MCP-1, CX3CR1 С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИБС**

Орлова Н.В., Ситников В.Ф., Ярцева И.М.,  
Прохин А.В., Кузнецов А.Б.

ГОУ ВПО РГМУ РосЗдрава, ГП № 80, г. Москва

**Введение(цели/задачи):**

Целью проводимого исследования явилось изучение роли генетических факторов сосудистого воспаления в атерогенезе на примере изучения полиморфизмов генов хемокиновых рецепторов.

**Материал и методы:**

В исследование были включены 30 пациентов с верифицированным диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Средний возраст больных составил 45,8 ± 5,4 года. Контрольную группу составили 30 практически здоровых добровольцев. Контрольная и исследуемая группы были представлены мужчинами и сопоставимы по возрасту. Всем больным определялся общий холестерин, фракции β-липопротеидов (ЛПНП, ЛПВП), триглицериды, индекс атерогенности (ИА). Генотипирование по генам CCR2, MCP-1, CX3CR1 проводилось в основной и контрольной группе. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. Выделение ДНК проводили из крови набором «ДНК-ЭКСПРЕСС-КРОВЬ» фирмы «Литех» (Россия, Москва). Измеряли концентрацию ДНК на флуориметре. Статистический анализ проводился с использованием Microsoft Office Excel.

**Результаты:**

При анализе данных о частоте встречаемости генотипов по гену MCP-1 было выявлено, что в группе больных количество носителей мутантного аллеля (гетеро- и гомозиготы) достоверно выше при  $p < 0,01$ , а частота мутантных аллелей достоверно выше - 0,43 при  $p < 0,005$ , чем в контрольной группе - 0,18. Из этого можно заключить, что наличие данного полиморфизма является значимым в патогенезе атеросклероза. Аналогичный анализ частот встречаемости генотипов и аллелей гена CCR2 показал, что разница в распределении генотипов и аллелей в исследуемых группах не достоверна. Анализ данных по гену CX3CR1, по его полиморфизму T280M показал, что в контрольной группе генотипы носителей этого полиморфизма встречаются достоверно чаще, чем в группе больных, при уровне значимости  $p < 0,005$ ; частота мутантных аллелей также достоверно выше в группе контроля - 0,8, в сравнении с больными - 0,63, при уровне значимости  $p < 0,05$ . Таким образом, роль этого полиморфизма представляется значимой в патогенезе атеросклероза. Полиморфизм V249I гена CX3CR1, по результатам анализа встречаемости аллелей и генотипов носителей, не оказался достоверно значимым для атерогенеза.

**Заключение:**

Выявлены два значимых полиморфизма в патогенезе атеросклероза: один - атерогенный (полиморфизм гена MCP-1), второй - протективный (полиморфизм гена CX3CR1 T280M). Полученные результаты подтверждают генетическую обусловленность воспалительных процессов в развитии атеросклероза.

**9.13. АССОЦИАЦИЯ TRP64 → ARG ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА В3 АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ КЫРГЫЗСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ**

Лунегова О.С., Керимкулова А.С., Совхозова Н.А.,  
Чыналиев М.Т., Набиев М.П., Исакова Ж.Т.,  
Neuer E., Миррахимов Э.М., Алдашев А.А.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИ И ТЕРАПИИ, КГМА, НИИ  
МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ, MUSEUM NATIONAL D'HISTOIRE NATU

**Введение(цели/задачи):**

Абдоминальное ожирение (АО) признано ключевым патогенетическим компонентом метаболического синдрома (МС) и является важным фактором риска в развитии атеросклероза. В регуляции жирового обмена большое внимание уделяется роли β3 адренорецепторов. Цель: изучить связь Trp64 → Arg полиморфизма гена β3 адренорецептора с АО у этнических кыргызов.

**Материал и методы:**

В исследование было включено 131 пациент (муж - 87, жен - 44) с АО (объем талии (ОТ) у муж > 102 см, у жен > 88 см) и 82 человека (муж - 58, жен - 24) без признаков АО, МС и сахарного диабета (СД) 2 типа (контроль). Все обследованные были этническими кыргызами, средний возраст - 50,7 ± 7,6 лет. План обследования включал измерение артериального давления, антропометрических показателей, сахара и липидного спектра крови. Геномная ДНК выделялась из периферической крови. Trp64 → Arg полиморфизм гена β3 адренорецептора определялся методом ПЦР.

**Результаты:**

Arg64Arg и Trp64Arg генотипы были объединены в одну группу, поскольку Arg64 аллель является доминантной, а Arg64Arg генотип встречался редко. Частота Arg64Arg+Trp64Arg генотипов в группе с АО составила 0,52, и была достоверно выше, чем в группе контроля - 0,35 ( $\chi^2$ -5,56,  $p$ -0,018). Разница по частоте аллелей была не достоверной (частота Arg64 в группе АО - 0,26, в группе контроля - 0,20,  $\chi^2$ -1,02,  $p$ -нд). У носителей Arg64Arg+Trp64Arg генотипов также отмечались достоверно более высокие показатели индекса массы тела (29,4 ± 4,9 кг/м<sup>2</sup> против 27,7 ± 4,5 кг/м<sup>2</sup>  $p$ -0,008), ОТ (101,7 ± 14 см, против 94,9 ± 13,2 см  $p$ -0,0004), встречаемости артериальной гипертензии (48,9% против 32,5%  $p$ -0,014), СД 2 типа (25% против 10,3%,  $p$ -0,004) и более низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) (1,02 ± 0,3 ммоль/л против 1,12 ± 0,3 ммоль/л,  $p$ -0,04) по сравнению с Trp64Trp гомозиготами.

**Заключение:**

Носительство Arg64 аллели гена β3 адренорецептора у этнических кыргызов ассоциируется с такими факторами риска, как АО, артериальная гипертензия, СД 2 типа и низкий уровень ЛПВП-ХС.

**9.14. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Исакова Б.К.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

**Введение(цели/задачи):**

Цель исследования - оценить эффективность фолиевой кислоты (ФолК) и витаминов В6 и В12 в терапии гипергомоцистеинемии (ГГЦ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

**Материал и методы:**

Обследовано 79 больных (70 мужчин и 9 женщин, средний возраст -  $56,4 \pm 3,9$  года) из них 35 больных острым коронарным синдромом (ОКС) и 44 больных стабильной СТ ФК III-IV. Всем больным исходно и в динамике наблюдения проведено полное клиническое обследование с определением гомоцистеина (ГЦ), липидного спектра плазмы, С-протеина, нитрит-иона, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и ряда функциональных (ЭХОКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные пробы) исследований. У 56 пациента поражение коронарных артерий подтверждено ангиографически. Больные были разделены на 3 группы сопоставимые по полу, возрасту, клиническому течению, исходной концентрации ГЦ в плазме крови, проводимой антиангинальной терапии. Пациентам I-й группы (n=28) в течение 3-х месяцев на фоне базисной терапии назначалась ФолК в дозе 5 мг/сут. Во II-й группе (n=26) – витаминный комплекс, содержащий ФолК 5 мг, витамин В6 – 4 мг, витамин В12 – 6 мкг. В III-й группе больных – контрольной (n=25), указанные препараты не назначались.

**Результаты:**

К концу третьего месяца терапии уровень ГЦ нормализовался у 85,6% больных I-ой и 95,4% II-ой группы ( $p < 0,05$ , соответственно). В III-й группе различий с исходным уровнем ГЦ не установлено ( $p > 0,05$ ). На фоне проведенной комплексной терапии улучшение общего самочувствия, уменьшение частоты ангинозных болей отмечено у 84,7% больных I-й группы, 97,2% – II-й группы и у 75,7% – III-й. Статистически значимых изменений в липидном профиле плазмы в динамике не выявлено ( $p > 0,05$ ). При тенденции повышения ТФН к исходу 3-го месяца на фоне проведенной комбинированной терапии во всех трех группах, различия выявлены между группой принимавших витаминный комплекс и группой контроля ( $p < 0,05$ ). Терапия витаминным комплексом привела также к достоверному уменьшению концентрации СРБ ( $p < 0,05$ ), ДК и МДА ( $p < 0,001$ , соответственно) и повышению уровня нитрит-иона ( $p < 0,05$ ). Дальнейшее наблюдение за больными после отмены препаратов ФолК выявило увеличение концентрации ГЦ через 6 месяцев до  $20,6 \pm 2,0$  мкмоль/л в I-й группе ( $p < 0,05$ ) и  $19,9 \pm 2,1$  мкмоль/л во II-й группе ( $p < 0,05$ ). Это сопровождалось ухудшением состояния больных, снижением ТФН, увеличением частоты эпизодов ОКС.

**Заключение:**

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи ГЦ с развитием эндотелиальной дисфункции, воспаления и активацией ПОЛ и, подтверждают эффективность терапии ГЦ ФолК в суточной дозе 5 мг как в режиме монотерапии, так и в комбинации с витаминами В6 в дозе 4 мг и В12 в дозе 6 мкг. Для стабилизации уровня ГЦ в плазме крови больных КБС необходима терапия витаминным комплексом, в течение 3-х месяцев дважды в год.

---

**9.15. РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ**

Джунусбекова Г.А., Святова Г.С.

НИИ кардиологии и внутренних болезней  
МЗ РК, НЦАГиП МЗ РК

**Введение(цели/задачи):**

Изучение ассоциации полиморфизма С(-344)Т гена альдостерон-синтазы (CYP11B2), С677Т гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) и Leu10Pro гена трансформирующего фактора роста-β1 (TGF-β1) с выраженностью кардиоренальных нарушений у больных артериальной гипертонией (АГ) казахской национальности.

**Материал и методы:**

Обследовано 142 больных АГ I-III степени (48 жен./94 муж.), среднего и высокого риска. Проводилось комплексное эхокардиографическое обследование, оценивалась толщина интимы/медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического и мышечного типа, эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) плечевой артерии пробой с реактивной гиперемией, уровень сывороточного креатинина, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD и выраженность микроальбуминурии (МАУ). Идентификация аллелей вышеуказанных полиморфных маркеров производилась путем полимеразной цепной реакции.

**Результаты:**

Развитие концентрической гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) ассоциируется с СС-генотипом гена CYP11B2 и Pro/Pro-генотипом гена TGF-β1, диастолическая дисфункция ЛЖ - с СС-генотипом гена CYP11B2. Усиление ригидности артерий связано с СС-генотипом гена CYP11B2, увеличение ТИМ ОСА - с аллелем Pro гена TGF-β1 и уменьшение ЭЗВД сосудов - с аллелем Т гена MTHFR. Снижение СКФ ассоциируется с носительством аллеля Pro гена TGF-β1, развитие МАУ - с аллелем Т гена MTHFR.

**Заключение:**

У больных АГ казахской национальности выраженность кардиоренальных нарушений ассоциируется с полиморфизмами Т(-344)С гена CYP11B2, Leu10Pro гена TGF-β1 и С677Т гена MTHFR.

---

**9.16. ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИИ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА 1-ГО ТИПА С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У КАЗАХОВ**

Джолдасбекова А.У., Байтасова Н.Б.,  
Шурина Б.С.

В.Н.С. Центра Внутренней Медицины и  
трансплантологии ННМЦ, г. Астана, НИИ  
кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

**Введение(цели/задачи):**

Изучить частотное распределение генотипов и аллелей 4G(-675)5G полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1) во взаимосвязи с факторами риска развития артериальной гипертонии и ишемического инсульта у лиц казахской национальности.

**Материал и методы:**

Обследовано 120 больных с АГ 2-3 степени, риск 2-4 степени и 80 практически здоровых лиц без клинических признаков сердечно-сосудистых нарушений, не связанные между собой узами родства, отобранными методом случайной выборки, средний возраст составил  $47,0 \pm 0,7$  лет. Всем обследованным проведен анализ полиморфизма 4G-(675)5G гена PAI-1 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Уровень гомоцистеина

(ГЦ), ИЛ-6, ИЛ-10, Е-селектина и ICAM-1 определяли методом иммуноферментного анализа. Измерение показателей плазменного гемостаза: уровень фибриногена (ФГ), фактора Виллебранда (ФВБ), ингибитора активатора плазминогена-1 (ИАП-1) проводили на автоматическом анализаторе. Анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена FGB по Харди-Вайнбергу оценивали с помощью критерия  $\chi^2$ .

#### **Результаты:**

Нами выявлено достоверное различие частотного распределения генотипов и аллелей гена PAI-1 среди больных АГ и практически здоровых казахов. Генотип 5G/5G у больных АГ встречается в 17 раз чаще в сравнении таковой у здоровых лиц ( $\chi^2=16,2$ ;  $P=0,0003$ ) и аллель 5G у больных АГ в 1,5 раза чаще встречается в сравнении с контрольной группой ( $\chi^2=6,8$ ;  $P=0,009$ ). Установлена взаимосвязь между полиморфизмом гена PAI-1 и маркерами повреждения эндотелия сосудов и факторами воспаления: носительство гомозиготного генотипа 5G/5G гена PAI-1 ассоциирует с достоверно повышенным уровнем ФВБ, ИАП-1, Е-селектина и ICAM-1, ИЛ-6 гипергомоцистеинемией и гиперфибриногенемией по сравнению с генотипами 4G/4G, 4G/5G у больных АГ. Мутантный генотип 5G/5G встречается исключительно у пациентов с перенесенным в анамнезе ишемическим инсультом и соответственно мутантная аллель 5G в 2 раза чаще встречается в данной группе, различия статистически высоко значимые ( $\chi^2=11,49$ ,  $P=0,003$  и  $\chi^2=10,82$ ;  $P=0,001$  соответственно).

#### **Заключение:**

Таким образом, полиморфизм 4G(-675)5G гена PAI-1 ассоциирует с повреждением эндотелия сосудов, снижением фибринолитической активностью крови и является молекулярно-генетическим маркером риска развития артериальной гипертонии и ишемического инсульта у лиц казахской национальности.

### **9.17. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

Джолдасбекова А.У., Байтасова Н.Б.,  
Шурина Б.С.

В.Н.С. Центра Внутренней Медицины и Трансплантологии ННМЦ, г. Астана, НИИ Кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить взаимосвязь полиморфизма G-455A гена фибриногена (FGB) у молодых мужчин казахской национальности с риском развития артериальной гипертонии и оценить ассоциации генотипов и аллелей с показателями эндотелиальной дисфункции.

#### **Материал и методы:**

В возрасте до 45 лет обследовано 74 пациентов казахской национальности с АГ 2-3 степени, риск 2-3 степени и 80 практически здоровых лиц без клинических признаков сердечно-сосудистых нарушений, не связанные между собой узлами родства, отобранными методом случайной выборки. Всем обследованным проведен анализ полиморфизма G-455A гена FGB методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Уровень гомоцистеина (ГЦ), ИЛ-6, ИЛ-10, Е-селектина и ICAM-1 определяли

методом иммуноферментного анализа на аппарате «Anthos-2020». Измерение показателей плазменного гемостаза: уровень фибриногена (ФГ), фактора Виллебранда (ФВБ), ингибитора активатора плазминогена-1 (ИАП-1) проводили на автоматическом анализаторе. Анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена FGB по Харди-Вайнбергу оценивали с помощью критерия  $\chi^2$ .

#### **Результаты:**

Нами изучено частотное распределение генотипов и аллелей гена FGB у больных АГ и практически здоровых лиц казахской национальности в молодом возрасте, до 45 лет. Сравнительный анализ частотного распределения генотипов и аллелей гена FGB между больными АГ в возрасте до 45 лет и практически здоровыми лицами показал, что распределение генотипов (GG, GA, AA) гена FGB в группе больных достоверно отличалось от здоровых лиц ( $\chi^2 = 11,81$ ;  $P<0,05$ ). Аллель А достоверно чаще встречался в группе больных АГ в молодом возрасте ( $\chi^2 = 8,68$ ,  $P<0,05$ ). Также установлена взаимосвязь между полиморфизмом гена FGB и маркерами повреждения эндотелия сосудов и факторами воспаления: носительство гомозиготного генотипа по -455A-аллели (AA) ассоциирует с достоверно повышенным уровнем ФВБ, гомоцистеина, ИАП-1, Е-селектина и ICAM-1, ИЛ-6 и гиперфибриногенемией по сравнению с генотипами GG, GA у больных АГ.

#### **Заключение:**

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что носительство AA генотипа и -455A аллели гена FGB ассоциирован с развитием эндотелиальной дисфункцией и являются молекулярно-генетическими маркерами предрасположенности к развитию артериальной гипертонии у лиц казахской национальности в возрасте до 45 лет.

### **9.18. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КАЗАХСТАНЕ**

Джолдасбекова А.У., Байтасова Н.Б.,  
Шурина Б.С.

В.Н.С. Центра Внутренней Медицины и Трансплантологии ННМЦ, г. Астана, НИИ Кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

#### **Введение(цели/задачи):**

Изучить взаимосвязь полиморфизма основных генов-кандидатов предрасположенности к развитию артериальной гипертонии у лиц казахской национальности.

#### **Материал и методы:**

Нами изучены полиморфизмы генов 4a/4b NOS3, C677T MTHFR, G/A FGB, Lys198Asn END у 120 больных артериальной гипертонией и 80 практически здоровых лиц казахской национальности, не связанные между собой узлами родства, отобранными методом случайной выборки. Обследованные лица были в возрасте 30-55 лет. Исследование проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Для анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма изученных генов по Харди-Вайнбергу был использован критерий  $\chi^2$ .

#### **Результаты:**

Среди частотного распределения генотипов и аллелей генов: 4a/4b NOS3, C677T MTHFR, G/A FGB у больных артериальной гипертонией и практически здоровых лиц достоверных разли-

чий не обнаружено, кроме генов 4G/5G PAI-1, Lys198Asn END. Так при частотном распределении генотип 5G5G и аллель 5G полиморфизма гена PAI-1 преобладал у больных артериальной гипертонией по сравнению со здоровыми лицами, и это  $0,05, <2 = 5,68; P < 0,05; <2 = 7,8; P < 0,05$  различие было достоверным (соответственно). При сравнении частотного распределения генотипа и аллели гена END между группами больных артериальной гипертонией и здоровых лиц казахской национальности установлено, что среди больных частота генотипа AsnAsn и аллели Asn достоверно выше, чем частота данного генотипа и аллели в группе здоровых лиц ( $\chi^2 = 6,29, P < 0,05; \chi^2 = 5,48, P < 0,05$ , соответственно).

**Заключение:**

Таким образом, исследования, проведенные в Казахстане, позволяют сделать вывод о том, что генотипы 5G5G, AsnAsn и аллели 5G, Asn гена PAI-1 и гена END, соответственно, являются молекулярно-генетическими маркерами предрасположенности к развитию артериальной гипертонии у лиц казахской национальности.

---

**9.19. ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА ИНГИБИТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА 1-ГО ТИПА С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ**

Джолдасбекова А.У., Байтасова Н.Б., Шурина Б.С.

В.Н.С. Центра Внутренней Медицины и Трансплантологии ННМЦ, г. Астана, НИИ Кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

**Введение(цели/задачи):**

Изучить частотное распределение генотипов и аллелей 4G(-675)5G полиморфизма гена ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1) во взаимосвязи с факторами риска развития артериальной гипертонии у лиц казахской национальности.

**Материал и методы:**

Обследовано 120 больных с АГ 2-3 степени, риск 2-4 степени и 80 практически здоровых лиц без клинических признаков сердечно-сосудистых нарушений, не связанные между собой узлами родства, отобранными методом случайной выборки, средний возраст составил  $47,0 \pm 0,7$  лет. Всем обследованным проведен анализ полиморфизма 4G(-675)5G гена PAI-1 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Уровень гомоцистеина (ГЦ), ИЛ-6, ИЛ-10, Е-селектина и ICAM-1 определяли методом иммуноферментного анализа. Измерение показателей плазменного гемостаза: уровень фибриногена (ФГ), фактора Виллебранда (ФВБ), ингибитора активатора плазминогена-1 (ИАП-1) проводили на автоматическом анализаторе. Анализа частотного распределения аллелей и генотипов полиморфизма гена FGB по Харди-Вайнбергу оценивали с помощью критерия  $\chi^2$ .

**Результаты:**

Нами выявлено достоверное различие частотного распределения генотипов и аллелей гена PAI-1 среди больных АГ и практически здоровых казахов. Генотип 5G/5G у больных АГ встречается в 17 раз чаще в сравнении таковой у здоровых лиц ( $s^2=16,2; P=0,0003$ ) и аллель 5G у больных АГ в 1,5 раз чаще встречается в сравнении с контрольной группой ( $s^2=6,8;$

$P=0,009$ ). Установлена взаимосвязь между полиморфизмом гена PAI-1 и маркерами повреждения эндотелия сосудов и факторами воспаления: носительство гомозиготного генотипа 5G/5G гена PAI-1 ассоциирует с достоверно повышенным уровнем ФВБ, ИАП-1, Е-селектина и ICAM-1, ИЛ-6 гипергомоцистеинемией и гиперфибриногенемией по сравнению с генотипами 4G/4G, 4G/5G у больных АГ. Мутантный генотип 5G/5G встречается исключительно у пациентов с перенесенным в анамнезе ишемическим инсультом и соответственно мутантная аллель 5G в 2 раза чаще встречается в данной группе, различия статистически высоко значимые ( $s^2=11,49, P=0,003$  и  $s^2=10,82; P=0,001$  соответственно).

**Заключение:**

Таким образом, полиморфизм 4G(-675)5G гена PAI-1 ассоциирует с повреждением эндотелия сосудов, снижением фибринолитической активностью крови и является молекулярно-генетическим маркером риска развития артериальной гипертонии и ишемического инсульта у лиц казахской национальности.

---

**9.20. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ACE, AT1R, NOS3 У ПОДРОСТКОВ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ**

Даулетбакова М.И., Жангелова Ш.Б., Хансеитова А.К., Мендеш М.А.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Институт молекулярной биологии

**Введение(цели/задачи):**

В настоящее время не вызывает сомнения существенный вклад генетических факторов в развитие артериальной гипертензии (АГ). В связи с этим, выяснение молекулярно-генетических основ наследственной предрасположенности к развитию артериальной гипертензии является одной из важнейших направлений современной кардиологии. Поскольку ренин-ангиотензин-альдостероновая система является ключевой регуляторной системой артериального давления, отвечающей за регуляцию сосудистого тонуса, поддержание водно-солевого гомеостаза, а также стимулирующей пролиферацию клеток гладкой мускулатуры сосудистой стенки и миокарда при наличии АГ, гены, кодирующие структуру компонентов именно этой системы, стали объектом пристального внимания в исследованиях по изучению молекулярно-генетических основ артериальной гипертензии («кандидатные» гены). Представленные в литературе результаты исследований характера распределения генотипов и аллелей изучаемых генов в разных популяциях и возрастных группах, а также ассоциативной связи их структурного состояния с артериальной гипертензией достаточно разноречивы.

**Материал и методы:**

В связи с этим мы изучили характер частоты встречаемости вариантов распределения полиморфизма генов ACE, AT1R и NOS3 у 107 юношей и девушек, казахской национальности, страдающих артериальной гипертензией в возрасте от 18 до 21 года. Объектом исследования служили образцы ядерной ДНК, выделенные из лейкоцитов крови лиц казахской национальности Алматинской популяции с клиническим проявлением артериальной гипертензией. В качестве контроля в работе использовали образцы крови, отобранные случайным образом у представителей казахской этнических группы по-

пуляции Алматы (без клинических проявлений ИБС и отягощенного семейного анамнеза по атеросклерозу, артериальной гипертонии, сахарному диабету).

**Результаты:**

Достоверные результаты сравнительного распределения частот аллелей и генотипов I/D-полиморфизма гена АПФ были получены в группе больных с АГ у девушек. «Кандидатными» генотипами, т.е. маркерами АГ согласно анализа является генотип ID (его частота 0,75), при высоком относительном риске 9,941 ( $\chi^2=3,88$ ;  $p<0,05$ ) и генотип DD (частота встречаемости 0,25), при высоком относительном риске 9,482 ( $\chi^2=4,37$ ;  $p<0,05$ ). Протективным генотипом к развитию АГ у девушек является Генотип II (его частота 10,032), при высоком относительном риске 9,482 ( $\chi^2=4,52$ ;  $p<0,05$ ). Достоверных результатов при сравнительном анализе распределения частот аллелей и генотипов A/C-полиморфизма гена АТ1R и G/T-полиморфизма гена NOS3 в группах наблюдения с АГ получено не было.

**Заключение:**

Таким образом, даже в подростковом возрасте при АГ необходимо изучать полиморфизм генов, чтобы прогнозировать течение АГ и определить тактику лечения АГ с учетом особенностей вегетативного статуса, так как с возрастом увеличивается количество мутантных генов и определение их полиморфизма у молодых с АГ представляет несомненный интерес.

# 10. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

## 10.1. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПЕРИОД 2007-2015 ГОДОВ

Рахмонов С.Б., Рахимов З.Я., Бобокалонова М.Р.

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан Национальная Ассоциация кардиологов, Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, г. Душанбе, Таджикистан

### Актуальность:

Президент Республики Таджикистан (РТ) Эмомали Рахмон, в целях дальнейшего прогресса общества постоянно призывает к внедрению в стране передовых мировых технологий, в том числе и в области медицины. Широкое внедрение Evidence-Based Medicine (EBM) существенным образом изменяет качество оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе и ишемической болезнью сердца (ИБС). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провозгласила «холистический» подход как наиболее приемлемый в деле организации профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний в развивающихся странах. В соответствии с этим в Таджикистане была создана и принята к исполнению «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007-2015 гг.» («НП ИБС»), подписанная Президентом страны (Постановление Правительства РТ № 334 от 30 июня 2007 года).

### Введение (цели/задачи):

провести анализ первых результатов внедрения «Национальной программы профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца в Таджикистане на период 2007-2015 гг.».

### Материал и методы:

критический анализ актуальной ситуации по реализации намеченных планов по эффективному внедрению важнейших компонентов «НП ИБС»; анализ первых результатов стартовавшей в 2007 году образовательной программы для населения, общественных организаций и медицинского персонала уровня первичной медикосанитарной помощи (ПМСП), госпитальной и специализированной помощи; анализ межсекторального взаимодействия в рамках реализации «НП ИБС»; состояние подготовки кадровых ресурсов для кардиологической и кардиохирургической службы; анализ материалов скрининговых исследований на факторы риска ИБС с анализом динамики основных статистических показателей; анализ состояния материально-технической базы кардиологической службы и ее правовой базы. Ассоциация кардиологов Республики Таджикистан (АК РТ) ежегодно анализирует статистические показатели (по расчетам CVD-Incidence и CVD-Prevalence) как на основе официально публикуемых отчетов по данным обращаемости населения, так и на основе скрининговых исследований.

### Результаты:

АК РТ регулярно пересматривает и внедряет руководства клинической практики (РКП) и клинические протоколы как для уровня первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так и уровня госпитальной службы. В 2001-2007 гг. были

разработаны и внедрены РКП по артериальной гипертензии, атеросклерозу, острому коронарному синдрому (ОКС), стенокардии и острому инфаркту миокарда (ОИМ). Продолжается мониторинг рационального использования лекарственных средств (РИЛС) при методологической и финансовой поддержке Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (РТ), ВОЗ, Проекта ЗдравПлюс (USAID), института семейной медицины. Все эти мероприятия являются крайне актуальными в связи с высокой первичной заболеваемостью, распространенностью и инвалидизацией населения по ИБС. Анализ актуальной ситуации по первичной заболеваемости и распространенности ИБС и ее основных факторов риска в различных регионах РТ показал, что основной причиной смерти населения РТ остаётся ИБС, на долю которой в структуре кардиоваскулярной смертности приходится 42,8% (2008). При этом только на долю острого инфаркта миокарда приходится 28,3%. Анализ динамики основных статистических показателей за пятилетний период показал, что продолжается ежегодный рост регистрации больных с кардиоваскулярной патологией. Например, этот показатель в 2004 г. составлял в пересчете на 100 тыс. взрослой популяции 4436,3, а в 2008 году он уже вырос до 4709,6 (на 6,2%). ИБС также выросла с 728,5 на 100 тыс. взрослого населения (2004) до 843,9 (2008) т.е. на 15,8%. Однако показатели 2008 года в сравнении с 2007-м обнаружили снижение на 1,8% (с 859,3 до 843,9 на 100 тыс. взрослой популяции) в основном за счет острого инфаркта миокарда (с 67,1 до 54,0 на 100 тыс. населения). Хотя по распространенности основных факторов риска ИБС за последние 5 лет отмечается устойчивый рост: сахарного диабета с 418,5 до 530,8 (рост на 26,8%); ожирения с 30,9 до 57,0 на 100 тыс. популяции (на 84,5%), а артериальной гипертензии с 1470,4 (2004) до 1551,2 (2008) на 100 тыс. популяции (рост на 5,5%). Все эти тенденции диктуют необходимость усиления мер по первичной профилактике ИБС, в особенности на уровне ПМСП с более активным подключением общественных организаций и института семейной медицины. В этом важном направлении Ассоциация кардиологов РТ предприняла следующие шаги: за период 2007-2008 гг. были организованы и проведены при поддержке Министерства здравоохранения, проекта ЗдравПлюс (USAID) и отдельных дистрибьюторов фармкомпаний (Юй-Жень, Китай; «Санofi-Авентис», Франция и АО «GRINDEX», Латвия) 24 семинара во всех регионах РТ с общим охватом 1200 врачей ПМСП по вопросам реализации «НП ИБС». Также при организационно-методологической и финансовой помощи МЗ РТ и проекта ЗдравПлюс (USAID) было разработано, тиражировано и внедрено в пилотных районах «Клиническое руководство по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии у взрослых на уровне ПМСП», которое впервые в целях доступности для более широких масс было опубликовано на двух языках (русском и таджикском), включая и все вспомогательные материалы (постеры, плакаты, буклеты и др.). Этому процессу способствовали два ресурсных центра Доказательной Медицины, организованные ЗдравПлюс (USAID) в 2006-2007 гг. на базе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, а также кафедре кардиологии с курсом клинической фармакологии ТИППМК. Эта кафедра является единственной учебной базой в РТ, обучающей специализирующихся в области кардиологии: врачей, клинических ординаторов, врачей-интернов, аспирантов, соискателей

и докторантов. Так, только в 2009 году этой кафедрой было проведено 5 выездных циклов усовершенствования практикующих врачей по вопросам неотложной кардиологии, 7 стационарных циклов тематического усовершенствования, подготовлено 35 клинических ординаторов и врачей-специалистов по 2-х годичной учебной программе, осуществлена апробация одной кандидатской и одной докторской диссертаций. При поддержке Министерства здравоохранения РТ в сотрудничестве с активистами АК РТ завершен процесс пересмотра нормативных и правовых документов, регулирующих эффективное функционирование и межсекторальное взаимодействие в области практической кардиологии. Благодаря энергичным и довольно эффективным действиям президента страны Эмомали Рахмона, страна выходит из коммуникационного тупика и финансово-экономического кризиса. Это способствует реализации всех ранее намеченных целей, в том числе и в области кардиологии: техническое перевооружение, подготовка специалистов и внедрение передовых технологий.

#### **Заключение:**

Таким образом, анализ стартового периода реализации «Национальной программы профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007-2015 гг.» показал, что ее цель в Таджикистане будет достигнута, так как все 4 поставленные задачи уже на старте с первого года достаточно успешно решаются.

### **10.2. СРАВНИТЕЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КАЗАХСТАНЕ: ДАННЫЕ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ И АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ**

ОШАКБАЕВ К.П., АМАНОВ Т.И.,  
АБДУКАРИМОВ Б.У., АЛПЫСБАЕВА М.А.

НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

#### **Введение (цели/задачи):**

Изучить сравнительные показатели распространенности болезни системы кровообращения (БСК) в Республике Казахстан (РК) по данным официальной статистики (статистика заболеваемости по обращаемости) и по данным эпидемиологического исследования (статистика заболеваемости по данным активного выявления).

#### **Материал и методы:**

Данные официальной статистики РК (ТОО «Мединформ») за 1981-2008 годы. Для изучения истинной распространенности кардиологических заболеваний проведено рандомизированное сплошное скрининговое эпидемиологическое исследование в трех сельских районах Алматинской области и в двух городских поликлиниках г. Алматы (№1 и №3), всего 2872 человек взрослого населения.

#### **Результаты:**

По данным официальной статистики РК показатели общей заболеваемости БСК в РК за 1981-2008 годы были представлены в виде динамики неуклонного роста: в 1981г. – 266,8 на 10 тыс. взрослого населения (далее расчеты ведутся на указанное население) и в 2008г. – 1429,2. Данные эпидемиологического исследования распространенности БСК в обследуемых регионах свидетельствуют о сравнительно высокой распространенности БСК среди взрослого населения неорганизованной популяции Алматинской области – 3812,9. Данная цифра в 2,7 раза выше данных официальной статистики РК. По данным эпидемиологического исследования выявлено, что с

возрастом (в возрастной категории до и после 50 лет) встречаемость БСК среди исследуемой популяции возрастает почти в 3-4 раза. Распространенность БСК, как АГ, так и ИБС, достоверно больше ( $p < 0,01$ ) выявляется среди городских жителей (АГ:  $51,8 \pm 2,9\%$ ; ИБС:  $35,1 \pm 2,7\%$ ) по сравнению с сельскими (АГ:  $26,1 \pm 1,5\%$ ; ИБС:  $15,7 \pm 1,2\%$ ). Одной из причин превалирования распространенности БСК среди городских жителей можно объяснить с достоверным увеличением распространенности избыточной массы тела среди городских жителей по сравнению с сельскими жителями ( $r = 0,89$ ;  $p < 0,001$ ).

#### **Заключение:**

Таким образом, показатели распространенности болезней системы кровообращения в Республике Казахстан по данным официальной статистики (статистика заболеваемости по обращаемости) в 2,7 раза ниже по сравнению с данными эпидемиологического исследования (статистика заболеваемости по данным активного выявления).

### **10.3. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ КАЗАХСТАНА**

ИСКАКОВА Б.К., САРЕНОВ С.Ж., САДЫКОВА Б.Б.,  
ЕРМАХАНОВА М.Б., ДЕНИСОВ С.П., ЖАМБАЕВА Р.Е.,  
КОЛГАСОВА В.П., АБДРАШЕВА Г., КУЛУБЕКОВА М.Ж.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

#### **Введение (цели/задачи):**

С целью изучения особенностей течения основных ССЗ по Костанайской области при участии кардиологов, участковых терапевтов, врачей СВА проведено эпидемиологическое исследование.

#### **Материал и методы:**

Согласно методике исследования на больных ССЗ заполняется специальная эпидемиологическая карта, куда вводится вся краткая информация о больном (анамнез, объективные данные, результаты обследований, осложнения, терапия и др.).

#### **Результаты:**

По результатам анализа 450 эпидемиологических карт, средний возраст пациентов составил  $59,5 \pm 7,8$  лет. Выявлено позднее диспансерное наблюдение пациентов - при длительности заболевания  $8,1 \pm 4,7$  лет, среднее пребывание на диспансерном наблюдении составило всего  $4,2 \pm 1,1$  лет. Из основных факторов риска ССЗ: избыточный вес (ИМТ более  $35 \text{ кг/м}^2$ ) имела половина пациентов, из них 79% сельских жителей; курение отмечало 47,5%, злоупотребление алкоголем - 35%; отягощенная наследственность - у 41,2% больных, сопутствующий сахарный диабет у 12,5% пациентов. 3 и более факторов риска имеет большинство больных. Из числа респондентов 61% пациентов страдает ИБС, из них 45% перенесли инфаркты миокарда. Нарушения ритма и проводимости сердца выявлены у трети больных ССЗ. В 70,5% случаев имеет место артериальная гипертензия, которая у многих пациентов протекает с высокими значениями, поражением органов мишеней и ассоциирована с ИБС, ЦВБ, сахарным диабетом. Так, III стадия артериальной гипертензии выявлена у 40,3% обследованных. Лишь в 4% случаев пациенты наблюдались с симптоматической гипертензией. У 52,2% больных ССЗ имеет место ХСН, при этом на долю клинически значимой ХСН ФК III и IV (по NYHA) приходится, соответственно, 28,9% и 2,0% случаев. Если у больных ССЗ моложе 49 лет частота



ХСН составляет 3,6%, 50-59 лет-15,6%, то среди лиц старше 60 лет частота ХСН возрастает до 30% и декомпенсация является одной из частых причин госпитализации больных. Большим ССЗ чаще назначаются группы препаратов с доказанной эффективностью: ИАПФ-69,8% (эналаприл, мозексиприл, берлиприл и др.), дезагреганты-66,1% (аспирин, тромбокард, тромбо-АСС), препараты метаболического действия-55% (триметазидин), нитраты-53% (кардикет, моносан, эфокс и др.), В-адреноблокаторы-44% (метапролол, бисопролол и др.), диуретики у 51,3% (индапамид, гипотиазид), антагонисты кальциевых каналов-20,5% (верапамил, амлодипин). К сожалению, статины назначаются лишь у 15% больных.

#### **Заключение:**

Следует отметить, что при поликлиниках города г.Костанай для обучения больных ССЗ организованы школы «Здоровое сердце». Подобная форма работы направлена на формирование активной жизненной позиции, положительной мотивации на профилактику, лечение и сохранение качества жизни.

### **10.4. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА**

Искакова Б.К., Сейсембеков Т.З.

Национальный научный медицинский центр

#### **Введение (цели/задачи):**

Северный регион Казахстана остается самым неблагополучным по сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ). ССЗ за последние 10 лет (1999-2008 г.г.) по данным МЗ РК в Акмолинской области (АКО) возросла на 76,5%, Костанайской (КО) на 42,8%, Северо-Казахстанской (СКО) на 144,8%. Определить распространенность и особенности течения основных ССЗ в Северном регионе Республики

#### **Материал и методы:**

Среди 1483 больных ССЗ указанных областей ишемическая болезнь сердца (ИБС) имело место соответственно у 35,8% - 35,6% и 43,3%. В среднем, в обследованном регионе распространенность ИБС составила 38,2%, в том числе у 54,0% мужчин и 18,3% женщин; заболеваемость - 21,9% и смертность - 18,1%, что превышает средне-республиканские показатели. При этом заболеваемость ИБС заметно увеличивается с возрастом.

#### **Результаты:**

247 больных ИБС были подвергнуты углубленному обследованию, в том числе 165 больных стабильной стенокардией (СТ) и 82 больных с острым коронарным синдромом (ОКС). ИБС в сочетании с АГ была у 201 (81,4%) пациентов, из них I ст. - у 20 (8,1%), II ст. - у 78 (31,6%) и III ст. - у 149 (60,3%) больных. В 93,3% случаях ОКС и 85,4% случаях СТ выявлены дислипидемия. По данным 129 коронарных ангиографий (КАГ) правый тип коронарного кровообращения выявлен у 47,3% больных, левый - у 33,3% и сбалансированный - у 19,4% обследованных. Гемодинамически значимое поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) выявлено у 6,9% больных; однососудистое поражение обнаружено у 19,4% больных, двухсосудистое поражение у 33,3%, трехсосудистое у 38,8% пациентов. Причем, с увеличением степени АГ увеличивалась распространенность атеросклеротического процесса в коронарном русле ( $p < 0,001$ ). Если при отсутствии АГ в основном были выявлены одно- и двухсосудистые поражения коронарных артерий (КА): (38,3% и 36,2%), то при сочетании ИБС с АГ преобладали двух- и трехсосудистые поражения

(31,7% и 56,1% случаях, соответственно). Выявлены также достоверные однонаправленные зависимости показателей дислипидемии (повышения уровня ОХС, ХС ЛПНП, АпоВ, Кат) и тяжести коронарного атеросклероза, особенно выраженные при сочетании ИБС с АГ. Установлена корреляция тяжести коронарного атеросклероза и возраста. Выявлена статистически значимая взаимосвязь мужского пола с поражением ствола ЛКА ( $r = +0,71$ ) и умеренная взаимосвязь с изменениями в правой межжелудочковой ветви ( $r = +0,55$ ), правой КА ( $r = +0,41$ ). Среднее количество пораженных КА оказалось больше при отягощенной наследственности -  $1,7 \pm 0,10$ , тогда как без такового -  $1,4 \pm 0,09$  ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о прогностической значимости этого фактора риска в развитии тяжелого коронарного атеросклероза. При ОКС трехсосудистые поражения КА и поражения ствола ЛКА встречались чаще. Установлены также различия по частоте осложненных стенозов: при стабильной СТ они выявлены у 12,3%, а при ОКС обнаруживаются втрое чаще - у 41,9% больных. При этом, различия по тяжести поражения коронарного русла среди больных нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) не определены.

#### **Заключение:**

Таким образом, у 91,5% обследованных больных ИБС выявлены гемодинамически значимые поражения КА. Установлена четкая зависимость тяжести и распространенности мультифокального атеросклероза от степени выраженности дислипидемий, более выраженное при сочетании ИБС с АГ и сахарным диабетом. В отличие от стабильного течения СТ, при ОКС чаще определяются трехсосудистые поражения коронарного русла с вовлечением ствола ЛКА и нестабильные атеросклеротические бляшки.

### **10.5. РОЛЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Абдукаримов Б.У.,

Алпысбаева М.А., Наринбаев А.С.

НИИ Кардиологии и внутренних болезней

#### **Введение (цели/задачи):**

Изучить роль избыточной массы тела (ИЗБМТ) на распространенность кардиологических заболеваний и их факторов риска (ФР) по данным эпидемиологического исследования.

#### **Материал и методы:**

Проведено рандомизированное сплошное скрининговое эпидемиологическое исследование взрослого населения Алматинской области 2872 человек. Для оценки значимости различий частот распределения в нескольких независимых выборках были использованы корреляционный анализ и мультиномиальная логистическая регрессия с моделью ОШ с ДИ. Границей достоверности 0,05. Был использован SPSS для Windows v.10.0. считалось  $p$

#### **Результаты:**

С повышением ИЗБМТ увеличивается распространенность БСК ( $r = 0,89$ ,  $p < 0,001$ ), риск табакокурения ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ), злоупотребления алкоголем ( $r = 0,66$ ,  $p < 0,001$ ) и употребления поваренной соли ( $r = 0,58$ ,  $p < 0,001$ ). Результаты мультиномиальной логистической регрессии показали ранговое место ФР в развитии БСК. ОШ для табакокурения было 0,84 (95%, ДИ 0,6021-1,1687;  $p = 0,29$ ), для злоупотребления алкоголем ОШ

1,05 (95%, ДИ 0,79-1,39;  $p=0,73$ ), для поваренной соли ОШ 1,05 (95%, ДИ 0,84-1,32; 0,0001).  $p=0,66$ ), для ИзбМТ ОШ 4,06 (95%, ДИ 3,24-5,1;  $p$  На распространенность БСК существенно влияет ИзбМТ с ранговой 0,0001), затем злоупотребление алкоголем значимостью  $57,99 \pm 1,57\%$  ( $p$  (15,02 $\pm$ 1,97%;  $p=0,73$ ), употребление поваренной соли (15,01 $\pm$ 1,07%;  $p=0,66$ ), табакокурение (11,98 $\pm$ 2,14%;  $p=0,299$ ). Все вместе взятые ФР, но без ИзбМТ к развитию БСК приводят в 13,25% случаев ( $p=0,317$ ), тогда как только наличие ИзбМТ без всех остальных ФР 0,0001). приводит к развитию БСК в 53,81% ( $p$

#### **Заключение:**

Таким образом, частота встречаемости БСК более чем в 2 раза увеличивается с повышением ИзбМТ. Отрицательное влияние «возраста» связано с фактором длительного патофизиологического воздействия ИзбМТ на организм; с повышением стажа заболевания у больного выявляется тенденция снижения ИзбМТ. Основным и ведущим ФР возникновения БСК является ИзбМТ.

### **10.6. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП**

ЖАПБАРКУЛОВА Г.Р.

КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, г. Алматы

#### **Введение (цели/задачи):**

В настоящее время необходимость совершенствования профилактической помощи населению, коррекция факторов риска (ФР), неблагоприятно влияющих на здоровье и связанных с образом жизни не вызывает сомнения. Особенно важно это в отношении неинфекционных заболеваний (НИЗ), распространенность которых в нашей стране чрезвычайно высока, а эффективность лечения недостаточна. Среди заболеваемости ведущее место занимают органы кровообращения, при этом первое место принадлежит артериальной гипертензии (АГ). Анализ причин смертности населения республики при расчете на 100000 населения свидетельствует о возрастающем уровне болезней органов кровообращения. В целом по РК этот показатель составляет 481,6-484,3 на 100000 населения. В здравоохранении сложился определенный дисбаланс в сторону одностороннего и преимущественного развития лечебно-диагностической медицины (преимущественно специализированных ее видов) в ущерб профилактической помощи. В системе здравоохранения отсутствуют три важнейших звена: профилактика заболеваний, реабилитация после перенесенного заболевания и профилактические мероприятия, направленные на коррекцию факторов риска заболеваний. Вышеизложенное определило выбор научных исследований по данной проблеме.

#### **Материал и методы:**

Вопросам совершенствования планирования, организации и финансирования медицинской профилактики в учреждениях здравоохранения посвящено недостаточное количество работ.

#### **Результаты:**

По данным литературы (Решетников А.В., 2002) на медицинскую профилактику расходуется всего 6-7% финансовых средств ОМС, на реабилитацию -0%, а на лечение больных направляется 94% средств ОМС. Согласно мировой практике на лечение заболеваний необходимо направлять только 50% средств, а на профилактику и реабилитацию потребуется 30% и 20% соответственно.

#### **Заключение:**

Подход к проблемам профилактической помощи, как показали результаты проведенного нами исследования работы врачей участковых г. Алматы и Алматинской области, осуществляется без учета реальных потребностей населения и желаний пациентов, отмечается перегруженность врачей, недостаток времени на профилактическую и оздоровительную работу среди населения, отсутствие мотивации врачей, и также недостаточность знаний медицинских работников по профилактическим мероприятиям и технологиям.

### **10.7. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

ИЗАТУЛЛАЕВ Е.А., ОШАКБАЕВ К.П.,

БОБОРЫКИН В.М., ЕСИМОВА Т.М.

НИИ КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

#### **Введение (цели/задачи):**

Определить социально-экономический ущерб от болезней системы кровообращения (БСК).

#### **Материал и методы:**

Первичная документация по отчетам региональных (областных, городских) управлений здравоохранения Республики Казахстан (РК) и данные официальной статистики РК (ТОО «Мединформ») за 2000-2008 годы.

#### **Результаты:**

Распространенность БСК составляет 8,6-9,1% в структуре всего населения, 12,2-13,1% – в структуре взрослого населения. Показатели первичной заболеваемости БСК населения РК за 1981-2008 годы (в 1981г. – 31,5; в 2008г. – 281,3) возросли на 893% (или в 8,9 раз!). Из общего количества инвалидов, БСК как причина среди других болезней занимают первое место с долей 26-27%. Смертность от БСК среди всех существующих классов болезней стоит на 1-ом месте, доля которой составляет 49-52% от общего показателя смертности за 1999-2008 годы. Из них только ИБС обуславливает от 30 до 60% (за 2000-2008 годы) кардиоваскулярной смертности. Анализ смертности от БСК в РК за 1975-2007 годы показывает её неуклонное увеличение за этот период от 255,4 до 528,3 на 100 тыс. населения – это более чем в 2 раза. Ежегодно в стране от БСК погибают более 80 тыс. человек. За 6 лет в РК от БСК умерло почти полмиллиона человек. Если учесть общее количество населения РК ( $\approx$ 15 млн. человек), то БСК – это реальная демографическая угроза для населения РК. БСК поражают взрослое трудоспособное население. Удельный вес умерших в стационаре от БСК в возрасте до 63 лет составляет 47,3%, т.е. в основном погибает экономически активное население. Если учитывать средние показатели рождаемости населения, то урон от БСК для демографии республики составляет  $\approx$ 33% (!), закономерно замедляя прирост населения республики. Официальные затраты, связанные с диагностикой, лечением, профилактикой и реабилитацией больных с БСК, в среднем составляют более 2,88% бюджета статьи здравоохранения РК.

#### **Заключение:**

В РК сердечно-сосудистые заболевания приводят к невосполнимому социально-экономическому ущербу.

### 10.8. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

ПЕТРОВСКАЯ М.Е.

ГУ РНПЦ «Кардиология» г. Минск, БЕЛАРУСЬ

#### Введение (цели/задачи):

Выявление психологических особенностей у участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской АЭС с болезнями системы кровообращения (БСК).

#### Материал и методы:

152 человека, от 40 до 59 лет, у большинства лиц среднее образование. Выборка производилась в соответствии с национальным регистром лиц, принимавших участие в ликвидации аварии на ЧАЭС. Группа 1-УЛПА с БСК, 2- УЛПА без БСК, 3-контрольная группа (КГ) с БСК, 4- КГ БСК. Всем пациентам проводили стандартное клиническое обследование и психосоциальное тестирование, включавшее индекс оценки социального статуса (шкала Hollingshead), уровень личностной и реактивной тревожности (шкала Спилбергера), уровень психологического стресса (шкала L.Reeder), для оценки ПТСР и тяжести травматического события (опросник М.Ж.Норowitz –IOES), проективный тест «Дом, дерево, человек».

#### Результаты:

Полученные данные отражают состояние хронического дистресса и дезадаптации личности УЛПА в различных сферах социального и профессионального функционирования. Для УЛПА с БСК и без характерны признаки личностной дисфункции: повышенная истощаемость, эмоциональное напряжение, личностная и ситуативная тревожность, эмоциональная неустойчивость, гиперсенситивность, высокий уровень конфликтности. Следует отметить характерную динамику личностных изменений в плане нарастания мнестического дефекта и эмоционально-волевого регресса психической деятельности, формирование особого, «установочно-рентного» отношения к своему заболеванию. Это поведение у УЛПА является для них единственно возможной формой психологической защиты в нынешних социально-экономических и медико-демографических условиях. Общие черты клиники, анамнеза и катамнеза у УЛПА - соматогенная, церебрально-органическая и социально-психологическая предрасположенность. Психологический стресс у УЛПА сочетался с экзогенными воздействиями непсихогенного характера.

#### Заключение:

Пограничные расстройства являются проявлением параллельно формирующихся полисистемных соматических расстройств, которые носят гипертимный характер и приобретают значение «условной желательности» и «вторичной выгоды». Окончательное оформление клинической картины заболевания определяется типологическими особенностями личности, прогрессивностью сопутствующей соматической патологии, влиянием ряда экзогенных факторов и характером конкретных социально-экономических условий, в которых продолжает функционировать личность и необходимо учитывать при разработке новых диагностических и терапевтических мероприятий.

### 10.9. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПНЕВМОНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

ЗИМАНОВА Г.С., ТУРЛАНОВ К.М., ЖАНГЕЛОВА Ш.Б.

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

#### Введение (цели/задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) у пациентов старше 60 лет по частоте, клинической значимости занимают ведущее место. Несмотря на широкое применение антибиотиков, инфекции, в том числе и пневмонии, продолжают оставаться одной из частых патологий людей старших возрастных групп [Чучалин А.Г. и соавт., 2002; Христоробова Е.Н., 2002].

#### Материал и методы:

Проведено стационарное обследование и лечение 513 пациентов внебольничной пневмонией (ВП) в возрасте 35-94 лет. Больных пожилого (60-74 лет) возраста было 203, старческого (75 лет и старше) – 104. Больные ВП зрелого возраста (35-59 лет) – 206 пациентов составили контрольную группу.

#### Результаты:

Диагнозы внебольничной пневмонии и сердечно-сосудистых заболеваний и состояний установлены по общепринятым стандартам [Шулутко Б.И. и соавт., 2007]. Анализ обострений ССЗ проводился по двум показателям – частоты (по отношению к числу больных ВП) и интенсивности (по отношению к количеству данной кардиоваскулярной патологии). Синусовая тахикардия и аритмия, синусовая брадикардия, единичные желудочковые экстрасистолы в данном исследовании не учитывались, если они не сопровождалась гемодинамическими нарушениями и самостоятельно проходили при разрешении очага инфильтрации. У больных ВП пожилого и старческого возраста по данным анамнеза, амбулаторных карт, объективных исследований достоверно чаще выявлялись ИБС, стабильная стенокардия 2-4 функциональных классов, артериальная гипертензия, перенесенный ранее инфаркт миокарда, аневризма сердца, застойная сердечная недостаточность, различные нарушения ритма и проводимости. В целом, сопутствующие ССЗ достоверно чаще установлены в группе больных преклонного возраста (109,4±2,2%-пожилого, 174,0±11,1%-старческого возраста в сравнении с 35,9±2,1%-контрольной группы). Причем показатель больных старше 75 лет достоверно превышал и показатель больных пожилого возраста. Достоверно чаще у больных ВП пожилого возраста развивался острый коронарный синдром, а у пациентов старше 75 лет – нарушения ритма и проводимости, нарастание застойной сердечной недостаточности. В целом, частота обострений ССЗ у больных ВП старших возрастных групп (20,7±2,8%-пожилого, 35,7±4,7%-старческого возраста) была достоверно выше соответствующего показателя в контрольной группе (12,6±2,3%). Показатель больных старческого возраста достоверно превышал и показатель больных пожилого возраста. Интенсивность обострений ССЗ у больных пожилого (18,9±2,6%) и старческого (21,5±3,1%) возраста была достоверно ниже показателя больных зрелого возраста (35,1±3,3%).

#### Заключение:

Достоверно более низкая интенсивность обострений ССЗ в группе больных ВП старше 60 лет свидетельствует о большей толерантности организма пожилых людей к гипоксии, что было установлено в экспериментальных исследованиях и многочисленных клинических наблюдениях [Фролькис В.В., 1990; Шевченко Ю.Л., 2000; Анисимов В.Н., 2000].

### 10.10. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ «АКТИВНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ» ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Орлова Н.В., Чукаева И.И., Шургая М.А., Москленко И.Т., Хачирова А.И., Клепикова М.В., Хавка Н.Н.

ГОУ ВПО РГМУ РосЗдрава, ФГМУ СпецСтроя России

#### Введение (цели/задачи):

Выявление распространенности факторов риска на начальных стадиях развития сердечно-сосудистых заболеваний.

#### Материал и методы:

Диспансеризация проводилась 3 декабря 2008 года в рамках приоритетного направления практического здравоохранения «Доступность качественной медицинской помощи». Обследованы сотрудники Московской Государственной Консерватории им. П.И. Чайковского, 87 человек, средний возраст – 56 ± 2,6 лет, мужчин – 21 (24%), женщин – 66 (76%). В диспансеризации принимали участие сотрудники кафедры поликлинической терапии Московского факультета Российского государственного медицинского университета (РГМУ), ординаторы и аспиранты – выпускники кафедры поликлинической терапии Московского факультета РГМУ. Проводились: опрос с использованием разработанных анкет для обследуемых; экспресс – анализы крови для определения уровня глюкозы и холестерина на анализаторах акку-чек; измерение артериального давления методом Короткова, определение ЧСС, индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии и бедер, снятие ЭКГ. В заключении проводилась беседа с терапевтом для получения информации о существующей проблеме здоровья и рекомендаций.

#### Результаты:

Среди людей, считающих себя здоровыми, выявлены «бессимптомные» пациенты с факторами риска: артериальная гипертензия у 22 обследованных (25%), гиперхолестеринемия у 21 (33%), гипергликемия у 18 (28,6%), повышении (ИМТ) у 38 (59,3%). На ЭКГ выявлены нарушения: признаки гипертрофии ЛЖ у 15 обследованных (17%), нарушение внутрижелудочковой проводимости у 9 (10%), наджелудочковая экстрасистолия у 6 (7%), желудочковая экстрасистолия у 2 (2,5%). Больным была проведена консультация профессоров – кардиологов Чукаевой И.И., Гендлина Г.Е., Гиляревского С.Р.

#### Заключение:

Проблема раннего выявления факторов риска ССЗ среди населения стоит очень остро в связи с их высокой распространенностью и низкой обращаемостью в медицинские учреждения для профилактического осмотра. Метод «активной диспансеризации» позволяет не только выявить пациентов с уже имеющимися ССЗ, но и проводить профилактические мероприятия как для пациентов с клиническими проявлениями ИБС или другими атеросклеротическими заболеваниями, так и для людей с высоким риском заболеваемости, нуждающимся в назначении медикаментозной терапии.

### 10.11. РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ У ЖИТЕЛЕЙ Г. НОЯБРЬСКА (ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ)

Золотарь А.К.

МУ ЦГБ г. Ноябрьска

#### Введение (цели/задачи):

Острые коронарные синдромы (ОКС) являются причиной

большого числа экстренных госпитализаций, высокого уровня смертности, как в Российской Федерации, так и странах Европы и США. В тоже время хорошо известны существенные различия в частоте, структуре, клинике и исходах ОКС в популяциях различных климато-географических и экономических зон. Цель исследования. В рамках проводимого регистра изучить структуру, клинко-демографические характеристики, исходы ОКС у жителей промышленного города Крайнего севера-Ноябрьска (Ямало-Ненецкий автономный округ, Тюменская область).

#### Материал и методы:

В исследование включали все последовательно зарегистрированные случаи ОКС и ВСС с 1 января 2006г. по 30 июня 2007г. Регистрацию случаев ОКС проводили в соответствии с рекомендациями и разработанной картой международного регистра ОКС – GRACE, внезапно умерших – с учетом данных аутопсии и судебно-медицинской экспертизы.

#### Результаты:

За 18 месяцев проведения регистра зарегистрировано 273 случая обострения ИБС, из них в 43,6% случаев смерть наступила в течение первого часа развития симптомов, приведших к летальному исходу. 41,8% больных умерли до первого медицинского контакта. Среди наблюдаемых доминировали мужчины, как в группе госпитальных случаев, так и среди внезапно умерших. Госпитальная смертность больных ОКС с подъемами ST составила 9,2%, больных ОКС без подъемов ST – 6,7%.

#### Заключение:

Средний возраст заболевших в исследуемой популяции был меньше, чем в данных других отечественных и зарубежных регистров (54 года у госпитализированных и 51 год – у внезапно умерших); распространенность артериальной гипертензии и курения – одна из самых высоких в мире. В структуре госпитализированных больных с ОКС преобладали случаи с подъемами сегмента ST на ЭКГ. Проводимые диагностика и консервативная терапия (в учреждении отсутствует возможность инвазивного лечения ИБС), в целом, соответствовали российским и международным рекомендациям.

### 10.12. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кыдыралиева Р.Б., Джумагулова А.С.

Национальный центр кардиологии и терапии при МЗ КР

#### Введение (цели/задачи):

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в Кыргызской Республике занимают первое место в структуре общей смертности; на их долю приходится почти половина (48,8%) всех случаев ежегодных смертей (2008 г.)

#### Материал и методы:

С целью оценки статистических показателей смертности и инвалидности от ССЗ в Кыргызской Республике в настоящей работе были использованы данные Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) за последние годы

#### Результаты:

Если в 1991 году на долю смертности от ССЗ приходилось 261,9 случаев на 100 тыс. населения, то в 2008 году уровень этого показателя достиг 330,5 случаев на 100 тыс. населения, то есть возрос на 33,9%. В Кыргызстане смертность от ССЗ, в основном, обусловлена коронарной болезнью сердца (включая острый инфаркт миокарда) и цереброваскулярными за-

болеваниями, составив в 2008 году 202,7 и 115,3 случаев, соответственно на 100 тыс. населения Кыргызской Республики. По показателю смертности от коронарной болезни сердца Кыргызстан стоит на шестом месте после России, Беларуси, Украины, Казахстана, Молдовы. А по стандартизованному показателю смертности от мозгового инсульта, составившему 88,5 случаев на 100 тыс. населения, занимает первое место в Евроазиатском регионе (ВОЗ, 2004). Особую тревогу вызывает рост смертности от ССЗ среди лиц молодого и трудоспособного возраста: так если в 1991 году смертность от ССЗ в возрасте 30-39 лет составляла 41,7 случая на 100 тыс. населения, то в 2008 году величина этого показателя, достигнув 54,2 случаев на 100 тыс. населения, выросла на 30,0% ( $p < 0,05$ ), а в возрастной категории 40-49 лет – на 58,9% ( $p < 0,001$ ). Указанные заболевания сердечно-сосудистой системы не только определяют основную смертность населения Кыргызстана, но и являются причиной преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации людей. По данным 2008 года в структуре причин первичной инвалидности взрослого населения Кыргызской Республики ССЗ составляют 17,6%, что значительно превышает аналогичные показатели по другим заболеваниям, не достигающим 10%. Используя методики расчета медико-социальной и экономической эффективности, мы произвели подсчет экономических потерь, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, экономический ущерб от преждевременной смертности и инвалидности от ССЗ для страны в 2007 году составил 19 317 488 905 сомов.

**Заключение:**

Вышесказанное диктует о необходимости безотлагательной организации борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью остановки ухудшения показателей здоровья населения Кыргызстана и предотвращения серьезных медико-социальных последствий с отрицательным экономическим эффектом.

---

**10.13. СМЕРТНОСТЬ ОТ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (РК): ДАННЫЕ ВОЗ И ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ РК**

Ошакбаев К.П., Абылайулы Ж.,  
Есимова Т.М., Алпысбаева М.А.

НИИ Кардиологии и внутренних болезней

**Введение (цели/задачи):**

Парадокс болезней заключается в том, что люди, жалуясь на аллергию, боясь рака или СПИДа, а умирают наиболее часто от сердечно-сосудистых заболеваний. Цель. Сравнить данные смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в

Республики Казахстан (РК) по данным ВОЗ и официальным данным РК.

**Материал и методы:**

Официальная статистика ВОЗ и РК.

**Результаты:**

За последние четверть века и по настоящее время БСК занимают первое место среди причин инвалидности и смертности населения РК, среди заболеваемости – второе, что обуславливает необходимость безотлагательного принятия эффективных мер по совершенствованию кардиологической и кардиохирургической служб, системы профилактической медицины. Основным документом, мероприятия, которого направлены на снижение смертности населения РК от БСК, является постановление Правительства РК №102 от 13 февраля 2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 годы». По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2008) показатель преждевременной смертности населения РК от БСК (в возрасте 0-64 года) является первым по величине среди стран Евроазиатского региона, и эти показатели на несколько порядков превышают средний уровень аналогичных показателей стран Западной Европы. Например, в 2007 году в РК – 814,7 на 100 тыс. населения, в России – 782,4, в Великобритании – 211,1, в Германии – 243,5.

**Заключение:**

Стандартизованный коэффициент смертности населения РК от БСК за период 2001-2007 годы по данным Европейского регионального бюро ВОЗ находится на более высоком уровне в сравнении со средними аналогичными показателями, как стран СНГ, так и стран Центрально-Азиатского региона. А в сравнении с аналогичными данными индустриально развитых стран, например как Великобритания и (или) Германия стандартизованный коэффициент смертности населения РК превышает в 3-4 раза.

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А		Б		Гаибова З.В.		23, 30, 80
Абдиев Б.А.	21	Байгенжин А.К.	78, 79	Гайнутдинов Р.Г.		27
Абдолава Р.Н.	30	Байгошкарлова Р.У.	20	Галаятдинов Д.М.		72
Абдрахманов А.С.	66, 70, 78, 79	Байда А.В.	20	Гапон Л.И.		45, 86, 97
Абдрашева Г.	115	Байдаулетова З.С.	24, 35	Гелис Л.Г.		39, 40
Абдукаримов Б.У.	115, 116	Байкелова М.Р.	21	Гильманов М.К.		105, 106
Абдуллаев Т.А.	5, 18, 19, 76	Баимбетов А. К.	10	Гладышева В.Г.		23, 55, 59
Абикеева Л.С.	18, 61, 79	Баимбетов А.К.	10	Голенища В.Ф.		9, 14
Абсеитова С.Р.	24, 33, 34, 35, 66, 67	Байтасова Н.Б.	110, 111, 112	Головенкин С.Е.		40
Абылай улы Ж.	106	Байтова Г.М.	32, 79	Голубев А.В.		44, 45
Абылайулы Ж.	105, 120	Балахонова Т.В.	56	Гончарик Д.Б.		9, 14
Абылкасымова Г.У.	93	Барбух О.А.	12, 21	Гончарова А.В.		55, 59
Адилъбеков Е.Б.	34	Барысханкызы А.	27	Горбат Т.В.		84, 95
Адылова И.Г.	68, 71	Бахроми М.Т.	80	Горбатов Ю.Н.		85
Азизов В.А.	36, 97	Бейсеева С.П.	88	Горбунов Д.В.		61
Азизов Ш.К.	6	Бейсембаева А.Ж.	27	Гороховская Г.Н.		83
Айзберг О.Р.	84	Бейсембаева С.Ч.	54	Гриневиц Е.Е.		105
Акатова Е.В.	82	Бейшенкулов М.Т.	32, 79	Губин Д.Г.		86
Акильжанова А.Р.	107	Бекбосынова М.С.	27, 98	Губич Т.С.		41
Акимова Е.В.	95	Бекенова Д.З.	34	Гуль Л.М.		11
Аккиев Б.Т.	12	Бекжанова Ж.С.	80	Гульмурадов Т.Г.		57
Акчури Р.С.	72, 75	Бекметова Ф.М.	22, 25	Гульмурадов У.Т.		75
Алдашев А.А.	109	Белокопит И.Н.	6	Гурбанова Х.И.		97
Алекперова А.К.	36	Бобокаленова М.Р.	56, 114	Гусейнова Н.И.		17
Алексеевская И.Н.	9, 14	Боборыкин В.М.	117	Д		
Алешкин В.А.	50	Будайчиева А.Б.	21	Давтян А.В.		28, 29, 47
Алиева Л.Т.	65	Булентаева З.	106	Данильчик И.А.		27
Алиева Т.	77	Бурлака А.Н.	42	Даулетбакова М.И.		53, 93, 108, 112
Алимбаев С.А.	18, 66, 70, 78, 79	Бурмистрова И.В.	73	Дегтярёв В.А.		83
Алипова Г.Ш.	34	Бяшимова Д.	100	Дементьева И.И.		23, 55, 58, 59
Аллаберганов О.Х.	19	В		Денисевич Т.Л.		54
Алпысбаева М.А.	115, 116, 120	Ваваев А.В.	46	Денисов С.П.		115
Альмухамбетова Р.К.	32, 53, 88, 98, 108	Вайханская Т.Г.	61	Дерьяева Г.Г.		100
Альмухамбетова Э.Ф.	19, 33	Вайханская Т.Г.	11, 77	Джолдасбекова А.У.		110, 111, 112
Альмухамбетов М.К.	33, 108	Ветошкин А.С.	86	Джорупбекова К.Ш.		38
Аманов Т.И.	115, 116	Вичкапов А.В.	99	Джумагулова А.С.		38, 95, 99, 119
Андосова С.А.	98	Власова Э.Е.	75	Джунусбекова Г.А.		85, 92, 94, 110
Арабей А.А.	77	Водясов В.Д.	73	Джураев Ш.М.		31, 100
Ароян С.А.	87	Волкова Т.Г.	85	Джусипов А.К.		85, 92, 94, 105, 106
Арынова А.А.	105	Волков Р.В.	85	Дземешкевич С.Л.		72
Атрощенко Е.С.	8, 37, 46	Воробьева Е.П.	20	Дзыбинская Е.В.		65
Ахмад Н.	65	Воробьева Н.М.	56	Диденко А.П.		52
Ахмедов Х.	62	Высогорцева О.Н.	42, 43	Добровольский А.Б.		56
Ахмедов Х.А.	58, 68, 72, 73	Г		Довгалевский Я.П.		42
Ахметова Г.А.	24, 33, 34	Габриелян А.Б.	28, 29, 47	Досаханов А.Х.		66, 70, 78, 79
Ахсан Али	105, 106	Габриелян Р.С.	28, 29, 47	Друщенко О.А.		61
Ачкасов В.Б.	18	Гаврикова Е.В.	24	Дубень С.А.		63
Ашмрова Г.Р.	38			Дукенбаева Б.А.		26
				Дурнова Н.Ю.		42
				Дусебекова Л.А.		24

Е		КАДИРОВА С.У.	66, 70	КУРЫГИНА С.В.	85
		КАДОЧКИНА Н.Г.	37, 46	КУСЫМЖАНОВА Ж.М.	54
ЕЛИСЕЕВА М.Р.	93, 104	КАЗАЕВА Н.А.	41, 44, 64	КУТИМОВ Н.Д.	68, 69
ЕНОКЯН С.Г.	88, 90	КАЛИЕВ Р.Б.	61	КУТТЫГОЖИН Е.Ж.	88
ЕРАЛИНА С.Н.	54	КАЛКАБАЕВА С.А.	91	КУЧИНСКИЙ А.П.	13
ЕРМАХАНОВА М.Б.	115	КАЛЫБАЕВ А.Т.	34	КЫДЫРАЛИЕВА Р.Б.	119
ЕРМОЛИНА О.В.	56	КАМИЛОВА У.К.	76, 77	Л	
ЕСИМОВА Т.М.	117, 120	КАН А.О.	48	ЛАПИН В.И.	53
ЕСКЕНЕЕВ Д.А.	34	КАНАПИНА А.Ж.	27	ЛАППО О.Г.	20
Ж		КАНАТБАЕВА А.Б.	94	ЛАХАНЬКО Л.Н.	40
		КАНИМКУЛОВА Ф.А.	60	ЛЕКЕРОВ Е.М.	105, 106
ЖАЛОЛОВ Б.З.	8	КАРИМОВА Б.Ш.	93	ЛЕПИЛИН М.Г.	65
ЖАМБАЕВА Р.Е.	115	КАРИМОВ О.О.	100	ЛЕСБЕКОВ Т.Д.	60
ЖАНГЕЛОВА Ш.Б.	53, 88, 90, 93, 98, 108, 112, 118	КАРОЗА А.Е.	7	ЛИВЕНЦЕВА М.М.	84, 95
ЖАПБАРКУЛОВА Г.Р.	117	КАРПОВА И. С.	12	ЛИГАЙ З.Г.	106
ЖАУТИКОВА С.Б.	38	КАРПОВА И.С.	7, 8, 21, 37	ЛОПАТИН Ю.М.	5
ЖИБЕРИНА Л.А.	48	КЕНБАЕВ А.А.	52	ЛУНЕГОВА О.С.	109
ЖОЛДИН Б.К.	60	КЕНЖЕБАЕВ А.М.	53	ЛЫКАСОВА Е.А.	15
ЖУМАГУЛОВ Т.К.	52	КЕРИМОВА Э.З.	36	М	
ЖУНИСОВ Т.Б.	34	КЕРИМКУЛОВА А.С.,	109	МАВЛЯНОВА М.Б.	25
ЖУРОВА О.Н.	96	КЖДРЯН О.К.	47, 48	МАДАЛИЕВ С.М.	101
ЖУСУПБЕКОВА Л.И.	54	КИРИЕНКО А.И.	56	МАДАМИНОВ М.Ю.	68
ЖУСУПОВА Г.К.	15, 77, 93	КИРКОВСКАЯ Н.П.	63, 64	МАКСИМЕНКО А.В.	46
З		КЛЕПИКОВА М.В.	26, 27, 50, 119	МАМАРАСУЛОВ Т.М.	50, 52
		КЛЕСНИКОВ А.Е.	65	МАНАК Н.А.	7, 12, 21
ЗАГОРУЛЯ Н.Л.	77, 93	КЛИЧЕВА О.Б.	7	МАНСУРОВ А.А.	71
ЗАКИРОВА Ф.А.	93	КОВАЛЕВ Ю.Р.	13	МАНШАРИПОВА А.Т.	104, 105, 106
ЗАКИРОВ Н.У.	6, 7	КОЖАБЕКОВА Б.Н.	65	МАРГОЛИНА А.А.	65
ЗЕЛВЕЯН П.А.	47, 48, 87, 92, 96	КОЗЛОВА Е.С.	5	МАРДАНОВ Б.У.	18, 19, 76
ЗИМАНОВА Г.С.	53, 90, 93, 118	КОЗЛОВА И.Ю.	38	МАРИПОВ А.М.	14
ЗОЛОТАРЬ А.К.	119	КОЗЛОВА С.Н.	44, 45	МАРТЫНОВ А.И.	82, 83
ЗУФАРОВ М.М.	13, 58, 62, 67, 68, 69, 71, 72, 73	КОЗЫБАЕВ Ж.Б.	61	МАРТЫНОВ Д.А.	83
Зыков К.А.	102	КОЛГАСОВА В.П.	115	МАСАЛИМОВА А.М.	27
И		КОЛЕСНИКОВ А.Е.	65	МАСЕНКО В.П.	102
		КОМАРОВА И.В.	26	МАХАМАДЖАНОВ М.Т.	68, 70
ИБАКОВА Ж.О.	92	КОМИЛОВА Ф.Х.	45	МАХАНОВ Д.И.	6, 65
ИБАТОВ А. Д.	8	КОМИССАРОВА С.М.	11, 61, 77	МАХКАМОВА Н.У.	84
ИБАТОВ А.Д.	49	КОНЫСБЕКОВА А.У.	85	МАЦКЕВИЧ С.А.	7, 8, 12, 21, 37, 103
ИБРАГИМОВА Ш.С.	97	КОПТЮХ Т.М.	11	МЕДВЕДЕВА А.А.	39
ИБРАЕВ Т.Е.	61	КОРНЕЛЮК И.В.	9, 14	МЕДВЕДЕВА Е.А.	39
ИВАНОВ С.Н.	85	КОРОБКО И.Ю.	84, 95	МЕНДЕШ М.А.	112
ИЗАТУЛЛАЕВ Е.А.	117	КОРОЛЕВ С.В.	72	МЕНДЫКУЛОВ С.Е.	18, 60
ИЛЮХИН В.В.	66, 67	КОСАНОВА А.К.	90	МИРЗАЗАДЕ В.А.	36
ИМАНТАЕВА Г.М.	65	КОШУМБАЕВА К.М.	6	МИРЗАРАХИМОВА С.Т.	18
ИСАКОВА Ж.Т.	109	КРИНОЧКИН Д.В.	17	МИРОНЧИК В.В.	54
ИСКАКОВА Б.К.	109, 115, 116	КРЫЛОВА Ю.С.	44, 45	МИРРАХИМОВ Э.М.	109
ИСКАНДАРОВ Ф.А.	58, 62, 67, 68, 69, 70, 72, 73	КУДРАТБЕКОВ А.А.	91	МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М.	49, 55, 78, 82, 91
ИСКАНДЕРОВА С.Д.	42, 43	КУЗНЕЦОВ А.Б.	109	МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М. (млад)	49
К		КУЗНЕЦОВА Н.И.	95	МИРСАЙДУЛЛАЕВ М.М. (млад)	55, 82, 91
КАБАЕВ У.Т.	79	КУЗНЕЦОВ В.А.	15, 17	МИШИН А.В.	61
КАБУЛБАЕВ К.А.	94	КУЗЬМИНА А.Б.	45	МОРОЗОВ Ю.А.	23, 55, 58, 59
		КУЛЕШОВ А.А.	52	МОСКЛЕНКО И.Т.	119
		КУЛУБЕКОВА М.Ж.	115	МРОЧЕК А.Г.	9, 14
		КУРБАНОВ А.Ч.	11	МУКАНОВ К.Т.	15
		КУРБАНОВ Н.А.	5		
		КУРБАНОВ Р.Д.	6, 7, 8, 12, 45, 48		
		КУРМАЛАЕВ А.С.	60		
		КУРНИКОВА Е.А.	13		



Мукатова А.М.	54	Персидских Ю.А.	9, 14	Сейткулиева Г.А.	22
Муллабаева Г.У.	12	Петелина Т.И.	97	Семененков И.И.	20
Муминова М.И.	56	Петровская М.Е.	12, 77, 118	Семенова А.Н.	20
Мун Н.В.	65	Пирназаров М.М.	50, 52	Семенова Н.В.	39
Мурадова С.Р.	97	Плюснин А.В.	17	Серманизова Г.К.	15
Мурзабаева Р.Р.	98	Подосян А.А.	92	Симбирцев А.С.	106
Мусагалиева А.Т.	65	Подосян Г.А.	92, 96	Симулин В.Н.	40
Мусихина Н.А.	45	Подпалов В.П.	96	Ситников В.Ф.	109
Мухиддинов Х.К.	5	Полонецкий Л.З.	16, 54	Смаилова Г.Т.	15
Н		Полонецкий О.Л.	16	Смирнов Б.И.	44
Набиев М.П.	109	Полупанов А.Г.	95	Совхозова Н.А.	109
Нагаева Г.А.	103, 104	Попельная Л.А.	88, 93	Соибназаров Х.	91
Назарова Д.	31	Постнов А.Ю.	56	Соловей С.П.	7, 8, 12, 21, 37
Назаров Б.Х.	101	Пристром М.С.	20	Соловьева С.В.	84
Наймушина А.Г.	84	Прокошина Н.Р.	96	Солошенкова О.О.	50
Наконечников С.Н.	102	Прохин А.В.	109	Спиридонов С.В.	61
Налибаева С.А.	45	Пушкарев Г.С.	95	Срождинова Н.З.	104
Нарзуллаева А.Р.	101	Пя Ю.В.	18, 60, 78, 79	Срождинова Н.З.	89
Наринбаев А.С.	116	Р		Стукалова Т.Г.	97
Нарциссова Г.П.	85	Рагимова А.С.	36	Суджаева О.А.	9, 14, 37, 41
Насир А.	65	Раджабов М.Э.	101	Суджаева С.Г.	41, 44, 63, 64
Настычук Г.В.	32, 98	Радионов В.В.	40	Сулаймонов Х.М.	91
Незнанов Н.Г.	44, 45	Рамихудоева Н.	91	Султанова Р.З.	34, 35
Немчук Ф.А.	5	Раскин В.В.	72	Султанов Д.Д.	57, 75
Нечесова Т.А.	84, 95	Рахимов М.Г.	30	Суханова Н.Т.	60
Никишин А.Г.	50, 52	Рахимов З.Я.	114	Счастливенко А.И.	96
Николин О.П.	82	Рахимов С.В.	45	Т	
Нозиров Дж.Х.	56	Рахматуллаева Н.Т.	21	Такамура Нобору	107
Нохрина О.Ю.	15	Рахмонов С.Б.	114	Тарасова Л.В.	75
Нугманова М.Н.	106	Ребеко Е.С.	9, 37	Телеуов Д.А.	60
Нургалиева Г.К.	104	Ревিশвили А.Ш.	10	Темикулов М.А.	67
Нуриддинова Н.Б.	76	Рзаев Ф.Г.	10	Темиркулов М.А.	66, 67
Нурмакова М.А.	88, 90	Розенблит Г.Ю.	73	Терехов В.И.	16
О		Романова Т.А.	95, 99	Титаева Е.В.	56
Овезова Г.	31	Романовский Д.В.	54	Тищенко Е.Г.	46
Огризко Н.Н.	96	Рыбак О.К.	42	Тлеужанова К.Б.	6
Ойларова Т.М.	67	Рычихина К.С.	97	Тодосийчук В.В.	15
Омарова А.К.	6	Рябкова Т.Н.	13	Тойева Г.Е.	24
Оразгалиева Г.Р.	27	С		Токтаров Б.С.	90
Ордян К.А.	92, 96	Саатова К.Р.	13, 67, 68, 69, 70	Тохтасунова С.В.	65
Орлова Н.В.	26, 27, 50, 119	Садыкова Б.Б.	115	Трухан О.А.	54
Орлова Н.В.,	109	Садыхова Т.А.	97	Тукбаева А.Г.	90
Ормаханова З.И.	24, 34	Салаев О.С.	8	Турдалин Н.Б.	53, 88
Островский Ю.П.	39, 40, 61	Салахитдинов Ш.Н.	13, 58,	Турланов К.М.	118
Ошакбаев К.П.	25, 26, 28,		62, 67, 68, 69, 70, 72, 73	Тусупбекова М.М.	38
	115, 116, 117, 120	Салимова Н.Р.	89, 90	Туткушева Ж.Б.	88
П		Саренов С.Ж.	115	Туюкбаева А.Г.	53, 93
Павлова О.С.	84, 95	Сарманов Ф.А.	90	У	
Пак Ю.А.	15	Сарыбаев А.Ш.	14	Узбекова Н.Р.	49, 55, 82
Панченко Е.П.	56	Сахов О.С.	60	Узунян Т.Г.	47, 87
Партигулов С.А.	73	Святова Г.С.	110	Уразниязова С.Б.	27
Пермяков В.Б.	86	Сегизбаева А.К.	88	Урумбаев Р.К.	38
		Сейсембеков Т.З.	38, 116	Урунбаева Д.С.	23
		Сейсенбаев А. Ш.	108	Усманова У.И.	78

Х		ЧАРНАЯ М.А.	23, 55, 58, 59	ШУРИНА Б.С.	110, 111, 112
ХАВКА Н.Н.	50, 119	ЧАСНОЙТ А.Р.	9, 14	ШУРКЕВИЧ Н.П.	86
ХАЛИКУЛОВ Х.Г.	71	ЧЕСКИДОВА Н.Б.	95, 99	Э	
ХАЛИЛАЕВА И.А.	66, 70	ЧУКАЕВА И.И.	26, 27, 50, 119	ЭФЕНДИЕВА Л.Г.	97
ХАМИДУЛЛАЕВА Г.А.	104	ЧЫНАЛИЕВ М.Т.	109	Ю	
ХАНСЕИТОВА А.К.	112	Ш		ЮГАЙ Н.В.	86
ХАН Т.В.	14	ШАЖАНБАЕВА С.Е.	27	ЮЛДАШЕВА М.Р.	30, 31, 100, 101
ХАРКЕВИЧ О.И.	54	ШАЙХИНА М.Д.	15, 77	ЮЛДАШЕВ О.	11
ХАСАНОВА З.Б.	56	ШАНЦИЛО Э.Ч.	16	ЮЛДАШЕВ Э.Ч.	81
ХАФИЗОВА Л.Ш.	93	ШАРИПОВ Б.Б.	68	ЮСУПОВА М.Б.	81
ХАЧИРОВА А.И.	50, 119	ШЕК А.Б.	25, 48	ЮСУПОВ С.А.	14
ХАШИМОВ Ш.У.	25	ШИБЕКО Н.А.	39, 40	Я	
ХОДЖАЕВ А.А.	84	ШИРЯЕВ А.А.	72	ЯМАШИТА СУНИЧИ	107
ХОДЖАЕВ А.И.	84, 89, 90	ШЛЯХТО Е.В.	44, 45	ЯРЦЕВА И.М.	109
ХОДЖАЕВА Э.М.	58, 73	ШОАЛИМОВА З.М.	76	Н	
ХОДЖИБЕКОВА М.М.	13	ШОДЖОНОВ М.М.	23	НЕYER E.	109
ХОЖАНИЯЗОВ А.Т.	26	ШОЗОДАЕВА З.	91		
ХУДАЙБЕРДЫЕВА У.Р.	89	ШОКАРЕВА Г.В.	106		
ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.	49, 55, 78, 82	ШОНАЗАРОВ Б.А.	30		
Ч		ШУКУРДЖАНОВА С.М.	76, 77		
ЧАЗОВА И.Е.	102	ШУЛЬМАН В.А.	40		
ЧАЗЫМОВА З.М.	79	ШУРГАЯ М.А.	119		